



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Fernando Ricardo Faria Ferreira

Porto – maio de 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em enfermagem com especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Fernando Ricardo Faria Ferreira

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – maio de 2023

Resumo

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa. O seu principal objetivo é demonstrar de forma fundamentada a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes à obtenção do grau de mestre com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende-se, então, concretizar uma análise reflexiva de diversas áreas de atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica como a Saúde Escolar, a Vigilância em Saúde Infantil, a Dor, a Parceria de Cuidados, a Parentalidade e outras, priorizando a integração de conhecimentos e da evidência atual na prestação de cuidados. Para tal, foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva de todo o processo de assistência desenvolvido ao longo do estágio. A reflexão acerca das competências previamente adquiridas, mesmo que parcialmente, revelou-se fundamental, uma vez que serviram de base para a concretização deste percurso. As competências propostas para esta unidade curricular foram agrupadas em quatro domínios de atuação (Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação) enfatizando os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas em dois contextos assistenciais – Cuidados de Saúde Primários e Serviço de Internamento Médico-cirúrgico Pediátrico, e é evidenciado o contributo que este processo formativo tem para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança ou jovem e às suas famílias.

Palavras-chave: Enfermagem Saúde Infantil, Enfermagem Pediátrica, Criança e Família.

Abstract

The current Internship Report results within the curricular unit - Final Internship and Report of the 15th Master's Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, from the Institute of Health Sciences of Porto of the *Universidade Católica Portuguesa*. Its main goal is to demonstrate, with a grounded basis, the achievement and development of inherent skills to the attainment of the master's degree in Child and Pediatric Health Nursing. Thus, it is intended to perform a reflective analysis of several areas within the Child and Pediatric Health Nurse activity, such as School Health, Child Health Surveillance, Pain, Care Partnership, Parenthood, and others, prioritizing the integration of knowledge and current evidence into care delivery. To this end, a descriptive and critical-reflective methodology of the entire care process developed throughout the internship was used. The reflection on the skills previously acquired, even though partially, proved to be fundamental, since they served as a basis for the accomplishment of this path. The proposed skills for this curricular unit were grouped into four domains of action (Care Delivery, Management, Training and Research) emphasizing the defined objectives and the activities developed in two care contexts – Primary Health Care and Pediatric Medical-Surgical Inpatient Unit, and it is verified the contribution that this learning process has to the improvement of the quality of care to the child or young person and their families.

Keywords: Child Health Nursing, Pediatric Nursing, Child and Family.

“Valeu a pena? Tudo vale a pena

Se a alma não é pequena.”

Fernando Pessoa, in Mensagem

Agradecimentos

A todas as crianças e famílias, por me ensinarem tanto todos os dias.

A todos os profissionais com quem me cruzei e, em particular, aos tutores pela paciência, empatia e profissionalismo.

À Professora Doutora Isabel Quelhas pelo rigor e disponibilidade ao longo de todo o percurso.

Às minhas companheiras de curso pelos bons momentos vividos, pelas angústias partilhadas, mas sobretudo, pela amizade construída.

À minha família, em especial aos meus pais, que mesmo na minha ausência, estiveram sempre presentes.

À minha avó, que certamente estará muito orgulhosa.

À minha esposa pela força e incentivo, mas especialmente por em muitos momentos ter sido também Pai.

Ao meu filho, por todos os dias me ensinar a ser Pai...

A todos, Muito Obrigado!

Lista de Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AES – Ação de Educação para Saúde

ASCJR – Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

CNAF – Cânulas Nasais de Alto Fluxo

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

DGS – Direção-Geral de Saúde

EESMO – Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

PES – Promoção e Educação para a Saúde

PIIP – Planos Individuais de Intervenção Precoce

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

RN – Recém-Nascidos

SBVP – Suporte Básico de Vida Pediátrico

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. Introdução	15
2. Contributos Iniciais para o Processo de Aquisição e de Desenvolvimento de Competências	19
3. Caracterização dos Contextos de Estágio	23
4. Consolidação do Processo de Desenvolvimento de Competências.....	27
4.1 Domínio de Prestação de Cuidados	28
4.2 Domínio de Gestão	66
4.3 Domínio de Formação	73
4.4 Domínio de Investigação	80
5. Conclusão	85
6. Referências Bibliográficas	89
Apêndices	97
Apêndice I – <i>Material de Apoio da AES “Vem aí o VOSSO filho e agora?”</i>	99
Apêndice II – <i>Material de Apoio da AES “À descoberta do... açúcar, sal e gordura nos alimentos”</i>	127
Apêndice III – <i>Material de Apoio da Formação Suporte Básico de Vida Pediátrico ...</i>	153
Apêndice IV - <i>Material de Apoio da Formação Terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo</i>	189
Apêndice V – <i>Revisão Integrativa da Literatura</i>	223
Apêndice VI – <i>Póster “A realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas: realidade ou ficção?”</i>	245

1. Introdução

A elaboração deste Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, inserida no 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da professora doutora Isabel Quelhas. Esta Unidade Curricular decorre ao longo de 20 semanas e contempla um total de 840 horas (30 ECTS) distribuídas entre a componente de estágio (360 horas), seminários (20 horas), orientações tutoriais (20 horas), elaboração e discussão do relatório final, além do estudo e pesquisa individual (440 horas). Importa contextualizar que a corrente unidade curricular define como objetivos gerais:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

Relativamente à componente de estágio desta unidade curricular, esta realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e num serviço de Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico de 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022 durante 15 semanas num total de 360h de contacto divididas equitativamente entre os dois contextos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), a concretização de estágios possibilita que as aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidados, o que facilita o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos. Assim sendo, o estágio é um elemento basilar para a aquisição de novas competências e desenvolvimento das previamente adquiridas exigidas ao Enfermeiro Especialista. É também sabido que o estágio é o contexto de excelência para a implementação na prática da evidência científica mais atual e, por sua vez, para a emancipação de problemáticas que norteiam a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Neste sentido, o presente relatório tem como objetivos demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências ao longo do estágio, realizar uma análise crítica e reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos e constituir um instrumento de avaliação do processo de aprendizagem. Para tal, foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva sustentada na evidência mais atual.

Com o propósito de proporcionar uma fácil leitura e compreensão, este relatório inicia-se com uma introdução que pretende clarificar o seu enquadramento no curso e elucidar acerca da sua organização, no segundo capítulo são abordadas as competências anteriormente desenvolvidas no processo formativo do curso e no terceiro capítulo é realizada uma descrição dos contextos assistenciais onde

decorreu o estágio. No quarto capítulo é apresentada a análise descritiva e crítico-reflexiva dos objetivos e das atividades concretizados ao longo do estágio que traduzem a forma como as competências definidas foram adquiridas e desenvolvidas. Este capítulo encontra-se organizado em quatro subcapítulos que correspondem aos quatro principais domínios de atuação do enfermeiro, o domínio da prestação de cuidados, da gestão, da formação e da investigação. Por fim, é apresentada na conclusão a apreciação global e considerações finais deste percurso formativo, assim como, as implicações deste para a prática profissional. A referenciação ao longo do texto e referências bibliográficas foram elaboradas segundo a norma APA 6ª edição.

2. Contributos Iniciais para o Processo de Aquisição e de Desenvolvimento de Competências

No decurso deste processo formativo, que visa a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, a unidade curricular A Saúde da Criança e Família: vigilância e decisão clínica, pertencente ao primeiro ano letivo do curso, proporcionou, ainda que de forma parcial, a aquisição e o desenvolvimento de algumas competências especializadas. Sendo este um processo contínuo, é importante refletir acerca destas competências que foram sendo desenvolvidas durante o estágio e que serviram de alicerce para o decurso do Estágio Final, considerando que constituíram momentos de suma importância na consolidação de conhecimentos e habilidades. Igualmente preponderante foi o conhecimento empírico adquirido na componente teórica deste curso e o conhecimento reflexivo desenvolvido ao longo a minha carreira profissional (cerca de 14 anos na área da saúde infantil e pediátrica), já que promoveram e potenciaram o desenvolvimento parcial de competências durante o estágio. Importa referir que a unidade curricular A Saúde da Criança e Família: vigilância e decisão clínica decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um dos centros hospitalares com maior diferenciação na região norte do país, e num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um hospital do norte classificado como Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.

Na UCIN foram prestados cuidados de enfermagem a recém-nascidos (RN) e à sua família, em que o seu processo de transição para a parentalidade estava fortemente conturbado pela complexidade dos problemas de saúde que experimentavam, pelos sentimentos de tristeza que a concretização do filho imaginário no filho real gera, e pela angústia de separação e medo ao ver um filho, acabado de nascer, internado

numa unidade de cuidados intensivos. Assim, no sentido de promover a transição para a parentalidade, foi incentivada a presença dos pais junto do seu filho e, sempre que clinicamente possível, promovida a amamentação, o contacto pele-a-pele através do método Canguru e o toque nutritivo. Já no contexto de SUP, onde habitualmente o processo de transição para a parentalidade está concretizado, o enfermeiro não deixa de ter um papel fundamental no processo de transição de saúde-doença da criança e da família. Como refere Meleis et al. (2000), os enfermeiros são inúmeras vezes os principais cuidadores de clientes e suas famílias que estão em transição e estes atentam às mudanças e às necessidades que as transições trazem para o quotidiano dos clientes e seus familiares. Além disso, os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para gerirem as transições iminentes e facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença dos clientes (Meleis et al., 2000). Neste sentido, o envolvimento dos pais e da criança nos cuidados num contexto estranho e muitas vezes ameaçador foi preponderante para diminuir o stress e a ansiedade gerada, e promover a participação das crianças nas decisões potenciou a diminuição da perda do controlo e a resistência aos procedimentos subsequentes. Face ao exposto, foi conseguida **a execução de intervenções adequadas, nos diferentes contextos de cuidados, à criança e família**, que se afigurou fundamental como resposta às necessidades evidenciadas por estas ao longo da prática clínica.

De modo a responder adequadamente às necessidades das crianças e das suas famílias nestes contextos considerados tão adversos, foi necessário **demonstrar conhecimento sobre a complexidade dos problemas de saúde da criança e família**.

A adversidade destes contextos consistiu na abordagem de situações urgentes e emergentes e na forma como estes problemas de saúde complexos impactavam nas famílias. Exemplo disso foi a prestação de cuidados a RN críticos com monitorização contínua de aEEG, RN pós-cirúrgicos, RN prematuros com necessidade de cuidados emergentes, uma situação de diagnóstico de neoplasia

cerebral numa criança de doze anos, os comportamentos autolesivos nos adolescentes e um possível Síndrome de Morte Súbita num lactente de quatro meses. Situações tão distintas que requerem um conhecimento amplo e que a **mobilização de diferentes fontes na busca da evidência científica**, tal como os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste curso e decorrente da minha prática profissional, facilitaram a conceptualização das problemáticas identificadas e a resposta mais adequada a cada situação através da incorporação na prática clínica da evidência encontrada.

Ainda assim, todo este processo de desenvolvimento de competências só foi possível através do robustecimento da **capacidade de diagnóstico e juízo clínico**, uma vez que esta é crucial em todo o processo de enfermagem. A conceptualização de um diagnóstico em enfermagem requer um conjunto de processos cognitivos que identifiquem as necessidades humanas sensíveis aos cuidados de enfermagem de modo a não comprometer os resultados pretendidos.

Em todo este processo de aquisição de competências, houve também a oportunidade de debater construtivamente as situações complexas que emergiram da prática com os pares, agentes fundamentais que com a sua perícia e experiência em muito contribuíram para o processo de aprendizagem. Contudo, esta dinâmica só é possível quando se desenvolve competências de **comunicação com os pares de forma adequada e fundamentando o raciocínio crítico**, competência esta que ficou patente também na elaboração de um portefólio crítico e reflexivo da unidade curricular.

3. Caracterização dos Contextos de Estágio

No que ao estágio diz respeito, este decorreu em dois contextos distintos. O primeiro, inerente aos cuidados de saúde primários, decorreu numa UCC e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencentes à Administração Regional de Saúde do Norte. A UCC é uma unidade que iniciou a sua atividade em junho de 2011 e abrange um total de 45.412 utentes de 16 freguesias e uniões de freguesias, destes 7915 utentes com idade inferior a 19 anos, dados disponíveis mais aproximados da idade pediátrica inferior aos 18 anos (Ministério da Saúde, 2023). Esta unidade apresenta essencialmente cinco processos operacionais: Comunitários, Equipa de Cuidados Continuados Domiciliários, Intervenção Precoce, Parentalidade (curso de preparação para o parto e a parentalidade, massagem infantil e espaço amamentar) e Saúde Escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar, Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar e Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral). A par disto, tem uma presença ativa no Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) da região onde pertence. Para responder às necessidades da comunidade, a equipa de profissionais de saúde desta unidade é constituída por nove enfermeiros, dois destes Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), dois Especialistas em Saúde Comunitária, dois Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, um enfermeiro generalista e um enfermeiro Especialista em Saúde Pública que também é o gestor da unidade. Em regime de tempo parcial, fazem ainda parte da equipa multidisciplinar um Psicólogo, um Técnico Superior de Serviço Social e um administrativo.

Quanto à USF, esta unidade iniciou a sua atividade em dezembro de 2007, tem inscritos 12207 utentes e conta com uma equipa de seis enfermeiros, um deles EESIP. Fazem também parte da equipa multidisciplinar seis médicos de medicina geral e familiar, cinco secretários clínicos e um assistente operacional. Atualmente, a USF está organizada de acordo com o conceito de médico e enfermeiro de família e, de acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto:

“(...) o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070).

No segundo contexto, o estágio decorreu num serviço de internamento médico-cirúrgico Pediátrico de um hospital localizado na região norte do país. Este hospital presta assistência direta à população de cinco concelhos e atua como referência a três outros concelhos, servindo uma população total de 458216 habitantes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2021). O Serviço de Pediatria (constituído por internamento, urgência e consulta externa) está integrado na área assistencial da saúde da mulher e da criança da qual também fazem parte os serviços de Obstetrícia e Ginecologia, assim como o serviço de Neonatologia. O internamento de Pediatria dispõe de um total de trinta unidades para crianças desde o primeiro mês de vida até aos dezoito anos de vida que necessitem de internamento pelas diferentes especialidades médicas (pediatria, otorrino, cirurgia, ortopedia e outras). Contudo, a gestão do número de unidades de internamento é realizada em função da sazonalidade e afluência, assim como, o número de enfermeiros na prestação de cuidados de modo a garantir as dotações seguras. Dispõe de cinco quartos de isolamento com antecâmara, seis enfermarias sendo que uma delas é designada para as crianças que necessitem de maior vigilância com monitorização contínua. Existe ainda um quarto com duas unidades destinado a adolescentes. A equipa de enfermagem é constituída por trinta e oito enfermeiros que são alocados à consulta

externa, serviço de urgência pediátrica e serviço de internamento. Destes, onze são EESIP incluindo a enfermeira gestora, uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e cinco Enfermeiras Especialistas em Reabilitação. De salientar ainda que o serviço dispõe de um espaço lúdico onde as crianças podem brincar e manter a sua formação com aulas online, com o apoio de duas educadoras de infância, atividades estas que podem diminuir o impacto negativo de uma hospitalização.

4. Consolidação do Processo de Desenvolvimento de Competências

O conjunto de competências estabelecidas para este ciclo de estudos corroboram com o artigo 15º do Decreto-Lei nº 74/2006 onde são definidos os critérios para a atribuição do grau de mestre numa determinada especialidade. Indissociável a estas habilitações, a Ordem dos Enfermeiros define também um perfil de competências transversais a todas as especialidades e outro específico de cada uma que:

“(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Assim, emergiu a necessidade da elaboração deste documento que, de forma sistemática e crítica, pretende demonstrar um conjunto de competências adquiridas e desenvolvidas, estabelecidas no plano de estudos do curso, conducentes à obtenção do grau de mestre. Com o intuito de melhor responder a este apanágio, as competências visadas foram organizadas em quatro domínios de atuação do enfermeiro: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio de Gestão, Domínio de Formação e Domínio de Investigação. Assim, para cada competência ou conjunto de competências, foram definidos objetivos nos diferentes contextos assistenciais e as atividades realizadas que conduziram à sua concretização. Importa, contudo, materializar de que forma estes objetivos foram alcançados refletindo criticamente acerca do processo formativo em questão, por isso, após a apresentação de cada objetivo e atividades segue-se uma reflexão crítica onde é fundamentada a

intencionalidade das atividades com o intuito de evidenciar o desenvolvimento de competências.

4.1 Domínio de Prestação de Cuidados

Tal como refere Ramos (2020), *“Cuidar de crianças e jovens implica poder influenciar o futuro, constituindo-se os momentos de interação como uma oportunidade de desenvolvimento de todos os envolvidos.”* (p. 12) e, por isso, este subcapítulo pretende retratar de que forma esses momentos de interação com as crianças e com a sua família influenciaram a aprendizagem e o desenvolvimento de competências no domínio da prestação de cuidados.

Competências
<ul style="list-style-type: none"><i>Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</i>

Objetivo:

- Conhecer a estrutura e a dinâmica funcional da equipa multidisciplinar e interdisciplinar dos diferentes contextos.

Atividades:

- Realizar visita guiada aos contextos;
- Consultar as normas e protocolos de cada contexto;
- Integrar a orgânica das equipas nos diferentes contextos;
- Conhecer a missão e objetivos dos diferentes contextos assistenciais.

Reflexão Crítica

O conhecimento da estrutura física e a integração na dinâmica de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar foi talvez o primeiro passo para o desenrolar de um estágio consonante com as competências que se pretendeu desenvolver no mesmo. Todos os objetivos planeados só poderiam ser concretizados tendo havido uma integração adequada na orgânica funcional de cada contexto, daí a importância e o destaque desta competência.

Assim, no primeiro dia nos diferentes contextos foi realizada uma visita guiada pelos serviços com os enfermeiros tutores e foram consultados os protocolos e as normas em vigor, como também o manual de integração onde constavam os objetivos e a missão de cada contexto, atividade esta fundamental para a adequada integração na equipa.

Na UCC, foi oportuno conhecer e perceber a articulação com os demais profissionais de saúde (psicólogo, assistente social e administrativo) e as respetivas carteiras de serviços solicitados pela unidade com o intuito de melhor responder às necessidades da comunidade. Quanto à USF, é expectável que os utentes tenham atribuído um enfermeiro de família assim como um médico de família, mas perceber *in loco* a complementaridade e a dinâmica destes profissionais em prol da mesma família, constituiu uma realidade nova e enriquecedora do meu percurso formativo.

Quanto ao serviço de internamento pediátrico, o facto de pertencer à mesma instituição onde é exercida a minha atividade profissional, facilitou o processo de integração no mesmo, uma vez que já eram conhecidos os valores e a missão da instituição, assim como, algumas normas e protocolos comuns aos serviços (por exemplo: protocolo de emergência intra-hospitalar, normas do grupo coordenador local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA], entre outros). A par disso, os horários praticados em ambos os serviços eram similares, o que favoreceu a gestão das horas de contacto a

realizar neste estágio. Ainda o facto de ter iniciado a minha atividade profissional no ano de 2008 neste serviço durante cerca de sete meses, tornou-se também um fator facilitador no processo de integração, apesar de agora o fazer no papel de estudante deste curso de mestrado. Contudo, foi importante a perceção das mudanças e da evolução dos cuidados de enfermagem prestados, assim como da orgânica da equipa de enfermagem, ficando evidente que nenhum serviço é imutável e as pessoas (profissionais de saúde e utentes) contribuem sempre, de alguma forma, para a mudança e progresso dos mesmos.

Competências
<ul style="list-style-type: none">• <i>Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;</i>• <i>Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;</i>• <i>Tomar decisões fundamentadas, atendendo as evidências científicas e as suas responsabilidades sociais e éticas;</i>• <i>Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;</i>• <i>Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.</i>

Objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família nos diferentes contextos;
- Desenvolver o pensamento crítico no processo de tomada de decisão no cuidado à criança, ao jovem e à família.

Atividades:

- Refletir criticamente acerca dos cuidados prestados à criança, ao jovem e família, especialmente na área da EESIP;
- Prestar cuidados à criança, ao jovem e família alicerçado no processo de enfermagem.

Reflexão Crítica

Ao longo do estágio, nos diferentes contextos, os momentos de contacto e as diferentes situações experienciadas potenciaram o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e à família alicerçado numa atitude autocrítica e reflexiva dos cuidados prestados, assim como de todo o processo de enfermagem inerente. A reflexão na e sobre a prática dos cuidados é uma condição intrínseca para a correta avaliação e conceptualização de um diagnóstico de enfermagem, assim como para o planeamento e execução de intervenções que visem resolver o problema identificado. Este ciclo conceptual foi suportado por um corpo de conhecimentos adquiridos previamente e atualizado sempre que a prática exigia uma atualização do mesmo e de forma a melhor responder às necessidades identificadas, numa perspetiva constante no desenvolvimento do pensamento crítico. Neste sentido, o pensamento crítico pode ser definido como *“a capacidade de julgar com discernimento e raciocínio com vista a uma compreensão consciente dos fenómenos, de modo ordenado, objetivo, coerente e com recurso a provas, não admitindo afirmações sem reconhecer a sua legitimidade”* (Santos, 2003, p. 18), de modo que em cada ação desenvolvida no processo de enfermagem haja uma intencionalidade devidamente fundamentada.

Considerando o presente processo de formação avançada (em que me encontro) e a experiência profissional anterior, o recurso ao pensamento crítico no processo de tomada de decisão já se encontrava parcialmente desenvolvido, o que motivou uma discussão construtiva das decisões tomadas nos diferentes contextos permitindo a

aquisição de novos conhecimentos e habilidades no cuidado à criança, ao jovem e à família.

O enfermeiro, durante a sua atividade profissional, toma constantemente decisões baseadas nos diferentes padrões de conhecimento descritos por Barbara Carper (1978) e citados por Nunes (2010): o conhecimento empírico (verificável, objetivo, factual e baseado na investigação), o conhecimento ético (baseado em princípios e valores), o conhecimento estético (conhecimento tácito e intuição), o conhecimento pessoal (subjetivo centrado na autoconsciência e sabedoria pessoal), e ao longo do tempo foram ainda descritos o conhecimento reflexivo (a reflexão sobre a ação e as experiências) e o conhecimento sociopolítico (relacionado com o poder e o contexto).

Todos estes padrões de conhecimento estão presentes na prática de cuidados de enfermagem e influenciam o processo de tomada de decisão, premissa esta que foi constatada ao longo do estágio.

Em contexto de internamento pediátrico e atendendo à sazonalidade, os principais motivos de admissão foram as infeções respiratórias (bronquiolite aguda de etiologia víria e pneumonia) com maior incidência no primeiro ano de vida. Uma das intervenções que estas crianças mais necessitavam era a aspiração de secreções pelo comprometimento da limpeza das vias aéreas. A decisão de aspirar secreções ou de optar apenas pela lavagem nasal com soro fisiológico, assim como a frequência destas intervenções, era tomada sempre considerando o estado clínico da criança e o momento mais oportuno para as executar. São intervenções dolorosas e traumáticas que requerem uma adequada avaliação da necessidade das mesmas já que, por exemplo, aspirar uma criança sem essa necessidade pode agravar a sua dificuldade respiratória pelo choro e stress. Sabendo que a respiração do lactente acontece exclusivamente por via nasal, a desobstrução das narinas com soro fisiológico foi uma opção válida por ser menos dolorosa para a criança potenciando uma diminuição da dificuldade respiratória sem recorrer à técnica de aspiração convencional. Informar os pais acerca dos procedimentos e da conduta que estes

deviam adotar durante os mesmos foi imprescindível para promover o seu envolvimento nos cuidados e potenciar a diminuição do stress gerado nas crianças. A prestação de cuidados à criança e família com um diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 inaugural constituiu também uma oportunidade desafiante pela complexidade de cuidados inerentes. Segundo Sousa P. (2012), conhecer o diagnóstico, é referido pelas mães de crianças com doença crónica inaugural como um ponto crítico que parece causar sensações negativas intensas. O enfermeiro desempenha um importante papel de facilitador no processo de transição experienciado pela família, uma vez que *“os pais normalmente procuram mais conhecimento e mais ajuda, e reconhecem a necessidade de suporte profissional”* (Sousa P. , 2012, p. 139). Neste sentido, foi fundamental a atualização de conhecimentos nesta área, tanto através da evidência científica como através do protocolo instituído no serviço, para garantir uma resposta às necessidades destas crianças e da sua família, assim como, uma melhor adaptação à sua nova condição de saúde.

Uma das situações onde foi possível discutir construtivamente e desenvolver um processo de tomada de decisão que visasse responder adequadamente a um problema que emergiu na prática dos cuidados de enfermagem prendeu-se com a adesão ao regime terapêutico no contexto de internamente pediátrico. Este caso particular envolve uma criança de 6 anos que lhe foi prescrita uma medicação oral em comprimidos e, considerando o seu estadio de desenvolvimento e o seu nível de conhecimento e compreensão do processo de doença (adquiridos ao longo do internamento), foi definida uma estratégia em conjunto com a mãe e envolvendo a criança nos cuidados em parceria, tal como é defendido pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Após uma explicação adequada acerca da importância do cumprimento do regime terapêutico, a criança compreendeu a informação e ingeriu o comprimido sem descrever nenhuma dificuldade. Neste processo de tomada de decisão foi refletido pela equipa de enfermagem acerca do estadio de desenvolvimento em que a criança se encontra, que habitualmente é caracterizado

por questionarem e requerem uma explicação para tudo, como refere Hockenberry (2014) “(...) elas querem explicações e justificações para tudo mas não necessitam de verificações posteriores (...) Necessitam de saber o que vai acontecer em seguida e o que, especificamente, está a acontecer-lhes” (p. 129). Com esta sustentação teórica, foi possível planejar uma estratégia válida para que a criança aderisse ao regime terapêutico sem que tivesse de ser ocultado.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da vigilância de saúde infantil.

Atividades:

- Concretizar consultas de vigilância de Saúde Infantil;
- Realizar a vacinação à criança ou jovem.

Reflexão Crítica

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção-Geral de Saúde, 2013):

“A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários” (p. 52).

Neste sentido, a consulta de enfermagem no âmbito da vigilância de saúde infantil desempenha um papel preponderante na concretização deste enunciado. Todos os enfermeiros que desenvolvam uma consulta de enfermagem, quer sejam de cuidados gerais ou especialistas, devem estar cientes do que vão explorar de modo a desenvolver uma consulta de qualidade. Assim, é fundamental que tenham:

“(...) um processo mental de decisão clínica muito organizado, para que a consulta seja efetivamente uma interação terapêutica, e não uma conversa que poderia ser tida com qualquer outra pessoa ou profissional que não enfermeiro, ou até um momento de simples colheita de dados sociodemográficos ou antropométricos” (Melo, 2021, p. 16).

Ao longo do estágio, as competências desenvolvidas no âmbito da vigilância da saúde infantil foram potenciadas com a participação e a concretização de consultas de vigilância de saúde infantil num percurso de progressiva autonomia. Deste modo, foi possível integrar todo o processo de decisão clínica, desde a avaliação: o que é avaliado (principais focos de atenção) e como é avaliado (atividade diagnóstica); o diagnóstico de enfermagem (formulado após a avaliação e identificação de um problema); as intervenções de enfermagem (que irão responder ao diagnóstico) e, por fim, novamente a avaliação (dos resultados obtidos). Sem que este processo mental esteja bem enraizado, torna-se inviável desenvolver uma consulta de enfermagem de qualidade. Contudo, ao EESIP é exigido um processo de decisão clínica mais abrangente e perspicaz na vigilância da saúde infantil, pelo corpo de conhecimentos e competências que detém.

Neste contexto, tendo em consideração a limitação temporal, foi possível desenvolver e participar em consultas de vigilância de saúde infantil de quase todas as idades-chave estabelecidas pela Direção-Geral de Saúde (DGS) no PNSIJ 2013, excetuando a idade dos 15-18 anos. Salienta-se a avaliação dos parâmetros de crescimento e de desenvolvimento preconizados no PNSIJ, assim como a sua interpretação e verificação se constituem sinais de alerta. No âmbito das intervenções realizadas durante as consultas, destacaram-se também os cuidados antecipatórios que podem ser considerados como fatores de promoção da saúde e de prevenção da doença *“(...) facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao*

exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;” (Direção-Geral de Saúde, 2013, p. 5).

Contudo, mesmo com um processo de decisão clínica bem estruturado e delineado ao longo da consulta, muito dificilmente eram cumpridos os *timings* estabelecidos para cada consulta de enfermagem (cerca de vinte minutos). Como forma de colmatar ou minimizar esta situação, ou era prolongada a consulta para um segundo tempo atrasando os agendamentos seguintes ou eram remarcadas novas consultas em caso de necessidade. Ainda assim, estas condutas poderiam por vezes colidir com alguns dos indicadores de resultado definidos para aquela USF enquanto unidade funcional (por exemplo, cumprimento dos horários das consultas, número de famílias por enfermeiro de família...). Atendendo, por exemplo, a estudos científicos realizados por enfermeiros e relacionados com a avaliação da satisfação da pessoa, seria pertinente que os decisores políticos repensassem os indicadores de resultado e considerassem também aqueles que efetivamente importam para as pessoas e que permitam prestar cuidados de melhor qualidade.

Um outro aspeto de suma importância que foi constatado durante o estágio prendeu-se com a articulação e a referenciação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, elementos fundamentais para garantir um acompanhamento seguro da criança ou jovem e da família ao longo do ciclo de vida (Melo, 2021). O EESIP é um profissional dotado de competências para a deteção precoce de situações que possam condicionar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das crianças e minimizar o impacto destas condicionantes nas crianças e nas suas famílias. Contudo, deverá também estar desperto para as situações em que é necessário referenciar para outros profissionais de saúde. Por outro lado, o EESIP deve ser solicitado sempre que necessário, por exemplo, quando surjam dúvidas na assistência de crianças e famílias por parte de outros profissionais ou enfermeiros de cuidados gerais.

A vacinação constituiu também um aspeto primordial da valência da vigilância e promoção da saúde infantil, uma vez que o Programa Nacional de Vacinação (Direção-Geral de Saúde, 2020) *“Tem por objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação”* (p. 17). Segundo Loureiro (2004), os enfermeiros têm manifestado uma constante dedicação e crescente intervenção nesta atividade preventiva, demonstrando competências diferenciadas no exercício da sua profissão que asseguram a eficácia da vacinação: conhecimento e práticas, tendo em conta as reações pós-vacinais; as reais e falsas contra-indicações vacinais; vias e locais de administração; cuidados pós-vacinais; conservação das vacinais; entre outros cuidados. E é inegável o contributo dos enfermeiros para as elevadas taxas de adesão à vacinação, amplamente reconhecido pela sociedade portuguesa.

Todos os momentos de contacto com as crianças, em contexto de consulta de vigilância da saúde infantil, foram oportunos para verificar se o boletim de vacinas se encontrava atualizado e proceder à vacinação quando adequado. Foi possível constatar que a adesão à vacinação e o conhecimento acerca da importância da vacinação estavam presentes, situação comumente constatada na população portuguesa. Contudo, e segundo a Direção-Geral de Saúde (2020), *“É essencial: (...) Investir na informação dos cidadãos e profissionais de saúde, capacitando quer para a tomada de decisões cada vez mais esclarecidas e participadas quer para a crescente partilha de informação credível sobre as vacinas e a vacinação (...)”* (p. 15). Por isso, o meu foco de atenção incidiu nos conhecimentos não demonstrados sobre a vacinação, nomeadamente acerca dos cuidados pré e pós vacinação, nas reações adversas da vacinação e nas falsas contra-indicações. Exemplo da necessidade de conhecimentos acerca dos cuidados com a vacinação, foi a não administração de paracetamol antes do procedimento tal como a evidência indica, *“não é recomendada a administração*

preventiva de paracetamol, por rotina, antes ou durante a vacinação, uma vez que pode haver interferência com a resposta imunológica.” (Direção-Geral de Saúde, 2020, p. 41).

Objetivo:

- Desenvolver competências de gestão da dor na criança e no jovem.

Atividades:

- Aplicar as escalas adequadas à avaliação da dor, de acordo com a faixa etária e a condição individual;
- Aplicar a evidência na gestão da dor na criança e no jovem.

Reflexão Crítica

A dor é um fenómeno que, pela dificuldade no consenso da sua definição prediz, desde logo, a sua complexidade. Atualmente, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a um dano tecidual real ou potencial”* (2021), definição esta que reúne maior consenso por parte dos peritos da área. Este fenómeno é encarado como uma experiência individual e subjetiva à pessoa que a descreve ou a demonstra e, portanto, carece de uma intervenção personalizada que transcende a administração de analgésicos. Quando a dor é experienciada por crianças, aumenta exponencialmente a sua complexidade na compreensão, na avaliação e na atuação perante este evento e, a par disso:

“A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários” (Direção-Geral de Saúde, 2010, p. 3).

Pode assumir-se ainda que a experiência da dor nas crianças é influenciada por múltiplos fatores como: a idade, o nível de desenvolvimento, a causa da dor, a natureza da dor e a capacidade de expressar a sua dor (Jacob, 2014).

A avaliação da dor nas crianças e a instituição de medidas que minimizassem o impacto negativo deste fenómeno constituiu um desafio constante ao longo do estágio, mais evidente quer na vacinação em contexto de cuidados de saúde primários, quer no serviço de internamento pediátrico. No que ao primeiro contexto diz respeito, a dor observada na criança esteve essencialmente associada ao procedimento doloroso da vacinação e, no sentido de minimizar o seu impacto, foram adotadas medidas de distração e relaxamento assente numa relação de confiança com a criança e a família. Como medidas de distração foram utilizados brinquedos ou vídeos infantis com recurso ao telemóvel, e como medidas de relaxamento as crianças foram mantidas sempre no ambiente mais seguro, o colo dos pais, e quando adequado nas crianças mais velhas, foi incentivada a respiração profunda. Quando oportuno, foi também incentivada a amamentação durante a vacinação tal como é amplamente recomendado pela Organização Mundial de Saúde (2015) e porque deve ser considerada a intervenção analgésica de primeira linha para procedimentos dolorosos, tais como punção venosa, intramuscular ou do calcâneo (Benoit, Martin-Misener, Latimer, & Campbell-Yeo, 2017). Além da instituição de medidas não farmacológicas, as estratégias farmacológicas como os anestésicos tópicos foram consideradas, constituindo um potencial de melhoria efetiva na assistência à criança e à família. Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021), é aconselhado a aplicação de creme anestésico em casa ou no centro de vacinação (30-60 minutos antes da vacinação) e que após a retirada do creme da pele, esta pode ficar branca ou ruborizada (situação descrita como normal e temporária). Assim, quando foi agendada uma consulta com vacinação, demonstrou-se aos pais o local anatómico adequado para a aplicação do creme

anestésico com recurso a uma imagem ilustrativa que lhes foi facultada e explicados os benefícios do creme anestésico assim como possíveis reações adversas.

No segundo contexto, o serviço de internamento, a dor na criança assume outras características pela sua etiologia (muitas vezes associada a alguma patologia ou acidente), pelo tempo de duração deste fenómeno e também pelo medo, ansiedade e stress que um internamento pode gerar (Jacob, 2014), requerendo um olhar diferente face à compreensão, à avaliação e à atuação em conformidade. Na orientação da Direção-Geral de Saúde (2010) é referido que *“todos os serviços prestadores de cuidados de saúde devem elaborar, para cada instrumento de avaliação que utilizam, um algoritmo de tratamento em função da intensidade da dor”* (p. 3), e como tal, o serviço de internamento dispõe de uma norma de atuação em linha com as orientações da DGS. As diferentes escalas de avaliação da dor nas crianças sugeridas na orientação 014/2010 da DGS constam no sistema informático utilizado para efetuar os registos de enfermagem, aspeto este que facilitou no registo deste sinal vital. Contudo foi necessário suporte bibliográfico, nomeadamente dessa orientação da DGS, para a correta interpretação dos parâmetros medidos em cada escala e para a utilização da escala mais adequada a cada criança atendendo à sua faixa etária e ao seu estadio de desenvolvimento. A avaliação correta da intensidade da dor direcionou para a adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas com o intuito de minimizar ou até suprir a dor nas crianças. Contudo, após a implementação destas estratégias, a reavaliação do fenómeno foi fundamental para perceber a eficácia das medidas implementadas ou a necessidade de outras em função da persistência da dor. Em procedimentos dolorosos, como principais estratégias para prevenir e minimizar o stress por lesão corporal e dor, foi crucial preparar a criança para os procedimentos antecipadamente, fornecendo explicações simples e adequadas ao seu estadio de desenvolvimento, permitindo a manipulação dos materiais e exemplificando o procedimento num boneco de peluche, sempre com a presença do pai ou da mãe. Nos lactentes, o recurso à amamentação ou à

sucção não nutritiva coadjuvada pela sacarose foi uma estratégia habitualmente utilizada aquando da realização de procedimentos dolorosos.

Em qualquer dos contextos supracitados, é inquestionável a atribuição da devida importância à dor nas crianças, assim como a sua compreensão, a avaliação e a atuação em conformidade com a mesma. Neste sentido e estando sensibilizado para a importância do fenómeno da dor, emergiu da prática clínica a necessidade de procurar novas abordagens para o controlo da dor, com recurso à realização de uma revisão integrativa da literatura e que será explorada no subcapítulo: Domínio da Investigação.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito do apoio à transição e ao desempenho da parentalidade.

Atividades:

- Identificar necessidades de apoio no desempenho do papel parental nos diferentes contextos;
- Realizar formação no âmbito da preparação para a parentalidade;
- Participar no curso de massagem infantil.

Reflexão Crítica

A promoção da parentalidade¹ e o apoio na transição do papel parental² são importantes áreas de atuação do EESIP e que devem estar sempre presentes em qualquer contexto de cuidados de enfermagem prestados à criança e sua família.

Neste sentido, é fulcral potencializar competências nos pais, através de conhecimentos e habilidades para que o desempenho do papel parental não fique comprometido e, assim, promover a parentalidade. A transição do papel parental requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades, obrigando a mudanças e ajustes para os quais muitos pais não estão preparados. O EESIP possui uma posição privilegiada e a capacidade interventiva para facilitar esta transição, através da criação e implementação de estratégias para a promoção e manutenção do exercício do papel parental. Assim, a preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é um fator inibidor. Inerentemente relacionado com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante uma transição e quais estratégias podem ser úteis para administrá-la (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

Neste sentido, o estágio em cuidados de saúde primários constituiu um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade. Enquadrado com um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) a decorrer naquela UCC, foi oportuno realizar uma

¹ Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019), a parentalidade é *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*.

² Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019), o papel parental é *“papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”*.

ação de educação para a saúde intitulada “Vem aí o vosso filho... e agora?” (material de apoio em Apêndice I), em parceria com a Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). Esta Ação de Educação para Saúde (AES) foi constituída por duas sessões e a população-alvo foram o casal grávido entre o 2º e 3º trimestre, divididos em dois grupos de sete casais. Segundo a DGS (2019), os CPPP “(...) têm por finalidade promover o conhecimento, o bem-estar, a confiança e a segurança das mulheres, dos homens e dos casais no que concerne à gravidez, parto, pós-parto, transição e exercício da parentalidade, mediante um processo informativo, esclarecedor e participado” (p. 18). O principal objetivo da primeira sessão foi que os futuros pais e mães conhecessem os cuidados gerais e iniciais ao filho RN, e como estratégia de abordagem do grupo, este foi desafiado a imaginar um dia com o seu futuro filho e que cuidados este iria necessitar ao longo do dia. Esta dinâmica permitiu abertura aos participantes para que pudessem esclarecer dúvidas que foram surgindo à medida que os temas eram apresentados. Assim, nesta sessão foram abordados os seguintes temas: a amamentação, posicionamento após a refeição, a eliminação intestinal e vesical, o choro e a comunicação, o sono e prevenção do Síndrome de Morte Súbita, os cuidados de higiene e conforto, características da pele, a importância da vigilância de saúde infantil e os sinais de alarme (quando recorrer a um profissional de saúde). Na segunda sessão, o objetivo foi capacitar os pais na prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN pelo que, depois de terem sido instruídos acerca destes cuidados, foram incentivados a treinar num modelo e com todo o material necessário à sua realização, demonstrando desta forma a aquisição de habilidades. No final da sessão, e aproveitando o momento de relaxamento após os cuidados de higiene, foram explicados os benefícios do contacto pele-com-pele e foi despendido tempo para esclarecimento de dúvidas. A avaliação global da AES por parte dos pais foi muito positiva, reforçando que se sentiam mais esclarecidos e confiantes para o evento que se avizinhava, o nascimento do filho. A principal limitação na concretização desta atividade prendeu-se o *timing* da sua concretização que, ao coincidir com o início do estágio,

implicou a necessidade de ajuste ao planeamento do CPPP previamente definido pela EESMO e pela EESIP da UCC, facto que, contudo, não inviabilizou a concretização dos objetivos estabelecidos enquanto estudante, nomeadamente o desenvolvimento de competências no âmbito do apoio à transição e desempenho da parentalidade.

A participação no curso de massagem infantil da *International Association of Infant Massage*, constituiu uma importante oportunidade para consolidar conhecimentos e aprendizagens adquiridos durante a componente teórica deste curso de mestrado. Os principais benefícios da massagem infantil e segundo a *International Association of Infant Massage* (2023) podem ser organizados em quatro categorias: a Interação, a Estimulação, o Alívio e o Relaxamento. A Interação pais – filho desenvolvida durante a massagem promove o *bonding* (ligação afetiva), a vinculação segura, a comunicação verbal e não-verbal, e desenvolve sentimentos como o amor, a confiança e a empatia proporcionando tempo de qualidade para a díade. Através do toque nutritivo é promovida também a Estimulação dos sistemas do corpo humano melhorando a autorregulação da criança, a perceção, coordenação e equilíbrio corporal, melhora a qualidade de sono, promove a libertação de neuromediadores e as ligações entre neurónios. Quanto ao Alívio, está descrito que a massagem pode ajudar nos problemas gastrointestinais (cólicas e obstipação), no desconforto da erupção dentária e reduz as dores musculares de crescimento. O Relaxamento da criança após a massagem pode ser demonstrado pela redução das hormonas de stress e aumento das hormonas de prazer, pela melhoria do padrão de sono, aumento da flexibilidade e tónus muscular relaxado, regulação de estados comportamentais mostrando-se mais calma e mais capaz de se acalmar. (International Association of Infant Massage, 2023). Com a participação neste curso, foi possível constatar também os benefícios para os pais que os momentos de massagem proporcionavam. Estes momentos foram importantes para que conhecessem melhor os seus filhos, lendo e respeitando os sinais e aumentavam a

autoestima e confiança para cuidar destes, melhorando as competências parentais. Além destes benefícios para os pais, a *International Association of Infant Massage* (2023) descreve ainda que a massagem promove uma vinculação segura, o envolvimento precoce do pai, tempo de qualidade e constitui uma oportunidade para conhecer a singularidade do seu filho.

No contexto de serviço de internamento, a hospitalização de uma criança gera medo e ansiedade nos pais porque experienciam um ambiente novo, mudanças de rotinas e mesmo pela própria situação de doença do filho, constituindo uma ameaça ao desempenho dos seus papéis. Contudo, os pais querem e precisam de continuar a sê-lo e o enfermeiro desempenha um papel fundamental neste processo “*com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 14). Um dos desafios colocados ao longo do estágio foi a continuidade da amamentação quando esta era interrompida pela situação clínica aguda da criança. Por vezes, uma criança com dificuldade respiratória grave tinha de cumprir pausa alimentar porque a distensão abdominal aumentaria esta dificuldade. A par disso, o medo e a ansiedade gerados pela situação clínica do filho prejudicavam a produção de leite. Nestas situações, foram sempre adotadas estratégias que visassem a manutenção da amamentação como o retorno desta prática logo que a situação clínica o permitisse, esclarecer as mães que habitualmente é uma situação transitória e que mantendo a extração mecânica ajudaria a manter os níveis de produção e diminuiria o desconforto e tensão mamária.

Outra problemática discutida esteve relacionada com a documentação da assistência relacionada com o foco: papel parental. O sistema informático (SCLínico) naquele serviço estava parametrizado para a avaliação do conhecimento e capacidades no desempenho do papel parental desenvolvimental e papel parental especial e importa refletir acerca das diferenças entre estes. Sousa P. (2012), com o

intuito de que os tipos de papel parental indicassem o sentido da ação dos pais para a satisfação das necessidades desenvolvimentais e especiais de natureza transitória e de natureza crónica, distinguiu o papel parental em quatro tipos: o papel parental desenvolvimental como *“processo, comportamento e ação de providenciar cuidados de acordo com a norma, típico, padrão, habitual ou esperado característico do desenvolvimento da criança”* (p. 210), o especial como *“processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos e característicos de uma situação especial de natureza transitória”* (p. 210), o complexo inaugural como *“processo, comportamento e ação inaugural de providenciar cuidados particulares, específicos, complexos e característicos de uma situação complexa de natureza crónica inaugural”* (p. 210) e o complexo estabelecido como *“processo, comportamento e ação estabelecido de providenciar cuidados particulares, específicos, complexos e característicos de uma situação complexa de natureza crónica estabelecida”* (p. 210). Assim, e atendendo a esta definição, constatou-se que os diagnósticos de enfermagem *“potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)”* e *“potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)”*, não apresentavam intervenções de enfermagem associadas pelo que, após discussão com a equipa de enfermagem, surgiu a oportunidade de reformular a parametrização do sistema informático.

Por fim, considerando o descrito neste subcapítulo, é fundamental utilizar o conhecimento sobre a criança e a família para, em conjunto com estes, negociar e implementar intervenções planeadas, sem que os pais se sintam ameaçados no desenvolvimento da sua parentalidade, com as responsabilidades que lhes são exigidas, evitando confusões e insegurança sobre o que deles é esperado e podem ou não fazer (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Objetivo:

- Minimizar o impacto negativo na criança, jovem e família pela experiência da hospitalização;
- Promover o potencial de desenvolvimento da criança, do jovem e da família durante a hospitalização.

Atividades:

- Compreender o processo de transição saúde-doença experienciado e o impacto deste na criança ou jovem e família;
- Implementar medidas que minimizem o impacto negativo da hospitalização na criança, jovem e família;
- Desenvolver estratégias que potenciem o desenvolvimento da criança, jovem e família durante a hospitalização.

Reflexão Crítica

A hospitalização de uma criança é, inúmeras vezes, sinónimo de crise tanto para a criança como para a sua família e, como tal, *“A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia”* (European Association for Children in Hospital, 1988). A crise despoletada por uma hospitalização pode ser sustentada por fatores de stress como a ansiedade de separação dos pais e familiares; o medo do desconhecido; a perda do controlo e da autonomia; e o medo da lesão corporal e dor. Estes agentes de stress são experienciados por cada criança, de forma mais ou menos intensa, consoante a sua idade, estadio de desenvolvimento, experiência anterior com a doença, separação ou hospitalização, os seus mecanismos de defesa inatos e adquiridos, a gravidade de diagnóstico e o sistema de apoio disponível (Sanders, 2014). Assim, face a este entendimento, foi possível ao longo do estágio em contexto de internamento de pediatria implementar estratégias que visassem diminuir o impacto negativo da hospitalização.

Atentando o estadió de desenvolvimento e à condição de cada criança em particular, a ansiedade de separação pode ser manifestada de diferentes formas, desde a recusa alimentar, choro, dificuldade em dormir ou até mesmo formas mais agressivas de expressar a sua raiva como partir brinquedos ou até bater noutras crianças (Sanders, 2014). Contudo, foi possível promover sempre o acompanhamento dos pais (ou pelo menos um deles) durante a hospitalização e foi incentivado o contacto com os restantes familiares ou pessoas significativas recorrendo, por exemplo, a videochamadas. Na impossibilidade de acompanhamento por parte dos pais, foi incentivada a presença de um familiar significativo, como foi o caso de uma criança hospitalizada com uma infeção respiratória em que o seu acompanhante permanente era o avô, já que a mãe teria abandonado a família e o pai tinha sido submetido a uma cirurgia recentemente. A par disso, o avô era a referência para esta criança e o vínculo entre os dois era evidente e, como tal, foram adotadas todas as medidas necessárias para que o acompanhamento desta criança pelo avô fosse possível, tendo em conta a sua idade e as suas limitações. A única situação, e talvez uma das mais impactantes, em que não foi possível manter o acompanhamento do avô foi durante um transporte urgente para uma unidade mais diferenciada por agravamento da situação clínica da criança e, mesmo reforçando a importância do acompanhamento à equipa de transporte, este foi impossibilitado. Foi evidente a ansiedade gerada na criança, não só pelo agravamento da situação clínica, mas também pela separação da pessoa significativa, do seu porto seguro, uma vez que “a ansiedade de separação é o maior stress provocado pela hospitalização durante a primeira infância” (Sanders, 2014, p. 1028) e esta criança tinha 25 meses de idade. Como forma de minimizar esta separação, o avô foi informado do local para onde seria transportada a criança e foram fornecidas instruções de como lá chegar para que pudesse estar presente aquando da chegada do seu neto.

A perda de controlo por parte das crianças durante a hospitalização é um fator de stress que *“aumenta a perceção da ameaça e pode afetar os mecanismos de coping”* (Sanders, 2014, p. 1028). Atendendo ao seu estadio de desenvolvimento, cada criança experiênciava a hospitalização de forma diferente e esta alteração da rotina e das atividades de vida diária, dependência e restrição física tem repercussões negativas no seu desenvolvimento. Assim, foram sempre adotadas estratégias que visassem promover a manutenção da rotina e atividades habituais de cada criança, como os horários das refeições, dos cuidados de higiene e os hábitos de sono, tal como algumas atividades escolares. Foi igualmente importante incentivar a independência da criança nas atividades que já realizava e promover a autonomia em algumas que ainda não realizava sem ajuda, recorrendo oportunamente ao reforço positivo. Sempre que a sua situação clínica o permitia, foram incentivadas a frequentar o espaço lúdico que o serviço dispõe como forma de ocupação de tempos livres e convívio com outras crianças.

Quanto aos medos de lesão corporal e da dor, estes são frequentes entre as crianças e as suas consequências podem manter-se na idade adulta (Sanders, 2014). A relação de empatia e de confiança desenvolvida desde o primeiro contacto entre o enfermeiro e a criança é essencial para minimizar o impacto destes medos. Assim, foi possível preparar antecipadamente a criança para os procedimentos, e em particular os dolorosos, adequando sempre a comunicação a esta, foram geridos os cuidados atendendo ao momento escolhido pela criança para o procedimento, dando tempo para que esta se preparasse e foi promovido o seu envolvimento no procedimento permitindo a manipulação do material, que colocasse questões e foram fornecidas explicações simples e adequadas ao seu estadio de desenvolvimento. O brinquedo e as brincadeiras constituíram também uma importante *“arma”* terapêutica uma vez que *“por meio das brincadeiras, o profissional tem a oportunidade de entrar no mundo da criança, compreender as suas necessidades,*

emoções, medos e dúvidas, conseguindo, assim, intervir de maneira única, singular e direcionada a cada criança” (Sousa, et al., 2021, p. 179).

A hospitalização de uma criança pressupõe também uma crise em toda a dinâmica familiar sendo uma fonte de stress para todos os membros da família. Os pais experienciam sentimentos de medo, ansiedade e frustração quando confrontados com o internamento do filho. O medo e a ansiedade podem estar associados à gravidade da doença, e o tipo de procedimentos médicos envolvidos geram ansiedade pela dor e trauma infligidos às crianças (Sanders, 2014). Durante o estágio houve sempre a preocupação de manter os pais informados e envolvidos na prestação de cuidados, construindo uma relação baseada na confiança, respeito e responsabilidade partilhada. O acolhimento da família num ambiente completamente estranho e atípico, como um serviço de internamento, é fundamental, uma vez que o primeiro impacto condiciona muitas vezes o processo de transição vivido por esta família. Ao longo do estágio em contexto de internamento de pediatria, foi possível constatar que a equipa de enfermagem estava desperta e sensível para este tema, procurando sempre promover um acolhimento adequado e prestando todas as informações à criança e aos pais de modo a experienciarem o menos negativamente possível este processo.

Apesar da hospitalização da criança e família, programada ou não, poder gerar instabilidade e desequilíbrio, esta pode constituir uma oportunidade para fomentar e promover o seu potencial de desenvolvimento. Assim, no decurso deste estágio e estando sensível para esta problemática, procurou-se abordar com os pais as dificuldades sentidas no ambiente familiar e encontrar estratégias que beneficiassem a relação. Tal como refere Sanders (2014), os pais podem reestruturar as formas de se relacionarem com os seus filhos para promover um comportamento mais positivo, com o apoio dos enfermeiros. Uma relação entre pais e filho estruturada e com papéis bem definidos é o suporte para um crescimento e desenvolvimento da criança saudáveis.

A hospitalização tem sempre um impacto na vida da criança, e enfrentar esta crise de forma bem-sucedida e amadurecer como consequência disso, constitui uma oportunidade para desenvolvimento de mestria (Sanders, 2014). Neste sentido, foi um importante contributo desmistificar os medos e as fantasias, e incentivar a tomada de decisão e a independência, consoante o estadio de desenvolvimento da criança para que esta se possa sentir mais confiante. Considerando que muitas vezes o período de hospitalização é prolongado, o enfermeiro desempenha um papel importante na promoção das oportunidades educativas, quando a condição clínica assim o permite. A gestão dos cuidados de enfermagem em função das atividades letivas (por exemplo, aulas online) foi uma prática constante ao longo do estágio, uma vez que *“A escola é uma parte integrante da vida da criança em idade escolar”* (Sanders, 2014, p. 1045).

Também as relações sociais podem ser favorecidas durante a experiência da hospitalização, quer entre crianças, quer entre os pais. Segundo Sanders (2014, p. 1045), *“A hospitalização pode oferecer às crianças uma oportunidade especial de aceitação social”* que, por vezes, pode ser proporcionada através do convívio com crianças com a mesma condição clínica. Neste sentido, foi promovida a socialização entre as crianças incentivando, por exemplo, à realização de atividades conjuntas como jogos e brincadeiras. No mesmo seguimento, incentivar a socialização entre os pais pode favorecer a partilha de dificuldades e receios, potenciando a aceitação da condição clínica dos filhos.

Objetivo:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança ou jovem e família segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Atividades:

- Incentivar os pais na participação e envolvimento dos cuidados;
- Negociar com os pais, em parceria, os cuidados a prestar à criança.

Reflexão Crítica

Habitualmente, os pais são quem melhor conhece o seu filho: desde o seu temperamento, as respostas face a determinadas situações, como melhor superaria essas situações adversas, que estratégias melhor resultariam com o seu filho e, nesse sentido, são dotados de capacidade para tomar decisões e participar no planeamento e implementação do plano de cuidados ao seu filho. O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey tem como base o reconhecimento e o respeito pela perícia da família no cuidado ao seu filho (Casey, 1995). Este caracteriza-se pelo cuidado em parceria com a criança e a família, em que há partilha de poder e conhecimentos durante esse processo, definindo objetivos em comum centrados na criança com a participação ativa de todos os parceiros (pais ou família-criança-enfermeiro) na relação. Assim, se um membro da família puder estar presente, ou a criança desejar cuidar de si mesma, inicia-se um processo de negociação e o enfermeiro fornece apoio e ensino contínuos para permitir que a família tome decisões informadas sobre os cuidados (Casey, 1995). A parceria de cuidados não se traduz numa distribuição equitativa de tarefas, compartimentalização de funções, nem impõe qualquer limite à participação dos pais no cuidado à criança. A definição dos limites decorre apenas da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e enfermeiros. De facto, a base deste modelo é o sentimento de negociação e respeito pelas necessidades e desejos da criança e família (Casey, 1995). Assim, *“Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 19).

Ao longo do estágio, mais especificamente no contexto de internamento de pediatria, foi possível estabelecer uma relação de confiança e de empatia com a criança e a família mantendo uma postura assertiva e recorrendo a uma comunicação efetiva e adequada. A admissão e a avaliação inicial constituíram

importantes momentos para perceber desde logo, quais melhores estratégias comunicacionais e relacionais a desenvolver durante o período de internamento. Também as expectativas da criança e da família face a este, assim como a vontade e capacidade demonstradas no que concerne à prestação de cuidados foram valorizadas no planeamento conjunto destes.

A negociação e o planeamento de cuidados devem ser iniciados desde o momento da admissão e permanecer até ao regresso a casa, permitindo a continuidade de cuidados no domicílio. Como tal, o planeamento de cuidados foi sempre realizado de acordo com as necessidades expressas pelos pais, que incluíram aspetos como a vigilância da temperatura axilar, os cuidados de higiene e alimentação, a amamentação e lactação, a segurança da criança, os ciclos de sono e vigília, os tipos de choro, a gestão do regime terapêutico, a promoção do desenvolvimento infantil, a vigilância da saúde, entre outros, e sobre os quais identificando as suas limitações e as dificuldades foi possível adotar as melhores estratégias que contornassem essas dificuldades. Assim, neste contexto onde os pais e as crianças muitas vezes são expostos a acontecimentos sobre os quais não têm controlo, foram incentivados a participar nos cuidados em parceria fomentando-lhes a capacitação e empoderamento necessários para suprir as dificuldades sentidas no desempenho do papel parental no ambiente hospitalar. Todo o plano de cuidados definido para a criança e família foi documentado no sistema informático utilizado no serviço (SClínico) e a informação foi adequadamente transmitida à restante equipa através da passagem de turno, para que o processo de continuidade de cuidados fosse desempenhado de forma efetiva.

Desta forma, foi possível verificar ao longo deste estágio a complexidade dos cuidados prestados em parceria e que *“O processo de cuidar em pediatria, pela sua especificidade, determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais.”* (Mendes & Martins, 2012, p. 120).

Competências

- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;*

Objetivo:

- Desenvolver competências na concretização do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Atividades:

- Identificar as necessidades de educação para a saúde;
- Participar em atividades que promovam a capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Realizar uma ação de educação para a saúde;
- Participar em atividades que promovam a adaptação das crianças com necessidades de saúde especiais no contexto escolar.

Reflexão Crítica

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é um instrumento que norteia as políticas nacionais no que à promoção da saúde em meio escolar diz respeito e, por isso, visiona que *“todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”* (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 4). Este é o principal foco do trabalho desenvolvido pela equipa de saúde escolar numa UCC e, sendo a escola um local de eleição para promover a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, a intervenção de uma equipa de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, torna-se imperativo. A equipa de saúde escolar das UCC articula diretamente com o

Coordenador de Educação para a Saúde dos agrupamentos de escola e com a Equipa de Promoção e Educação para a Saúde (PES) com o intuito de responder adequadamente aos preceitos definidos neste programa nacional, alicerçados nos objetivos³, assim como, nos eixos estratégicos e as áreas de intervenção⁴ definidos no PNSE. A unidade onde decorreu o estágio definiu uma equipa de saúde escolar constituída por seis enfermeiros em que cada um é responsável por um determinado Agrupamento de Escolas ou Estabelecimento de Ensino. Assim, o agrupamento de escolas da responsabilidade da enfermeira tutora era constituído por cinco escolas básicas (1º ciclo e jardim de infância) e uma escola básica e secundária (2º e 3º ciclos e secundário).

Tendo em consideração o PNSE e em articulação com as escolas, foram definidas como as principais áreas de intervenção naqueles contextos: a saúde oral e higiene corporal; a educação alimentar e atividade física; os afetos e educação para a sexualidade; os comportamentos aditivos e dependências; a saúde mental e

³ Objetivos do PNSE 2015 (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 4):

- *“Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;*
- *Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;*
- *Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;*
- *Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.”*

⁴ Eixos Estratégicos e Áreas de Intervenção do PNSE 2015 (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 4):

- *“Eixo 1. **Capacitação** • Áreas de Intervenção: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.*
- *Eixo 2. **Ambiente escolar e saúde** • Áreas de Intervenção: desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros.*
- *Eixo 3. **Condições de saúde** • Áreas de Intervenção: saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais, saúde de docentes e não docentes.*
- *Eixo 4. **Qualidade e inovação***
- *Eixo 5. **Formação e investigação em Saúde Escolar***
- *Eixo 6. **Parcerias.**”*

prevenção da violência; e a inclusão de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), contudo, apesar do enfoque nestas áreas de intervenção, as demais elencadas no PNSE são evidentemente consideradas no âmbito da atuação desta equipa.

Como o espaço temporal em que decorreu o estágio coincidia com o início das atividades letivas, foi possível participar na dinâmica de articulação anual entre a escola e a equipa, nomeadamente através de uma reunião de preparação e definição do Plano Anual de Atividades a desenvolver tendo em conta a população alvo das diferentes intervenções. Nesta reunião estiveram presentes a coordenadora PES, representante do corpo docente, psicóloga, assistente social, nutricionista, terapeuta da fala, EESIP e eu próprio, como estudante do curso de mestrado em Enfermagem. Foram debatidas as necessidades emergentes em saúde escolar daquela comunidade educativa e delineado um plano de ação anual com o intuito de colmatar essas necessidades identificadas tendo em consideração os recursos (humanos e materiais) e as estratégias que poderiam ser mais eficazes para alcançar os objetivos definidos. Revelou-se importante perceber o ênfase atribuído a programas regionais e nacionais, como o PRESSE, o PASSE, ou o PNPSO, de modo a concretizar e materializar a abrangência dos eixos estratégicos e as áreas de intervenção definidas no PNSE. Discutiram-se também as necessidades formativas do corpo docente e não docente relativamente aos alunos com necessidades de saúde especiais e agendadas sessões de educação para a saúde no início do ano letivo com o intuito de capacitar o mais brevemente possível estes intervenientes da comunidade educativa em situações particulares como alunos com Diabetes, Alergias (alimentares e não alimentares) ou Epilepsia precocemente. A presença nesta reunião permitiu perceber a abrangência dos temas discutidos, a dinâmica da mesma e daí inferir algumas conclusões e reflexões. A primeira foi a importância de um planeamento de objetivos e estratégias atempado e realista para cada comunidade educativa e, para isso, caracterizar a população alvo, conhecer as

necessidades das diferentes faixas etárias e as metodologias mais eficazes para alcançar os objetivos previamente definidos é essencial e ficou patente nesta reunião. Deste modo, é fulcral traçar previamente um perfil dos alunos e perspetivar a recetividade e a eficiência das atividades planeadas mesmo nas situações em que os alunos transitaram para o 5º ano de escolaridade, ou que mudaram de escola e são, por isso, novos alunos naquele contexto escolar.

Nesta reunião foi também possível constatar a importância da calendarização das atividades ao longo do ano letivo, definindo desde logo o enfoque em determinadas áreas previstas no PNSE, em função do estadio de desenvolvimento das crianças ou jovens. Ficou também evidente a relevância do envolvimento de outros profissionais como psicólogos, nutricionista, assistente social e terapeuta da fala ou até mesmo de recursos da comunidade como a GNR ou os Bombeiros locais, que através dos seus conhecimentos e experiências, poderiam contribuir para um maior alcance dos objetivos previstos.

Em função desta reunião, assumiu-se a abordagem de uma temática relacionada com a alimentação, a ser inserida na semana de atividades delineadas no âmbito da efeméride do Dia Mundial da Alimentação (16 de outubro). Foi assim concretizada a AES intitulada “À descoberta do... açúcar, sal e gordura nos alimentos” e cujo material de apoio produzido se encontra no apêndice II, a cinco turmas do 5º ano (um total de 83 alunos) e teve como principais objetivos: consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável; e desenvolver conhecimentos e habilidades sobre a leitura de rótulos dos alimentos e utilização do descodificador de rótulos. Esta ação foi planeada com recurso a estratégias atendendo ao estadio de desenvolvimento da população alvo e, para tal, foi necessário realizar uma pesquisa aprofundada acerca da temática e recorrer ao Referencial de Educação para a Saúde elaborado pela DGS e pela Direção-Geral da Educação em 2017 que tem como principal objetivo o estabelecimento de uma uniformização de temas, objetivos e conteúdos a desenvolver nas iniciativas de promoção e educação para a

saúde dirigidas a crianças e jovens. Como uma das intencionalidades desta AES era a capacitação para a utilização de um instrumento divulgado pela DGS, o Descodificador de Rótulos, foi distribuído por todos os alunos um exemplar deste assim como um rótulo de um alimento para que o pudessem, de forma prática, analisar e catalogar o alimento como adequado para o consumo ou a evitar, tendo em conta os níveis de açúcar, sal e gordura.

No que respeita à avaliação da sessão proporcionada, nomeadamente dos objetivos delineados, foi aplicada uma *check-list* enquanto os alunos procediam à leitura do rótulo e utilizavam o descodificador. Então, foi possível aferir que todos os alunos sabiam identificar os níveis de açúcar, de sal e de gordura nos rótulos e na aplicação do descodificador, apenas o item “compara o nível de sal com o do descodificador” foi verificado em 90%, contrariamente aos 100% verificados nos restantes itens, uma vez que os oito alunos identificados tiveram dificuldade na interpretação dos números decimais dos níveis de sal. Alguns alunos tiveram a iniciativa de colorir o rótulo com verde, amarelo ou vermelho, conforme indicação do descodificador durante a componente prática desta AES. Com este comportamento fica ainda mais evidente que, globalmente, as estratégias adotadas revelaram-se eficazes em dotar a população alvo de conhecimento e capacidades sobre a temática.

Uma das áreas de intervenção do PNSE que mereceu especial enfoque durante o estágio foram as NSE. Estas podem ser definidas como *“as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual”* (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 43). Os problemas de saúde mais frequentes com impacto na funcionalidade e que necessitaram de intervenção da equipa de saúde escolar durante o estágio foram a Diabetes, Alergias (alimentares e não alimentares) e Epilepsia. A DGS (2015) preconiza que *“O processo de referência-avaliação-intervenção-monitorização dos progressos e eventual revisão das medidas de saúde deve ser*

operacionalizado através de um plano de saúde individual.” (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 44). Relativamente à referenciação, foi possível perceber a articulação entre os serviços de saúde (desde unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde-ACeS ou hospitais), assim como da escola ou pais e encarregados de educação com a Equipa de Saúde Escolar.

Na minha perspetiva, a frequência desta referenciação ao longo do estágio foi maior do que o expectável, o que proporcionou inúmeras oportunidades para consolidar aptidões na elaboração de um Plano de Saúde Individual. Oportunamente, participou-se em reuniões com o diretor de turma do aluno com NSE e com o seu encarregado de educação com o intuito de avaliar a situação e desenvolver um plano de intervenção ajustado à situação em particular. Quanto às intervenções, poderiam ser ações de educação para a saúde dirigidas ao corpo docente e não docente da escola/jardim de infância ou dirigidas aos colegas de turma da criança com NSE. Em todos os casos era promovido o envolvimento dos pais nas sessões, uma vez que são os principais cuidadores e conhecem melhor do que ninguém as necessidades de saúde especiais dos seus filhos. O principal propósito destas intervenções foi sempre promover a adaptação destas crianças e jovens no contexto escolar perspetivando uma melhoria no seu desempenho escolar.

Face ao exposto, é possível afirmar que ao longo deste estágio constatou-se que os princípios das Escolas Promotoras de Saúde “(...) – *equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar – continuam a ser uma referência, um objetivo comum da Educação e da Saúde e a nortear a intervenção da Saúde Escolar” (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 12).*

Objetivo:

- Compreender o papel do EESIP no cuidado à criança e família em situação de risco.

Atividades:

- Conhecer os recursos da comunidade que apoiam as crianças e famílias em situação de risco;
- Conhecer as atividades no âmbito do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- Conhecer o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e as atividades da Equipa Local de Intervenção.

Reflexão Crítica

Os maus-tratos em crianças e jovens definem-se como “(...) *qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.*” (Direção-Geral de Saúde, 2011, p. 7), sendo mundialmente percecionados como um problema de saúde pública. Neste sentido, os decisores políticos têm tido um papel fundamental na emissão de normas e leis que visam atuar sobre este problema de saúde pública, exemplo disso são a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro); o Despacho Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco n.º 31292/2008, de 5 de dezembro que aprova o documento “Maus tratos em crianças e jovens - Intervenção da saúde”; ou Despacho n.º 5656/2017, de 28 de junho que determina disposições sobre o desenvolvimento da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) e da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. A ASCJR pretende responder de forma estruturada ao fenómeno dos maus-tratos através do Serviço Nacional de Saúde, tendo para isso desenvolvido a Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco. Os Núcleos da ASCJR são distribuídos geograficamente pelo país em unidades funcionais do ACeS (NACJR) e nos hospitais com atendimento pediátrico (NHACJR) constituindo equipas pluridisciplinares “*que apoiem os profissionais nas intervenções neste domínio,*

articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições” (Ministério da Saúde, 2008).

No âmbito do PNSIJ (2013), um dos objetivos estabelecidos é o de *“Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos e de violência, tais como: negligência, maus-tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.”* (Direção-Geral de Saúde, 2013, p. 10). Como tal, o EESIP possui um conjunto de competências que lhe permite a deteção precoce destas situações, através de uma avaliação rigorosa do crescimento e desenvolvimento das crianças e da interação familiar, servindo-se do seu pensamento crítico suportado na literatura atual para que possa decidir da forma mais adequada perante a situação com que se depara.

Na equipa de enfermagem da UCC onde decorreu o estágio, integrava uma EESIP que pertencia ao NACJR do ACeS e, como tal, foi de extrema relevância discutir com este elemento a dinâmica funcional do núcleo e a articulação entre as instituições. Foi possível perceber quais as áreas de atuação deste núcleo e qual o seu papel no apoio às situações de crianças e jovens em risco. Constatou-se também, segundo esta enfermeira que integra o núcleo desde a sua criação, que muitos profissionais de saúde daquele ACeS referenciam os casos na perspetiva de que este núcleo os resolva. Contudo foram vincados os objetivos e propósitos do NACRJ, e não é a principal competência do núcleo implementar intervenções, mas sim prestar aconselhamento e consultadoria aos profissionais na sinalização, aconselhamento e encaminhamento dos casos. Apesar das formações e informações prestadas a estes profissionais de saúde denota-se ainda, segundo a mesma, uma carência de informação por parte destes.

Segundo a enfermeira, o número de casos referenciados para este núcleo tem aumentado e esta situação pode ser interpretada de duas formas: ou há um aumento de casos efetivo de maus-tratos às crianças ou há uma maior referenciação, que pode por sua vez, pressupor maior sensibilização para a sua importância. Ao longo do

estágio não foi experienciado nenhum caso de sinalização de maus-tratos, contudo ficou cimentada a funcionalidade dos NACJR e houve uma sensibilização acrescida da minha parte para a importância de solicitar consultadoria ao NACJR que permita um adequado acompanhamento dos casos. Teria sido de todo pertinente ter participado nas reuniões de acompanhamento de casos do NACRJ, mas esta atividade foi impossibilitada pelo direito à confidencialidade e sigilo das crianças e famílias além de questões de ordem burocrática, situação que foi prontamente entendida por mim não impedindo a procura de mais informação acerca desta área. A par das leis supracitadas, foi estabelecido também o Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro que define a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, que visa a promoção e a referenciação, o acompanhamento e a intervenção precoce em crianças cujo seu normal desenvolvimento possa estar comprometido. Neste contexto de estágio de cuidados de saúde primários, uma EESIP da UCC integrava uma Equipa Local de Intervenção (ELI), que são equipas pluridisciplinares (educador de infância, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, técnico de serviço social e enfermeiro) e visam avaliar, apoiar e implementar, em conjunto com a família e outros agentes educativos, estratégias que promovam o desenvolvimento harmonioso da criança e que atinjam o potencial máximo de desenvolvimento da criança referenciada. Esta enfermeira tinha agendadas reuniões semanais com a ELI onde eram elaborados e discutidos os Planos Individuais de Intervenção Precoce⁵ (PIIP) e, com o intuito de melhor perceber esta dinâmica, foi solicitado por mim a participação numa reunião, mas não foi possível por questões de confidencialidade e sigilo, e também porque a participação de um elemento não habitual e provisório na equipa poderia gerar apreensão da família e comprometer o PIIP delineado. Contudo, oportunamente e

⁵ O PIIP é um documento organizador, elaborado em função da avaliação da criança nos seus contextos naturais, que define as medidas e as ações a desenvolver com objetivo de promover o desenvolvimento da criança e a autonomia da família, considerando sempre as suas necessidades e interesses.

suportado pela pesquisa da literatura associada, foi possível discutir com a enfermeira a abrangência e o propósito de um PIIP e qual o papel do EESIP na ELI e os seus importantes contributos. O enfermeiro detém um conjunto de competências, alicerçadas na disciplina de Enfermagem, que permitem diagnosticar e intervir precocemente em situações que possam comprometer o desenvolvimento das crianças, assim como, encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento quando se prevê necessitarem de orientações especializadas. Para cada caso, é definido em reunião um mediador de caso que é responsável pela operacionalização do PIIP nos diferentes contextos da criança (creche, jardim de infância, domicílio ou outros).

Competências
<ul style="list-style-type: none"><i>Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;</i>

Objetivo:

- Desenvolver competências sobre técnicas de comunicação com a criança, adolescente e família.

Atividades:

- Estabelecer uma comunicação assertiva com a criança, adolescente e família;
- Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança, adolescente e família de acordo com o seu estadio de desenvolvimento.

Reflexão Crítica

O desenvolvimento de competências na área da comunicação constituiu um desafio pela sua complexidade e por constituir a principal arma para a concretização dos

objetivos que se definem num plano de cuidados de enfermagem. Segundo Phaneuf (2005):

“a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.” (p. 23).

Desta forma, apreendemos e compreendemos as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa criando uma relação de empatia (Phaneuf, 2005).

Particularmente em idade pediátrica, a comunicação assume características muito próprias e desafiantes, e a comunicação não verbal encerra as mensagens mais significativas (Hockenberry, 2014). A título de exemplo, a comunicação com o RN e o lactente comprova a premissa anterior já que esta se processa essencialmente pelo toque, pela descodificação das necessidades deste através do choro, dos movimentos, do tónus, da expressão facial, ou seja, de todas as interações do RN ou lactente com o ambiente. Ao longo do estágio, foi possível sensibilizar os pais para esta comunicação tão particular e para a importância de reconhecer as interações dos filhos como forma de se expressarem.

A comunicação com as crianças e jovens exige que atendamos à sua individualidade assim como ao seu estadio de desenvolvimento num ambiente, inúmeras vezes, gerador de ansiedade, stress e medos. Na abordagem à criança foi prestada especial atenção a alguns aspetos como: proporcionar tempo para que esta se sinta descontraída e relaxada, evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados, contacto visual prolongado que possa ser considerado ameaçador, comunicar através do objeto de transição (bonecos, ursos de peluche), assumir uma posição “espelhada” ao mesmo nível que a criança, falar com tom de voz tranquilo e confiante, de modo claro, concreto e usando palavras simples e frases curtas, facilitar a expressão das suas preocupações e medos, dar oportunidade aos jovens

de falarem sem os pais presentes e, acima de tudo, ser sempre honesto com a criança (Hockenberry, 2014). Por exemplo, o objeto de transição foi utilizado, sempre que oportuno, para explicar à criança o procedimento de inaloterapia com câmara expansora ou administração de medicação endovenosa. Habitualmente, são procedimentos não dolorosos, mas geradores de stress e ansiedade na criança e através da demonstração do procedimento com recurso ao objeto de transição e uma linguagem adequada, foi possível minimizar e superar positivamente a intranquilidade gerada por estas intervenções.

A principal técnica de comunicação com as crianças é a brincadeira já que é a linguagem universal da criança. A utilização da brincadeira terapêutica permite reduzir as consequências negativas da doença e da hospitalização, como a angústia de separação, o medo à perda de controlo e o stress causado pela lesão corporal e dor (Hockenberry, 2014). Neste contexto, foi possível interagir com as crianças com humor e brincadeira para conseguir entrar no espaço delas (respeitando sempre a situação de cada uma), já que *“Ao brincar, a criança conhece o mundo e, pela sua curiosidade inata, vai conquistando novas experiências e conhecimentos.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 85). Apesar de nem sempre ser possível a preparação atempada e ideal para os procedimentos (por exemplo, em situações de urgência), foi mantida uma preocupação constante com este cuidado, assim como incentivar a presença e a participação dos pais em todos os momentos minimizando a angústia de separação e promovendo a parceria de cuidados.

A comunicação estabelecida com adolescentes constituiu um desafio pelas particularidades deste estadio de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, uma oportunidade fulcral para o desenvolvimento de competências nesta área. A adolescência pressupõe mudanças ao nível individual (maturidade biológica, desenvolvimento cognitivo e psicológico) e em diferentes contextos como no social, no familiar, nos grupos pares, na escola ou no local de trabalho (Saewyc, 2014). Segundo o mesmo autor (Saewyc, 2014), a fase inicial da adolescência é

caracterizada pelas mudanças da puberdade e pela reação a essas mudanças. Na fase intermédia, há uma tendência para imitar o comportamento dos pares e um aumento do interesse por música, tecnologia, roupa e aparência, linguagem e comportamento, e na fase tardia assumem-se os papéis de uma vida adulta (Saewyc, 2014). Atendendo à singularidade da adolescência, o desenvolvimento de confiança entre o adolescente e o enfermeiro é fundamental para a efetividade de uma comunicação eficaz e assertiva, ou seja, *“(...) os adolescentes são capazes de revelar informação sensível e pessoal e os enfermeiros têm a capacidade para transmitir conhecimentos, atitudes e necessárias para eles empreenderem ações de promoção de saúde.”* (Saewyc, 2014, p. 807). Por conseguinte, ao longo do estágio foi possível escutar ativamente o adolescente, estimulando a expressão de ideias e de sentimentos, responder às emoções destes e assegurar a confidencialidade e privacidade, uma vez que, segundo Saewyc (2014), estes são os elementos fundamentais para o estabelecimento de relações de confiança.

4.2 Domínio de Gestão

No decurso do exercício profissional, o enfermeiro procura promover uma assistência de enfermagem de excelência, primando pela organização dos cuidados de enfermagem. O domínio da Gestão reveste-se de complexidade pela abrangência que o caracteriza, seja a gestão:

“(...) de recursos, de serviços ou de cuidados, articulando com as temáticas da liderança, da eficácia e eficiência, das metas e missão partilhadas; fulcral a perícia na influência e condução dos grupos, em qualquer dos níveis da gestão (estratégica, intermédia, tática ou operacional); conferindo relevo, igualmente, à gestão de conflitos e à gestão previsional. Revela-se ainda a capacidade de usar ferramentas de diagnóstico, de planeamento estratégico, de avaliação e de melhoria continua da qualidade, que suportem as decisões.” (Nunes, 2010, p. 6).

Como tal, o desenvolvimento de competências neste domínio foi fundamental ao longo deste trajeto formativo avançado.

Competências
<ul style="list-style-type: none">• <i>Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;</i>• <i>Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.</i>

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos assistenciais.

Atividades:

- Participar no processo de gestão de equipas e de cuidados especializados nos contextos assistenciais;
- Prestar cuidados de enfermagem com qualidade e segurança nos diferentes contextos assistenciais.

Reflexão Crítica

Historicamente e enquanto profissão, Enfermagem desenvolveu-se assente na assistência e na administração como se fossem duas dimensões paralelas. Esta dicotomia evidencia-se por um processo de trabalho fragmentado, que distingue o cuidado direto, centrado na assistência, do cuidado indireto, que tem como foco a esfera a gestão. A articulação das esferas da gestão e da assistência, com a comunicação e interação entre os diferentes *stakeholders*, configura a gestão dos cuidados (Treviso, Peres, Silva, & Santos, 2017). Isso faz com que o enfermeiro, com o objetivo de reduzir essa dicotomia, articule essas esferas mediante o desenvolvimento de competências específicas. A gestão dos cuidados é uma competência do enfermeiro diretamente relacionada com a busca pela qualidade

assistencial, aliando a gestão e a assistência (Treviso, Peres, Silva, & Santos, 2017). Neste sentido, a gestão dos cuidados nos diferentes contextos de estágio foi demonstrada com recurso diferentes estratégias, mas com o objetivo comum de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Nos cuidados de saúde primários, particularmente na UCC, a gestão é assegurada pela enfermeira coordenadora que detém um conjunto de competências descritas no artigo 7º do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril e, entre estas, deve *“assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACeS”, “assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade” e “promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas”,* ou seja, desempenha um papel de supervisão da equipa e deve promover o envolvimento de todos os elementos no processo de gestão da unidade funcional (Ministério da Saúde, 2009). O contributo da equipa na definição dos objetivos e das atividades que os concretizem é fundamental para o desempenho da unidade. No que concerne ao método de trabalho, este é designado como o enfermeiro de referência já que cada enfermeiro é responsável pela total prestação de cuidados a uma determinada comunidade. Este método favorece a relação de proximidade e permite a cada enfermeiro ter um amplo conhecimento das necessidades da sua comunidade e decidir acerca da gestão e do planeamento de cuidados em função dos resultados que pretende obter. Assim, a autonomia na gestão dos cuidados do EESIP através da priorização das necessidades identificadas, nomeadamente nos programas de saúde infantil, é orientada pela responsabilidade da concretização dos objetivos programados pela unidade. Exemplificando, foi possível participar na gestão da Saúde Escolar com agendamento das reuniões com o coordenador PES, professores e outros profissionais, com os pais das crianças com NES, e no

planeamento das AES, assim como, na gestão dos recursos materiais necessários para a sua execução. Com a participação na gestão destes cuidados, foi possível perceber como essa gestão determina efetivamente os cuidados prestados, mais propriamente, os resultados que se esperam obter com as intervenções realizadas. A resposta à imprevisibilidade assente no estabelecimento de prioridades foi uma competência determinante na gestão adequada dos cuidados.

No contexto de internamento pediátrico, a gestão dos cuidados é similar à descrita anteriormente, no sentido em que há uma tentativa constante de aproximação das dimensões da gestão e da assistência. A existência de um elemento da equipa responsável de turno é favorecedora desta aproximação na medida em que este, habitualmente EESIP, é o substituto da enfermeira gestora (na sua ausência) e cabe a si a resolução de imprevistos, como a falta inesperada de algum elemento da equipa ou a gestão das unidades de internamento em função, por exemplo, das admissões e das necessidades de isolamento. Durante o estágio, foi possível colaborar com o EESIP na gestão da equipa e do serviço garantindo o funcionamento do mesmo e sem que comprometa os padrões de qualidade e segurança exigidos. Segundo Potra (2015), podem ser consideradas algumas das iniciativas e estratégias para a promoção e avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem tais como:

“a implementação de guidelines de boas práticas (...), a criação de gabinetes de utentes que promovem a análise de práticas de má qualidade e de outros organismos oficiais que emanam políticas de segurança dos utilizadores e normas relativas à qualidade profissional, a elaboração de instrumentos e ferramentas de medida da qualidade, a investigação sobre a sua aplicação, os projetos de melhoria contínua da qualidade, os processos de acreditação e as auditorias realizadas no seu âmbito (...)”
(p. 56).

Como tal, e dentro destas estratégias, foi possível participar ativamente nas reuniões com o elo de ligação e com o grupo coordenador local do PPCIRA,

discutindo construtivamente, quando identificados potenciais focos de infeção, estratégias que os mitigassem. A colaboração nas auditorias realizadas semanalmente com o elo de ligação do grupo coordenador local do PPCIRA permitiu perceber a importância das mesmas identificando, por exemplo, aspetos suscetíveis de melhoria e, assim comunicar e intervir junto da equipa (através de formações, comunicação por e-mail, alterações de normas do serviço, entre outros) com o intuito de promover a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Ventura-Silva *et al.* (2021, p. 292) “(...) a seleção do método de trabalho do enfermeiro poderá ser determinante para a segurança dos clientes e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.” e, como tal, no que concerne ao método de trabalho adotado pelo serviço, este era o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro era responsável por assegurar os cuidados globais a um determinado número de crianças e família durante o seu turno. Esta distribuição realizava-se no turno anterior pelo enfermeiro responsável, tendo em consideração a complexidade prevista de cuidados e as especificidades de cada criança e família em função da dotação de enfermeiros disponível, com o intuito de proporcionar a eficiência e a qualidade dos cuidados a prestar. Ao longo do estágio foi possível constatar que esta distribuição determina, desde logo, a gestão dos cuidados e que foi necessário desenvolver competências nesta área que possibilitassem responder às imprevisibilidades que surgiam durante a prática clínica, através da priorização e da redefinição do plano de cuidados inicialmente previsto. Apesar da individualização dos cuidados característica deste método, foram notórias a colaboração e a ajuda na equipa durante a prestação de cuidados mais complexos, no processo de tomada de decisão ou simplesmente, no esclarecimento de dúvidas que surgem da prática, sob a supervisão do responsável de turno, promovendo assim a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Competências

- *Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;*
- *Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização;*
- *Colaborar no processo de integração de novos profissionais.*

Objetivo:

- Compreender os estilos de liderança a adotar nas diferentes situações que emergem da prática clínica;
- Compreender a importância da supervisão na prática clínica;
- Refletir acerca do processo de integração de novos profissionais.

Atividades:

- Colaborar na liderança das equipas;
- Refletir acerca da importância da supervisão na prestação de cuidados;
- Analisar criticamente o processo de integração de novos profissionais.

Reflexão Crítica

Partindo da premissa que não existe um modelo de liderança ideal, tal como refere Fernandes *et al.* (2021, p. 479), “(...) o líder gestor deverá ter aptidões que permitam reconhecer os diversos estilos de liderança e saber aplicá-los de acordo com as características individuais, da equipa e nas variadas situações que ocorram.” depreendendo-se assim o desafio inerente à liderança de equipas de enfermagem. Esta importante característica está presente em todas as atividades do enfermeiro: durante a organização do serviço, na relação com a equipa e instituição, assim como no processo de tomada de decisão (Treviso, Peres, Silva, & Santos, 2017). Considerando Fernandes (2018, p. 89), “(...) a liderança já não é mais um estatuto formal de poder, mas um processo de influência e de desenvolvimento com quem se interage (...)”, ao longo do

estágio foi possível assumir estas premissas no planejamento e na prestação de cuidados, tendo sido mantido a assertividade necessária para a resolução de problemas que emergiram da prática clínica. O estabelecimento de prioridades, a reflexão realizada com os pares acerca dos cuidados de enfermagem assim como a influência no processo de tomada de decisão da equipa, foram exemplos da liderança desenvolvida nos diferentes contextos de estágio. A relação e a comunicação com a restante equipa foram elementos fundamentais neste processo de desenvolvimento de competências porque, como refere Balsanelli e Cunha (2008, p. 121), *“(...) a comunicação está no núcleo da liderança, uma vez que a liderança é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas para mudança via processo comunicativo”*.

No que concerne à supervisão clínica, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), esta pode ser definida como:

“(...) um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados;” (p. 16657).

Neste sentido, durante o processo formativo, foi possível realizar supervisão do exercício profissional promovendo sempre a segurança e a qualidade dos cuidados através dos conhecimentos na área da saúde infantil e juvenil, do pensamento crítico e reflexivo e da prática baseada na evidência. O exercício profissional de Enfermagem acarreta em si uma enorme complexidade que exige um olhar atento sobre a sua ação, tanto do próprio como dos pares e esse olhar deve ser praticado sob a batuta de alguém que é *“(...) reconhecido pelos pares como sendo detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado no domínio da disciplina e da profissão de enfermagem e da supervisão clínica, com competência efetiva e demonstrada no exercício profissional diário.”* (Carvalho, et al., 2019, p. 16). Assim, e enquanto supervisionado, foi

possível integrar um processo de supervisão clínica e reconhecer estas características no supervisor.

A supervisão clínica está também presente no processo de integração de novos profissionais e este processo é:

“(...) determinante no sucesso da adaptação do profissional à organização e consequentemente no seu desempenho profissional. É um processo individual e flexível, onde cada enfermeiro tem uma história de vida, tem experiências, atitudes e ritmos diferentes, os quais devem ser considerados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 1).

Nos dois contextos onde decorreu o estágio, foi possível verificar a existência de um Manual de Integração, importante no processo de integração de novos elementos, que facilita a perceção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos na instituição. O processo de integração deve basear-se numa relação supervisiva e atender aos objetivos definidos em conjunto respeitando o ritmo do supervisionado. Este processo proporciona uma adaptação adequada, que se refletirá num adequado desenvolvimento profissional, exigido para a prestação de cuidados de qualidade.

4.3 Domínio de Formação

A formação contínua em Enfermagem deve acompanhar o desenvolvimento social, científico e tecnológico de modo a responder às exigências da criança, do jovem e da família inseridos na sociedade. O domínio da formação em enfermagem expõe o processo contínuo de aprendizagens e de desenvolvimento de competências com o intuito de prestar cuidados de qualidade no âmbito da sua atuação.

Competências

- *Manter, de forma contínua e autônoma, o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autônoma, sistemática e crítica.*

Objetivo:

- Promover o processo autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Atividades:

- Participar em eventos científicos e outros momentos;
- Realizar a pesquisa e a estudo individual que emergem de problemáticas que advêm da prática.

Reflexão Crítica

O investimento na formação contínua por parte dos enfermeiros é motivado pela procura da qualidade e excelência dos cuidados. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015a, p. 10089), *“O enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas.”* e é neste sentido que o enfermeiro assume a responsabilidade de manter um processo contínuo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Assim, atendendo a esta premissa, ao longo do estágio foi mantida uma procura constante de conhecimento, não só através de formações, mas também através da pesquisa da evidência atual que respondesse às problemáticas que surgiram na prática clínica. A saúde infantil e juvenil abrange um sem número de áreas de atuação do EESIP e, como tal, constituiu um desafio corresponder a todas as necessidades identificadas ao longo do estágio.

A área da saúde mental dos adolescentes mereceu especial destaque ao longo do processo formativo pela complexidade dos processos biológicos, psicológicos e emocionais que os adolescentes vivenciam. A adolescência é um período especialmente importante enquanto tempo de crescimento, formação, estruturação de valores, atitudes e comportamentos, sendo o adolescente considerado como o seu agente fundamental. Este período é especialmente e sobretudo saudável embora com grande vulnerabilidade, pela forma como o risco é vivido. É através dos diferentes contextos (família, grupo de pares, escola, sociedade, cultura) que o adolescente vai desenvolvendo as suas características pessoais e sociais imprescindíveis para a sua vida adulta. No contexto dos cuidados de saúde primários, foi oportuno participar na formação de dinamizadores do Programa “*Mais Contigo*” que permitiu uma melhor compreensão dos fenómenos da doença mental na adolescência e dos sintomas prévios à existência de doença mental. Esta formação teve como principais objetivos sensibilizar os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, acerca da temática, capacitando-os para a implementação do referido programa através da equipa local de saúde escolar. O programa é constituído por seis etapas: a formação de dinamizadores; a formação de agentes educativos e de porteiros sociais, sensibilização dos pais e encarregados de educação, intervenção Mais Contigo dirigida aos adolescentes, avaliação da intervenção e análise de resultados e, por fim, a partilha e divulgação de resultados. Com a implementação deste programa, espera-se desmistificar mitos associados à doença mental sensibilizando a comunidade educativa para esta problemática, assim como a identificação precoce dos adolescentes em risco e a referenciação e encaminhamento dos mesmos fortalecendo as redes de apoio.

Oportunamente, foi possível participar no *III Encontro de Literacia em Saúde na Prática - Modelos, Estratégias, Intervenção*, promovido pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada), onde foram debatidos os desafios em literacia em saúde na Europa, com

o contributo de Kristine Sørensen, e apresentados projetos de literacia em saúde desenvolvidos no âmbito de uma pós-graduação nesta área. A minha intencionalidade com a participação neste encontro foi o incremento de conhecimentos na área da literacia em saúde e, como refere Kristine Sørensen (2012), a literacia em saúde tornou-se uma prioridade para a saúde no século XXI. É vital para a capacidade das pessoas gerir sua a saúde e navegar no sistema de saúde. A literacia em saúde é também uma base para a capacidade das organizações de saúde servirem as pessoas e para a sociedade garantir a saúde e o bem-estar de seus cidadãos (Sørensen, et al., 2012). A mesma autora (Sørensen, et al., 2012) defende ainda que a literacia em saúde se desenvolve durante o ciclo vital através da capacitação formal e educação, bem como da aprendizagem informal. É influenciada por determinantes pessoais, situacionais e sociais e, por sua vez, tem um impacto no uso e custos da saúde, comportamento e *status* de saúde, participação e empoderamento, bem como sustentabilidade e equidade. Neste sentido, e atendendo à crescente vontade na participação e envolvimento das pessoas nos cuidados de saúde, torna-se imperativo dotá-las de conhecimento atualizado e habilidades para que possam gerir a sua saúde sendo que, neste campo de atuação, os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada.

Todos os momentos formativos foram promotores, de alguma forma, do crescimento pessoal e profissional na procura contínua da excelência dos cuidados de enfermagem.

Competências

- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- *Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;*
- *Promover a formação em serviço na área da especialização;*
- *Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.*

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Atividades:

- Consultar os planos de formação nos diferentes contextos;
- Identificar necessidades formativas nos diferentes contextos;
- Realizar formação de pares conforme as necessidades identificadas.

Reflexão Crítica

Num mundo onde a celeridade das mudanças se conjuga com o fenómeno da globalização, a educação ocupa cada vez mais um lugar de destaque na vida das pessoas, possibilitando aumentar naturalmente o nível de participação destas nas sociedades modernas. A evolução rápida do mundo exige uma contínua atualização dos saberes (Guimarães, Martin, & Rabelo, 2010). Ainda segundo os mesmos autores, a educação impulsiona a transformação dos paradigmas dos indivíduos, possibilitando que este compreenda o que ocorre na sociedade, ampliando assim, a visão do mundo no qual está inserido (Guimarães, Martin, & Rabelo, 2010).

No que respeita à área da saúde, e mais concretamente em Enfermagem enquanto disciplina e profissão, o conhecimento não deve ser considerado como algo estático

e sim um processo dinâmico, que exige uma constante atualização e comprometimento dos enfermeiros, uma vez que o principal alvo dos cuidados são as pessoas e os processos que estas vivenciam ao longo do ciclo vital. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2019) refere que o enfermeiro especialista fundamenta “(...) os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (p. 4749). Assim, no contexto onde exerce funções, a atuação do enfermeiro especialista enquanto agente ativo no processo formativo é de extrema importância para o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade, através do diagnóstico da necessidade formativa, da atuação como formador e da avaliação do impacto dessas ações.

No decurso do estágio, foi possível conhecer os planos de formação nos diferentes contextos através da consulta dos mesmos e da identificação das necessidades formativas. A consulta dos planos de formação permitiu perceber a abrangência temática e as áreas de maior investimento formativo em cada contexto. Por exemplo, na UCC constatou-se uma maior incidência em temas relacionados com a atualização de políticas de saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários, em programas de saúde, em especial o PNSE e, semanalmente a reunião de equipa proporciona a partilha de inquietações e desafios com o intuito de procurar soluções em equipa para os problemas que surgiam, delineando estratégias em conjunto através das experiências individuais de cada um. É, muitas vezes, nestes momentos de reflexão em conjunto acerca da prática que surgem necessidades de formação e, conseqüentemente, estratégias para colmatar essas necessidades identificadas. Esta reunião era seguida de uma sessão de relaxamento, orientada por uma EESIP com formação em *mindfulness*, com a intenção de promover o bem-estar e a saúde mental da equipa. Assim, tal como refere Cabral & Florentim (2016), para cuidar é indispensável cuidar-se, por isso é fundamental que o enfermeiro, se preocupe com o seu próprio bem-estar global, nomeadamente com a sua Saúde Mental. Desta

forma, e segundo o mesmo autor (Cabral & Florentim, 2016), programar sessões de relaxamento ocasionais e formações sobre gestão de conflitos e gestão do tempo, são estratégias que permitem “(...) *procurar soluções para o controlo da ansiedade e do stress ocupacional que possam surgir com a adversidade e com o eventual aumento da carga laboral.*” (p. 215).

Quanto ao serviço de internamento pediátrico e como seria expectável, notou-se uma maior preocupação com a área da prestação de cuidados, mais concretamente com a atualização de normas e uniformização de procedimentos, assim como com a gestão da dor, o controlo de infeção e os cuidados de enfermagem a crianças com determinadas patologias.

Relativamente às carências formativas identificadas ao longo do estágio, no contexto de UCC foi identificada junto da equipa a necessidade de formação acerca do tema Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP). Atendendo à experiência profissional que possuo e na qual esta temática está bem desenvolvida, foi decidida a concretização de ação de formação no referido âmbito. Esta intervenção teve como objetivos principais a atualização dos conhecimentos acerca do SBVP e a reflexão sobre as principais diferenças que este apresenta em relação ao preconizado no adulto. Todo o material de apoio produzido, que engloba o planeamento, a realização e a avaliação da ação de formação pode ser consultado em apêndice III. No que se refere à avaliação desta ação de formação, foi realizado um teste prévio com o intuito de avaliar o nível de conhecimento acerca do tema e aplicado o mesmo teste no final da sessão. Deste modo, foi possível constatar um incremento dos conhecimentos avaliados, uma vez que a taxa média de respostas corretas aumentou de 58,3%, antes da ação de formação, para 100% após, e com estes dados, é pertinente assumir que os objetivos da ação foram atingidos.

No contexto de internamento pediátrico, foi identificada a necessidade de formação em serviço sobre Terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo (CNAF). Uma vez mais, atendendo à minha experiência profissional com a utilização desta terapia em idade

neonatal e ao crescente número de crianças no serviço de pediatria com esta necessidade, foi decidida a realização de ação formativa junto da equipa sobre a temática. Os principais objetivos desta foram o conhecimento sobre as vantagens da terapia CNAF e sobre os cuidados de enfermagem à criança e família sob esta terapia, assim como a demonstração de conhecimentos e das habilidades acerca da preparação do dispositivo respiratório. Todo o material produzido e que se relaciona com o planeamento, a realização e avaliação da ação formativa pode ser consultado no apêndice IV. No que concerne à avaliação da ação de formação, foi aplicada uma *check-list* durante a componente prática que permitiu aferir que os participantes tinham adquirido as habilidades necessárias para a preparação do dispositivo respiratório, mas constatou-se que dois enfermeiros tinham dúvidas na programação da temperatura da câmara humidificadora. Quanto à avaliação dos conhecimentos, esta foi realizada por via de um teste, tendo sido obtida uma taxa média de respostas corretas de 100%.

Com a realização destas ações de formação foi possível desenvolver competências no âmbito da formação de pares, nomeadamente competências no planeamento e na comunicação de informação a audiências especializadas, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto futuro EESIP.

4.4 Domínio de Investigação

Perspetivando a conjuntura atual, enfermagem deve ser entendida como uma profissão suportada pela disciplina do conhecimento, e uma disciplina nutrida pela profissão, uma vez que muitas das problemáticas investigadas emergem da prática de cuidados. Por conseguinte, o desenvolvimento de competências no domínio da investigação torna-se elementar no contributo para o corpo de saberes da disciplina de enfermagem e que, de alguma forma, contribuirá para a prática de cuidados de enfermagem.

Competências

- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*
- *Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.*

Objetivo:

- Integrar a evidência científica atualizada na prática de cuidados de enfermagem especializados.

Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente;
- Refletir acerca dos resultados obtidos;
- Aplicar na prática de cuidados o conhecimento obtido;
- Realizar uma revisão integrativa da literatura acerca de uma problemática emergida da prática clínica;
- Partilhar os resultados com os pares.

Reflexão Crítica

A investigação científica foi desde sempre considerada o motor de desenvolvimento das disciplinas do conhecimento e Néné & Sequeira (2022, p. XVII) acrescentam ainda que *“a investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido na partilha”*. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2006) afirma que:

“(...) a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou

resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem.” (p. 1).

De modo a acrescentar robustez no processo de tomada de decisão do enfermeiro na prática clínica, o conhecimento produzido através da investigação científica desempenha um papel de inegável importância, uma vez que “(...) são necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão, essencialmente a nível da identificação das necessidades das pessoas e a nível da prescrição das intervenções de enfermagem” (Néné & Sequeira, 2022, p. XVII). Ou seja, a produção de conhecimento científico não teria propósito se estes não migrassem para a prática de cuidados e influenciassem os enfermeiros no seu processo de tomada de decisão. Não obstante, é importante ressaltar que muitas das problemáticas investigadas emergem da prática, das necessidades identificadas no exercício profissional dos enfermeiros. Poderá assumir-se que este ciclo de contributos entre a disciplina do conhecimento e a profissão é que potenciam o crescimento e o desenvolvimento da Enfermagem na sua essência, proporcionar ganhos em saúde.

Tendo em consideração estas premissas, ao longo do estágio foi realizada pesquisa bibliográfica através da consulta dos conteúdos lecionados no plano de estudos deste curso de mestrado, teses de doutoramento e de mestrado, bases de dados como Ebsco, MedLine, Scielo, artigos científicos, livros e documentos, assim como documentos divulgados pela Ordem dos Enfermeiros e pela DGS com o intuito de fundamentar a prática de cuidados. Desta forma, conseguiu-se mobilizar diferentes fontes de informação que potenciaram a aquisição de novos conhecimentos e o complemento dos já adquiridos. A busca de evidência científica só faz sentido se os achados forem comunicados e aplicados na prática dos cuidados, pelo que foi oportuno apresentar e discutir de forma construtiva com os pares a evidência científica mais atualizada. Ao longo do estágio, da prática de cuidados emergiram necessidades de pesquisa e atualização de conhecimentos na área da saúde infantil, mais concretamente acerca do papel parental e parentalidade, a parceria de

cuidados, a gestão da dor em pediatria, a comunicação, a vigilância da saúde, a saúde escolar, entre outros. Os resultados obtidos nortearam o processo de tomada de decisão na prática clínica e a discussão construtiva acerca da cultura da prática baseada na evidência nos diferentes contextos contribuiu para fortalecer o caminho na procura de cuidados de excelência, uma vez que *“(...) os enfermeiros devem ser aprendizes por toda a vida com as habilidades de procurar, entender e avaliar a nova informação sobre o cuidado do paciente e com a capacidade de adaptar-se às mudanças.”* (Polit & Beck, 2019, p. 21).

Como mencionado anteriormente, uma das problemáticas que emergiu da prática de cuidados foi o fenómeno da dor, mais especificamente a dor durante os procedimentos em crianças hospitalizadas e que medidas poderiam ser adotadas durante esses procedimentos dolorosos que potenciassem o controlo da dor. Neste sentido, e após pesquisa da evidência atual acerca deste fenómeno, foi verificado que os dispositivos de Realidade Virtual (RV) têm vindo a ser utilizados como distração durante procedimentos dolorosos com o intuito de diminuir a dor nas crianças. Mas será que estes dispositivos são realmente eficazes no controlo da dor? Por conseguinte, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, em apêndice V, com o objetivo de conhecer a eficácia dos dispositivos de RV no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos. Os principais resultados obtidos indicaram que os dispositivos de RV são eficazes no controlo da dor desta população e que, tanto crianças como pais ou cuidadores e profissionais de saúde, expressaram elevados níveis de satisfação quando utilizados estes dispositivos. A par disso, não foram descritos efeitos secundários no momento da sua utilização e não aumentaram o tempo do procedimento quando comparado com os grupos que não utilizaram estes dispositivos. Posto isto, é possível inferir que a inclusão destes dispositivos como opção de estratégia não farmacológica pode ser considerada numa abordagem multimodal no controlo da dor em crianças hospitalizadas. A partir da elaboração desta revisão da literatura, foi apresentado

um póster no VI Fórum das Especialidades em Enfermagem, em apêndice VI, promovido pela Universidade Católica Portuguesa, com o intuito de divulgar os resultados obtidos já que a produção de conhecimento só faz sentido se este for partilhado.

5. Conclusão

O conceito de criança foi sendo alterado ao longo dos tempos e, na atualidade, conquistou definitivamente um lugar de atenção, de dedicação e de importância privilegiada na sociedade. No presente, a criança não surge desagregada de um contexto familiar e de todas as dinâmicas envolventes que influenciam o seu desenvolvimento e, a par disso, Ramos & Barbieri-Figueiredo (2020, p. 8) referem ainda que *“As famílias, apesar da sua reconfiguração atual, parecem hoje estar mais atentas às necessidades particulares de cada criança e jovem, contribuindo para a existência de um ambiente de desenvolvimento mais favorável (...)”*. O enfoque de enfermagem na área da saúde infantil integra uma combinação ímpar de desafios e oportunidades na aquisição e desenvolvimento de competências que visem prestar cuidados de excelência ao RN, à criança, ao adolescente e às suas famílias e, como tal, a elaboração deste relatório procurou retratar de forma sistemática as competências desenvolvidas ao longo deste processo formativo.

No que concerne ao domínio da prestação de cuidados, o desenvolvimento da capacidade de reflexão na e sobre a prática em diversas áreas de atuação do enfermeiro ESIP experienciadas durante o estágio, foi demonstrado ao longo deste documento com particular incidência nos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem à criança e família hospitalizadas, norteados pelo Modelo de Parceria de Cuidados, e nos processos de transição experienciados por estes. Nos cuidados de saúde primários, o enfermeiro ESIP desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no empoderamento das crianças, jovens e famílias, assim como na deteção precoce de situações que coloquem o desenvolvimento das

crianças em risco, na vigilância da saúde infantil e na promoção do plano nacional de vacinação. O desenvolvimento desta capacidade reflexiva foi desafiante pela necessidade constante de atualização de conhecimentos para que o processo de tomada de decisão durante a prestação de cuidados fosse alicerçado na evidência científica mais atual. Conseqüentemente, a aquisição de competências no domínio da investigação despertou para a identificação intencional de problemáticas e necessidades na prática de cuidados e potenciou a integração dos resultados obtidos nos cuidados prestados. O conhecimento em enfermagem não deve ser apreciado como algo estático ou imutável, mas sim como um processo dinâmico, que exige uma constante atualização e comprometimento dos enfermeiros, uma vez que o principal alvo dos cuidados são as pessoas e os processos que estas vivenciam ao longo do ciclo vital. Deste modo, o desenvolvimento de competências no âmbito da formação revelou-se um processo fundamental para atender às necessidades constantes de atualização de conhecimentos e de habilidades ao longo do exercício profissional enquanto enfermeiro especialista e que foi demonstrado através da concretização das atividades de formação de pares.

No que respeita ao domínio da gestão, foi possível assimilar que a otimização dos recursos humanos e materiais, assim como o estilo de liderança adotado e de supervisão exercido, influenciam também a qualidade e a segurança dos cuidados. O EESIP reúne um conjunto de competências que lhe permitem zelar e promover a qualidade e a excelência dos cuidados, assumindo um papel preponderante como mediador de conflitos no contexto de trabalho.

A maior dificuldade prendeu-se com a integração inicial na dinâmica funcional do contexto dos Cuidados de Saúde Primários, uma vez que, todo o meu trajeto profissional foi realizado em contexto hospitalar. Os importantes contributos teóricos adquiridos ao longo deste curso, assim como a orientação académica, foram facilitadores deste processo de integração não comprometendo a aquisição e o desenvolvimento de competências neste contexto. Todo este percurso formativo foi

pautado pelo desafio da conciliação entre a vida pessoal com a vida acadêmica e profissional, dificuldade esta que foi sempre encarada como uma oportunidade de crescimento e evolução.

Perspetivando o futuro, este trajeto formativo possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências que irão permitir olhar para a Enfermagem de uma forma diferente, mais segura e convicta. Dotou-me de ferramentas indispensáveis para uma prestação de cuidados de melhor qualidade às crianças, jovens e às suas famílias e, ao mesmo tempo, de ferramentas que permitem uma contínua procura de conhecimentos considerando a mutabilidade característica na ciência de Enfermagem. O investimento na aquisição de conhecimentos e capacidades por parte do enfermeiro para suprir as necessidades identificadas junto da população, é um desafio permanente tendo em consideração as mudanças e a evolução que ocorrem na sociedade. Atualmente, há um maior interesse e envolvimento da população pela sua saúde e cabe a nós, enfermeiros, estarmos providos do conhecimento mais atual que permitam veicular no público-alvo dos nossos cuidados, a assistência que melhor corresponda às suas expectativas. Neste sentido, a consumação deste ciclo de estudo permitiu a aquisição de competências técnicas e científicas que possibilitem uma resposta adequada aos constantes desafios com que nos deparamos no quotidiano profissional, contribuindo para o processo dinâmico e sistemático de construção de uma identidade profissional enquanto futuro EESIP.

6. Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Controlo da Dor na Vacinação Pediátrica*. Obtido de Recomendação da APED: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/recomendacoes-aped>
- Balsanelli, A., & Cunha, I. (2008). Liderança no contexto da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 117-122. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100017>
- Benoit, B., Martin-Misener, R., Latimer, M., & Campbell-Yeo, M. (2017). Breast-Feeding Analgesia in Infants, An Update on the Current State of Evidence. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31, 145-159. doi:[10.1097/JPN.0000000000000253](https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000253)
- Cabral, L., & Florentim, R. (2016). Saúde Mental dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49, 195-216. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8085>
- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. (E. S. Porto, Ed.) Obtido de Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
- Direção-Geral de Saúde. (14 de dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf

- Direção-Geral de Saúde. (Fevereiro de 2011). *Maus Tratos a Crianças e Jovens em Risco - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Obtido de A Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx
- Direção-Geral de Saúde. (31 de maio de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (12 de agosto de 2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Obtido de https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2019). *Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade - Equidade na transição para a maternidade e a paternidade*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/documento-em-audicao-publica-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (27 de setembro de 2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/pnv2020.pdf>
- European Association for Children in Hospital. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. (I. d. Criança, Ed.) Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Fernandes, S. R. (2018). *A Influência das Lideranças na Identidade Profissional de Enfermeiros*. Obtido de [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]: <http://hdl.handle.net/10400.14/36698>
- Fernandes, V., Contente, A., Guerreiro, I., Guerreiro, H., Gouveia, M., & Melo, M. (outubro de 2021). *Liderança e Satisfação na Equipa de Enfermagem: Revisão*

Narrativa. *Gestão e Desenvolvimento*(29), 465-482.
doi:<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *População residente segundo os Censos: total e por sexo*. Obtido de Pordata - Estatísticas sobre Portugal e Europa: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-17>

Guimarães, E. P., Martin, S. H., & Rabelo, F. C. (2010). Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 25-33.
doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200004>

Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, WONG, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-239). Loures: Lusociência.

International Association for the Study of Pain. (2021). *Termos e Definições de Dor*. Obtido de International Association for the Study of Pain: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

International Association of Infant Massage. (2023). *Advantages of the IAIM Infant Massage Program*. Obtido de International Association of Infant Massage: <https://iaim.net/benefits/>

International Council of Nurses. (2019). *Navegador ICNP*. Obtido de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, WONG, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 188-239). Loures: Lusociência.

Loureiro, H. (novembro de 2004). Eficácia em Vacinação: Elementos Essenciais na Prática de Enfermagem. *Revista Referência*, 61-72. Obtido de

https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=206&codigo=

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Guia de Decisão Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Mendes, M. S., & Martins, M. F. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 113-121. doi:<https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Ministério da Saúde. (5 de dezembro de 2008). *Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648>
- Ministério da Saúde. (16 de abril de 2009). *Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril*. Obtido de Diário da República Eletrónico: https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310?_ts=1665100800034
- Ministério da Saúde. (5 de agosto de 2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, L. (julho-setembro de 2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*(17), 3-9. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/9215>

- Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (setembro de 2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapraticha_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (abril de 2015a). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº 78/2017*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnC2%BAplus78plusceplus-plus19102017_integra%C3%A7%C3%A3oplusnopplusblocoplusoperat%C3%B3rio_edoc_2017_11256_rectifica%C3%A7%C3%A3o_anoni.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (14 de junho de 2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (19 de outubro de 2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2 de novembro de 2015). *Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper, September 2015—Recommendations.*, pp. 3629-3630. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.11.005>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Polit, D., & Beck, C. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (9ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed.
- Potra, T. M. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem : das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem*. Obtido de [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Lisboa]: <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Ramos, A. L. (2020). A Criança e o Jovem como Foco de Cuidado: Empoderamento da Criança, Jovem e Família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 12-24). Lisboa: Lidel.
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem numa sociedade em mudança. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 1-9). Lisboa: Lidel.

- Saewyc, E. M. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed., pp. 784-823). Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, E. M. (maio de 2003). Pensamento Crítico: Estratégias de Desenvolvimento no Ensino da Enfermagem Pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, 17-23. Obtido de https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=190&codigo=
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 1-13. doi:doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Sousa, C. S., Barreto, B. d., Santana, G. A., Miguel, J. V., Braz, L. d., Lima, L. N., & Melo, M. C. (2021). O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 21(2), 173-180. doi:http://dx.doi.org/10.31508/1676-379320210024
- Sousa, P. (setembro de 2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho : intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Obtido de [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]: <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D., & Santos, A. A. (outubro - dezembro de 2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69). doi:http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59
- Ventura-Silva, J. A., Martins, M. F., Trindade, L., Ribeiro, O. P., & Cardoso, M. P. (julho-dezembro de 2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em

hospitals: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 278-295.
doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

Apêndices


Apêndice I – Material de Apoio da AES “Vem aí o VOSSO filho e agora?”

Plano da Sessão 1 - “Vem aí o VOSSO filho... e agora?”


Tema: <i>Vem aí o VOSSO filho... e agora?</i>				
Data: 12 de Setembro				Duração: 90 minutos
Local: Unidade de Cuidados na Comunidade				
População-Alvo: Casais grávidos a frequentar o Curso de Preparação para o Parto				
Objetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Refletir acerca das mudanças inerentes ao nascimento do filho; • Conhecer os cuidados gerais e iniciais ao filho RN; • Reconhecer os sinais de alarme e quando recorrer a um profissional de saúde. 				
Formador: Fernando Ferreira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 10min.	Apresentação do formador e do tema.	Integrar os participantes na sessão;	Expositiva	Computador e projetor multimédia
Desenvolvimento 60min.	Apresentação dos conteúdos.	Promover a reflexão nos participantes; Dotar os participantes de conhecimentos acerca da temática;	Expositiva e Demonstrativa	Computador e projetor multimédia
Conclusão 20min.	Esclarecimento de dúvidas.	Rever os principais conteúdos abordados.	Interativa	Computador e projetor multimédia

Diapositivos da Sessão 1 - “Vem aí o VOSSO filho... e agora?”


Diapositivo 1


CÁTOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE
LISBOA, PORTUGAL


Vem aí o VOSSO
filho... e agora?



Diapositivo 2



O desenvolvimento pré-natal, ou seja, durante a gravidez, é muito mais que a maturação ou amadurecimento de estruturas.



Tem a ver com a interação complexa entre a mãe, o bebé em desenvolvimento, o ambiente pré-natal (incluindo o ambiente uterino) e as experiências pré-natais.

Diapositivo 3



A Gravidez...

...pressupõe sempre o surgimento de uma nova identidade:

- A do bebê
- A própria, como mãe
- Do marido/companheiro, como pai
- Dos seus pais, como avós

Diapositivo 4

Que sentimentos?

- Amor
- Felicidade
- Alegria
- União
- Ansiedade
- Angústia
- Medo
- Incerteza



Diapositivo 5

Como poderemos gerir estes sentimentos...

- Seleção de informação credível
- Otimização das rotinas familiares (novas dinâmicas familiares)
- Solicitar ajuda sempre que necessário (atenção – há momentos que são só vossos)



Diapositivo 6



Desafio

Vamos imaginar um dia com o vosso filho?


Diapositivo 7

Alimentação

- O Leite Materno é o melhor alimento para o vosso bebé!
- Tem inúmeras vantagens:
 - Para o bebé;
 - Para a mãe;
 - Para o pai;
 - Até mesmo para a sociedade!
- Dê de mamar sempre que o bebé manifeste fome, em livre demanda!



Diapositivo 8



Posicionamento após a refeição

- Coloque sempre o seu filho a eructar (arrotar);
- Preferencialmente com o tronco elevado durante alguns minutos;
- Se, quando eructar, sair uma pequena quantidade de leite não se assuste, é normal!

Diapositivo 9

Quando trocar a fralda?

- Antes ou após a refeição?
- Limpe a pele com compressas de água morna ou toalhas (mesmo quando o bebé só tenha urinado);
- Principalmente nas meninas limpe sempre da frente para trás (da vagina para o ânus – do mais limpo para o mais sujo);
- Nos meninos limpe a toda a volta do escroto e região abdominal;
- Não usar pó talco! Usar creme barreira se estiver ruborizado.



Diapositivo 10

Características e Particularidades...


- Primeiras dejeções: mecónio (fezes viscosas, verde escuro);
- Depois, fezes de transição (tendem a ficar mais amareladas e líquidas – não é diarreia);
- Micções: poderão ser visíveis cristais de urato (urina alaranjada);
- Nas meninas:
 - Corrimento vaginal esbranquiçado;
 - Pequenas perdas de sangue.




Diapositivo 11

Choro/Comunicação

- Forma de comunicação!
- Diferentes tipos de choro:
 - Fome;
 - Cólicas/desconforto abdominal;
 - Fralda suja/húmida;
 - Pedido de atenção/colo;
 - ...
- Manter a calma para não transmitirmos insegurança ao nosso filho!




Diapositivo 12



O sono...

- No 1º mês de vida, um bebé dorme entre 15 a 20 horas por dia distribuídas por períodos de 3 a 4 horas;
- Com o passar do tempo, estará mais acordado durante o dia e fará um intervalo de sono maior durante a noite (6 a 8 horas);
- A posição ideal para o colocar a dormir é de barriga para cima (decúbito dorsal) com a cabeça lateralizada;

Diapositivo 13



O sono...

- Não coloque peluches, almofadas ou outros objetos dentro do berço uma vez que aumenta o risco do Síndrome de Morte Súbita;
- O quarto de ser arejado, limpo e aquecido (19-21°C);
- Vista o bebé de acordo com a temperatura ambiente;
- O excesso de calor também é prejudicial!

Diapositivo 14

Higiene e Conforto

- É um momento de vinculação/ligação mãe ou pai com o filho;
- Recomenda-se banho diário ou em dias alternados (poderá ser ao final do dia, dependendo da vossa rotina e do bebé);
- Reunir o material necessário – roupa limpa, fralda, toalha, manta, sabão neutro, compressas/toalhetas, cremes... no local do banho para nunca ter de abandonar o seu bebé!
- O local do banho, deverá ser tranquilo e a temperatura ambiente deverá ser entre os 20 e os 25°C, sem correntes de ar!



Diapositivo 15

Higiene e Conforto

- Preparar a água do banho:
 - Usar banheira adequada;
 - Iniciar pela água fria e depois água quente;
 - Temperatura da água entre os 35-37°C – confirmar sempre com termómetro ou com o cotovelo ou face anterior do punho;
 - O nível da água deverá ser cerca de meio palmo da mão;
- Depois de tudo preparado, só agora despimos o bebé, nunca antes pelo risco de hipotermia;



Diapositivo 16

Higiene e Conforto

- Começar pela face, sem sabão, e depois couro cabeludo e atrás das orelhas – Secar!
- De seguida o corpo, iniciando pelo tronco, braços, pernas, costas e região genital.
- Secar muito bem todas as partes do corpo, incluindo as pregas e o coto umbilical.
- Poderá aplicar creme ou óleo adequado, sem perfume e sem álcool.
- Limar as unhas do bebé se estas provocarem lesões.



Diapositivo 17

Cordão/coto umbilical

- Habitualmente demora entre 3 dias a 3 semanas a cair;
- Deve ser mantido sempre limpo e seco, fora da fralda;
- Após a queda, manter limpeza do umbigo por mais alguns dias.



Diapositivo 18

Hora da massagem

- A aplicação do creme/óleo poderá ser um momento ótimo para realizar a massagem;
- Ambiente calmo e tranquilo para o bebé e pais.



Diapositivo 19

Características da pele...

- Coloração rosada, icterica (amarela), cianosada (azulada ou acinzentada).



The slide displays three photographs of newborn babies. The first photo on the left shows a baby with healthy, pinkish skin. The middle photo shows a baby with yellowish skin, indicating icteric (jaundice). The third photo on the right shows a baby with bluish skin, indicating cyanotic (blue) or ashy (greyish) skin.

Diapositivo 20

Características da pele...

- Mília:
- Lanugo:
- Vérnix Caseoso:



The slide displays three photographs illustrating newborn skin characteristics. The first photo on the left shows a close-up of a baby's nose with small white bumps (Mília). The middle photo shows a baby's back with fine white hair (Lanugo). The third photo on the right shows a baby's skin covered in a white, cheesy coating (Vérnix Caseoso).

Diapositivo 21

Características da pele...

Pele Descamativa:	Mancha Mongólica:	Eritema Tóxico do RN:
		


Diapositivo 22

Cólicas/Desconforto abdominal

- As cólicas são muito frequentes!
- Caracterizam-se por um choro irritado por períodos, sem motivo aparente, acompanhado por movimentos de extensão e flexão dos membros inferiores (esticar e encolher as pernas) e emissão de gases.
- Surgem nas primeiras semanas de vida e podem manter-se até aos 4-6 meses.
- Como minimizar:
 - Posicionamento;
 - Eructar no final da refeição;
 - Massagem abdominal;
 - Vigiar amamentação/adaptação da boca ao mamilo;
 - Evitar o uso frequente e por rotina de chupeta.




Diapositivo 23



Pais seguros, bebés seguros...

- Lavar muito bem as mãos antes de cuidar do bebê e peça aos familiares que também o façam;
- Nos primeiros meses de vida, limite as visitas e evite locais com muita gente (centros comerciais, supermercados...);
- Não fume dentro de casa, maior risco de Síndrome de Morte Súbita;

Diapositivo 24



Pais seguros, bebés seguros...

- Quando sair de carro, por muito curta que seja a distância, use sempre um dispositivo de segurança (cadeira auto);
- Nunca deixe o seu bebê sozinho no sofá, na cama, no fraldário... risco de queda;
- Compre brinquedos adequados à idade...

Diapositivo 25

Vigilância de Saúde Infantil

- O Diagnóstico Precoce (Teste do Pezinho) deverá ser realizado a partir das 48h de vida e até ao 6º dia de vida;
- Este teste permite diagnosticar doenças que, se não forem tratadas, poderão ter consequências graves;
- Os pais serão contactados no caso de existir alguma alteração;
- Se não forem, e para terem a certeza que o teste foi realizado, poderão consultar o resultado no site www.diagnosticoprecoce.pt, introduzindo o código de barras do teste e o contacto telefónico associado.



Diapositivo 26

Vigilância de Saúde Infantil

- É normal o seu bebé perder peso nos primeiros dias de vida, recuperando o peso de nascimento aproximadamente pelo 10º dia de vida;
- Na maternidade, será administrada a 1ª dose da VHB na coxa direita e Vitamina K (na coxa esquerda) para prevenção de doença hemorrágica do RN;
- É realizado ou marcado Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU).



Diapositivo 27


Vigilância de Saúde Infantil

- A primeira avaliação por profissionais de saúde, após a alta, se tudo estiver bem, deve ser realizado até ao final da 2ª semana de vida;
- Nas consultas de rotina será avaliado o bem-estar do seu bebé, receberá conselhos quanto à alimentação e vacinação e poderá ainda esclarecer dúvidas;



Diapositivo 28

Vigilância de Saúde Infantil



- Como as vacinas protegem o seu filho de doenças graves, cumpra o Plano Nacional de Vacinação;
- Sempre que recorrer aos Serviços de Saúde, deve acompanhar-se do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e do Boletim Individual de Saúde (vacinas) do seu bebé.

Diapositivo 29



Sinais de Alarme

- Deverá recorrer a um profissional de saúde sempre que o seu bebé:
 - Deixar de mamar;
 - Tiver dificuldade em respirar;
 - Estiver muito irritado e a chorar durante horas, sem motivo aparente;
 - Pelo contrário, estiver muito sonolento além do habitual;

Diapositivo 30



Sinais de Alarme

- Deverá recorrer a um profissional de saúde sempre que o seu bebé:
 - Apresentar vómitos repetidos e abundantes ou fezes com sangue e muco;
 - Estiver icterício (tom de pele amarelo);
 - O cordão umbilical apresentar cheiro fétido, presença constante de secreções (pus), sangue ou rubor (vermelho) circundante;
 - Tiver febre.

- Febre:
 - Temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 - Temperatura axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

Diapositivo 31

Dúvidas?

A close-up photograph of a baby's face, smiling broadly with eyes closed, showing a joyful expression. The baby is wearing a light-colored shirt.

Diapositivo 32

Vivam a
Parentalidade

- Felizes e Capazes

Obrigado pela atenção!

A silhouette of a family (a man, a woman, and a child) jumping joyfully in a grassy field. The scene is backlit by a bright sun, creating a warm, golden glow and long shadows.

Plano da Sessão 2 - “Cuidados de Higiene e Conforto”

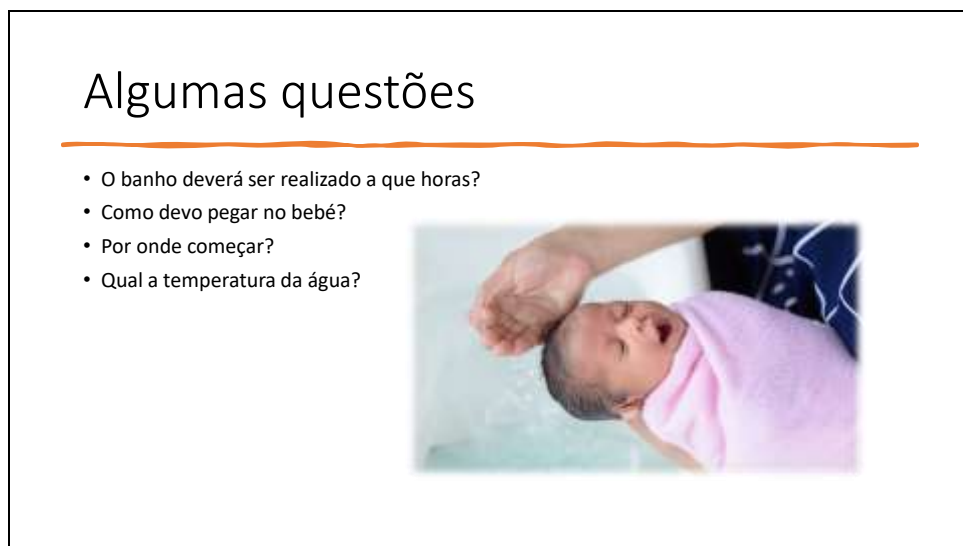
Tema: <i>Cuidados de Higiene e Conforto</i>				
Data: 15 de Setembro				Duração: 90 minutos
Local: Unidade de Cuidados na Comunidade				
População-Alvo: Casais grávidos a frequentar o Curso de Preparação para o Parto				
Objetivos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as particularidades dos cuidados de higiene e conforto ao RN; • Capacitar na prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN; • Conhecer os benefícios do contacto pele-com-pele, na massagem e da contenção. 				
Formador: Fernando Ferreira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 10min.	Apresentação do formador e do tema.	Integrar os participantes na sessão;	Expositiva	Computador e projetor multimédia
Desenvolvimento 60min.	Apresentação dos conteúdos; Instruir e treinar acerca dos cuidados de higiene e conforto.	Dotar os participantes de conhecimentos acerca da temática; Capacitar os participantes na prestação de cuidados de higiene e conforto.	Expositiva e Demonstrativa	Computador, projetor multimédia, material necessário para os cuidados de higiene e modelo de RN.
Conclusão 20min.	Esclarecimento de dúvidas.	Rever os principais conteúdos abordados.	Interativa	Computador e projetor multimédia

Diapositivos da Sessão 2 - “Cuidados de Higiene e Conforto”

Diapositivo 1




Diapositivo 2



Slide 2: Algumas questões

- O banho deverá ser realizado a que horas?
- Como devo pegar no bebé?
- Por onde começar?
- Qual a temperatura da água?



The slide contains a list of four questions related to baby bathing. To the right of the list is a photograph of a newborn baby wrapped in a pink towel, being bathed in a white tub. A hand is visible above the baby, splashing water.

Diapositivo 3

Higiene e Conforto

- É um momento de vinculação/ligação mãe ou pai com o filho;
- Recomenda-se banho diário ou em dias alternados (poderá ser ao final do dia, dependendo da vossa rotina e do bebé);
- Reunir o material necessário – roupa limpa, fralda, toalha, manta, sabão neutro, compressas/toalhitas, cremes... no local do banho para nunca ter de abandonar o seu bebé!
- O local do banho, deverá ser tranquilo e a temperatura ambiente deverá ser entre os 20 e os 25°C, sem correntes de ar!



Diapositivo 4

Higiene e Conforto

- Preparar a água do banho:
 - Usar banheira adequada;
 - Iniciar pela água fria e depois água quente;
 - Temperatura da água entre os 35-37°C – confirmar sempre com termómetro ou com o cotovelo ou face anterior do punho;
 - O nível da água deverá ser cerca de meio palmo da mão;
- Depois de tudo preparado, só agora despimos o bebé, nunca antes pelo risco de hipotermia;



Diapositivo 5

Higiene e Conforto

- Começar pela face, sem sabão, e depois couro cabeludo e atrás das orelhas – Secar!
- De seguida o corpo, iniciando pelo tronco, braços, pernas, costas e por fim a região genital.
- Secar muito bem todas as partes do corpo, incluindo as pregas e o coto umbilical.
- Poderá aplicar creme ou óleo adequado, sem perfume e sem álcool.
- Limar as unhas do bebé se estas provocarem lesões.



Diapositivo 6

Cordão/coto umbilical

- Habitualmente demora entre 3 dias a 3 semanas a cair;
- Deve ser mantido sempre limpo e seco, fora da fralda;
- Após a queda, manter limpeza do umbigo por mais alguns dias.



Diapositivo 7

Higiene Ocular



Diapositivo 8

Cuidados com as unhas...



Diapositivo 9

Higiene Nasal



Diapositivo 10

Hora da massagem

- A aplicação do creme/óleo poderá ser um momento ótimo para realizar a massagem;
- Ambiente calmo e tranquilo para o bebê e pais.



Diapositivo 11



Contacto pele-com-pele

Benefícios do contacto pele-com-pele

Nos primeiros meses de vida do seu bebé tente fazer o contacto pele-com-pele o máximo de vezes possível, mesmo para os pais que o conseguiram fazer imediatamente após o nascimento. Este contacto apresentam os seguintes benefícios:

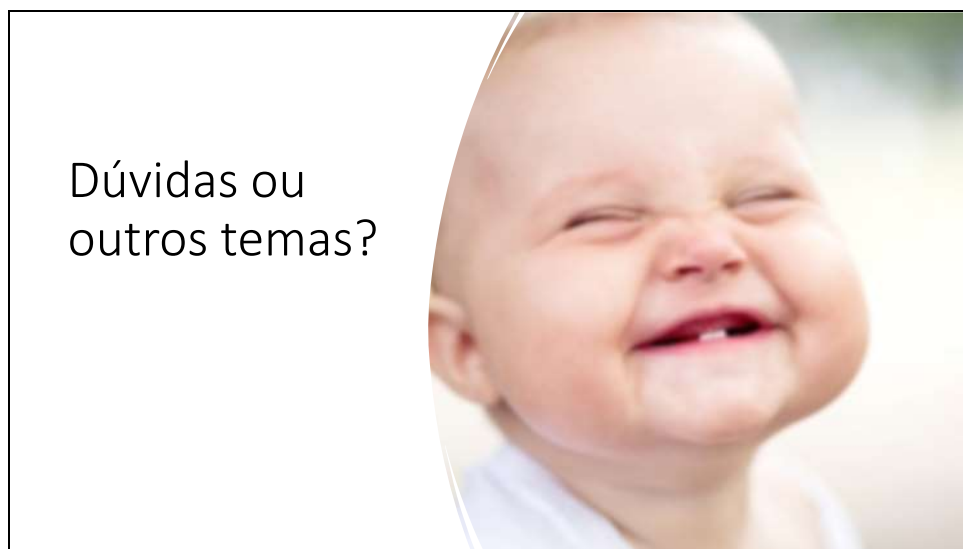
- Regulação da respiração do bebé, frequência cardíaca, níveis de oxigénio e temperatura;
- Ajuda na amamentação;
- Mantém o bebé quente e calmo;
- Diminuição do ingurgitamento materno (acumulação dolorosa de leite);
- Diminuição da probabilidade de depressão pós-parto;

Diapositivo 12



Contenção

Diapositivo 13



Diapositivo 14



Apêndice II – Material de Apoio da AES “À descoberta do... açúcar, sal e gordura nos alimentos”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde

“À descoberta do... açúcar, sal e gordura”

Estudante: Fernando Ferreira

Sob orientação de: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, outubro de 2022

Índice

1. Introdução	131
2. Contextualização do tema.....	132
3. Objetivos da Ação de Educação para a Saúde	135
4. Conteúdos e Metodologia da Ação de Educação para a Saúde	136
5. Plano da Ação de Educação para a Saúde.....	137
6. Conclusão	138
7. Bibliografia.....	139
Apêndice 1 – Check-list de utilização do descodificador de rótulos.....	140

1. Introdução

No decurso do estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, pertencente à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, foi proposta, após a identificação de necessidade, a realização de uma ação de educação para a saúde com o título “À descoberta do... açúcar, sal e gordura nos alimentos”. Este estágio encontra-se a decorrer entre o dia 05 de setembro e o dia 26 de outubro de 2022 numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

O objetivo deste documento é consumir o planeamento desta atividade formativa, definindo os objetivos e principais estratégias para os concretizar. Pretende-se também o desenvolvimento de competências na planificação de ações de educação para a saúde. Para tal, o método utilizado na elaboração deste documento é o descritivo.

Assim, além da presente introdução, encontra-se estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo é realizada uma breve contextualização do tema, no capítulo seguinte serão apresentados os objetivos da ação de educação para a saúde, assim como os conteúdos e metodologia para os concretizar. Seguidamente, será apresentada a organização e o planeamento da ação de educação para a saúde, e termina-se com uma nota conclusiva do documento e a bibliografia.

2. Contextualização do tema

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) visiona que *“todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”* (Direção-Geral de Saúde, 2015, p. 4). Este é, sem dúvida, o cerne do trabalho desenvolvido pela equipa de saúde escolar numa UCC. Tendo como alicerce os objetivos⁶, assim como, os eixos estratégicos e as áreas de intervenção⁷ definidos no PNSE, a equipa de saúde escolar das UCC articula diretamente com o Coordenador de Educação para a Saúde dos agrupamentos de escola e com a Equipa de Promoção e Educação para a Saúde (PES) com o intuito de responder adequadamente aos preceitos definidos neste programa nacional. Assim, no início do ano letivo 2022/2023 realizou-se uma reunião com o principal objetivo de definir o Plano Anual de Atividades a desenvolver tendo em conta a população alvo das diferentes intervenções.

⁶ Objetivos do PNSE 2015 (DGS, 2015, p. 4):

- *“Promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;*
- *Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;*
- *Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;*
- *Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.”*

⁷ Eixos Estratégicos e Áreas de Intervenção do PNSE 2015 (DGS, 2015, p. 4):

- *“Eixo 1. **Capacitação** • Áreas de Intervenção: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.*
- *Eixo 2. **Ambiente escolar e saúde** • Áreas de Intervenção: desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros.*
- *Eixo 3. **Condições de saúde** • Áreas de Intervenção: saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais, saúde de docentes e não docentes.*
- *Eixo 4. **Qualidade e inovação***
- *Eixo 5. **Formação e investigação em Saúde Escolar***
- *Eixo 6. **Parcerias.**”*

Uma das áreas de intervenção do eixo da Capacitação do PNSE é a alimentação saudável e a atividade física, e no âmbito da efeméride do Dia Mundial da Alimentação (16 de outubro) foi determinado um conjunto de intervenções contextualizadas com a data em questão, entre as quais, a ação de educação para a saúde que este documento pretende planificar.

A Escola é uma organização dedicada em desenvolver a aquisição de competências pessoais, cognitivas e socioemocionais tornando-se um contexto de excelência onde, individualmente e em grupo, as crianças e jovens podem aprender a gerir eficazmente a sua saúde e a operar sobre fatores que a influenciam (DGS e Direção-Geral da Educação, 2017). Neste sentido, *“o contexto escolar é um meio promissor para a melhoria da literacia em educação alimentar e estilos de vida saudável”* (DGS, 2015, p. 26).

Tendo em consideração a importância do contexto escolar na formação de pessoas responsáveis pela sua saúde e pelas escolhas que fazem, a DGS e Direção-Geral da Educação em parceria, elaboraram o Referencial de Educação para a Saúde que tem como principal objetivo o estabelecimento de uma uniformização de temas, objetivos e conteúdos a desenvolver nas iniciativas de promoção e educação para a saúde dirigidas a crianças e jovens. Um dos temas globais apresentado é a Educação Alimentar, que é subdividida em 8 subtemas (1. Alimentação e influências socioculturais; 2. Alimentação, nutrição e saúde; 3. Alimentação e escolhas individuais; 4. O Ciclo do alimento – do produtor ao consumidor; 5. Ambiente e alimentação; 6. Compra e preparação de alimentos; 7. Direito à alimentação e segurança alimentar; 8. Alimentação em meio escolar). Entre os conteúdos do subtema Alimentação e escolhas individuais, é apresentado a identificação da informação nutricional nos rótulos dos alimentos e a localização de informação nutricional relativa ao teor de açúcares, de sal e de gordura nos rótulos dos alimentos.

A DGS criou um descodificador de rótulos que permite uma interpretação dos valores nutricionais do açúcar, sal e gorduras dos alimentos comparativamente aos níveis recomendados, classificando-os em nível baixo (verde), médio (amarelo) e alto (vermelho). A principal intenção da criação deste instrumento é potenciar uma escolha mais adequada dos alimentos. Assim, recomenda a DGS que se opte por alimentos com nutrientes maioritariamente na categoria verde, que se modere o consumo daqueles com nutrientes na categoria amarela e evite aqueles que apresentem um ou mais nutrientes na categoria vermelha.

Portanto, considerando os temas elencados no referencial de educação para a saúde e a recomendação da DGS para a utilização do descodificador de rótulos, torna-se evidente a realização de ações de educação para a saúde que dotem as crianças de conhecimentos e capacidades para uma correta leitura e interpretação dos rótulos dos alimentos que consomem, e que assim, possam tomar decisões informadas contribuindo para a promoção de estilos de vida saudáveis.

3. Objetivos da Ação de Educação para a Saúde

A conceção de objetivos é basilar para a concretização de uma ação de educação para a saúde, ou seja, é a definição do alvo a atingir com a realização dessa mesma ação. Na sua definição, deve ser considerada a população-alvo, que neste caso são os alunos que frequentam o 5º ano de escolaridade.

Objetivos gerais:

- Consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável;
- Desenvolver conhecimentos e competências sobre a leitura de rótulos dos alimentos e utilização do descodificador de rótulos.

Objetivos Específicos:

No final da ação de educação para a saúde, as crianças deverão ser capazes de:

- Identificar os rótulos nos alimentos;
- Identificar os constituintes do rótulo dos alimentos;
- Reconhecer os níveis de açúcar, sal e gordura dos alimentos;
- Conhecer as consequências do consumo em excesso de açúcar, sal e gordura;
- Utilizar o descodificador de rótulos;
- Escolher os alimentos com nutrientes inseridos no nível verde do descodificador.

4. Conteúdos e Metodologia da Ação de Educação para a Saúde

Com vista a concretização dos objetivos previamente estabelecidos será utilizada uma metodologia essencialmente expositiva e interativa, e foram delineados os seguintes conteúdos:

- Os rótulos nos alimentos;
- Os constituintes dos rótulos dos alimentos;
- Os valores máximos de consumo diário de açúcar, sal e gordura e exemplos de alguns alimentos;
- As consequências para a saúde do consumo em excesso de açúcar, sal e gordura;
- Como utilizar o decodificador de rótulos;
- A importância da utilização do decodificador de rótulos na prática de uma alimentação saudável.

Durante a utilização do decodificador de rótulos pelos alunos, será preenchida uma *check-list* (apêndice 1) individualmente e pelo formador com o intuito de avaliar os conhecimentos e as competências adquiridos pelas crianças com esta ação de educação para a saúde.

5. Plano da Ação de Educação para a Saúde

Tema: À descoberta do... açúcar, sal e gordura				
Data: 18, 19 e 21 de outubro de 2022				Duração: 50 minutos
Local: Escola EB 2,3				
População-Alvo: Alunos a frequentar o 5º Ano				
<p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável; • Desenvolver conhecimento e capacidade sobre a leitura de rótulos dos alimentos e utilização do descodificador de rótulos. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os rótulos nos alimentos; • Identificar os constituintes do rótulo dos alimentos; • Reconhecer os níveis de açúcar, sal e gordura dos alimentos; • Conhecer as consequências do consumo em excesso de açúcar, sal e gordura; • Utilizar o descodificador de rótulos; • Escolher os alimentos com nutrientes inseridos no nível verde do descodificador. 				
Formador: Fernando Ferreira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 10min.	Apresentação do formador e do tema.	Integrar os alunos na sessão	Expositiva	Computador e projetor multimédia
Desenvolvimento 30min.	Apresentação dos conteúdos e demonstração da utilização do descodificador de rótulos. Aplicar <i>Check-list</i> de utilização do descodificador de rótulos.	Dotar os alunos de conhecimentos e capacidades sobre a temática. Avaliar os conhecimentos e capacidades apreendidos com a ação educação para a saúde. Incentivar a utilização do descodificador de rótulos na prática de uma alimentação saudável.	Expositiva e Demonstrativa	Computador e projetor multimédia Descodificadores de rótulos Rótulos de alimentos Papel
Conclusão 10min.	Esclarecimento de dúvidas. Entrega do certificado.	Rever os principais conteúdos abordados.	Interativa	Computador e projetor multimédia Certificados

6. Conclusão

A elaboração deste documento permitiu o desenvolvimento de competências na planificação de ações de educação para a saúde e espera-se que os objetivos definidos sejam atingidos.

Segundo a DGS, *“a promoção da alimentação saudável e a prevenção e controlo de todas as formas de malnutrição, em particular do excesso de peso e da obesidade é uma prioridade de saúde a nível nacional”* (2022, p. 5). Neste sentido, a realização de ações de educação para a saúde que cumpram este desígnio são de crucial pertinência na promoção de estilos de vida saudáveis.

A par disto, as crianças são um dos principais atores na mudança de atitudes e comportamentos nos adultos. A utilização do descodificador de rótulos como instrumento para a seleção de alimentos mais saudáveis (por exemplo, quando acompanharem os pais nas compras de bens alimentares), traduzir-se-á, seguramente, em ganhos em saúde da comunidade.

7. Bibliografia

Direcção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*.

https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

Direcção-Geral da Saúde e Direcção-Geral da Educação (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*.

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*.

https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf

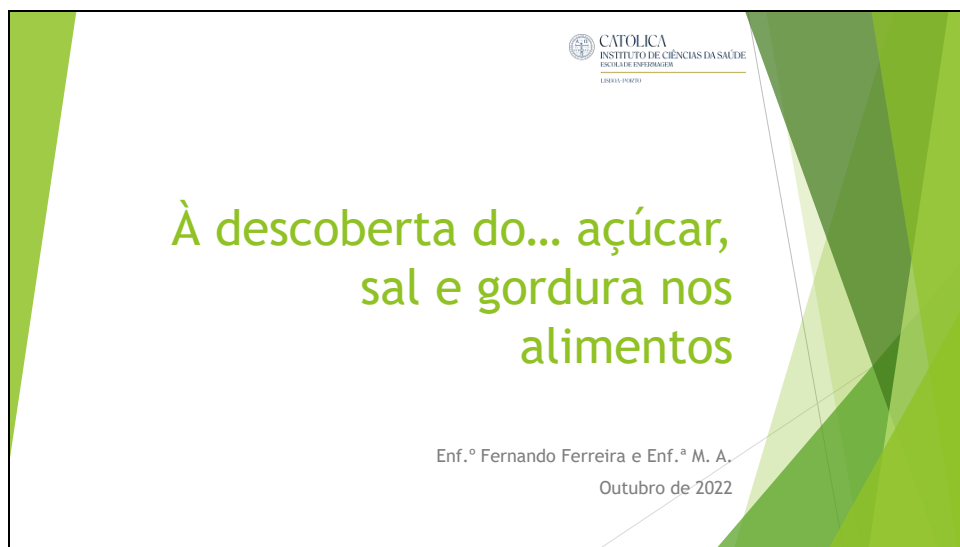
Apêndice 1 – Check-list de utilização do descodificador de rótulos

Preencher com \surd se se verificar a ação e com X se não se verificar.

Formando	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Identifica o açúcar no rótulo																				
Identifica o sal no rótulo																				
Identifica a gordura no rótulo																				
Compara o nível do açúcar com o do descodificador																				
Compara o nível do sal com o do descodificador																				
Compara o nível da gordura com o do descodificador																				
Identifica os alimentos com nutrientes no nível verde																				
Identifica os alimentos com nutrientes no nível amarelo																				
Identifica os alimentos com nutrientes no nível vermelho																				

Diapositivos da AES – “À descoberta do... açúcar, sal e gordura”

Diapositivo 1



Diapositivo 2



Diapositivo 3



Diapositivo 4



Diapositivo 5

Que informação contém o rótulo?

Prazo de validade

Ingredientes

Modo de conservação

Quantidade da embalagem

Valor energético

Informação nutricional

Diapositivo 6

Aditivos

SABOR ORIGINAL



Ingredientes: Água, açúcar, dióxido de carbono, corante caramelo E-150d, acidificante: ácido sulfúrico e aromas naturais (incluindo cafeína).

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Por:	100 ml	298 ml (%)
Energia:	188 kJ/42 kcal	300 kJ/74 kcal (10%)
Lipídios:	0 g	0 g (0%)
das quais saturadas:	0 g	0 g (0%)
hidratos de carbono:	10,5 g	21 g (3%)
das quais açúcares:	10,5 g	21 g (3%)
Proteínas:	0 g	0 g (0%)
Sal:	0 g	0 g (0%)

*Valor de referência para um adulto médio de 70 kg/165 cm.

Diapositivo 7

A Organização Mundial de Saúde recomenda um consumo máximo diário de:

-  25g de açúcar
-  5g de sal

Diapositivo 8

Que açúcar nos escondem os alimentos?



Alimento	Quantidade	Açúcar (g)
Refresco adoçado	330 ml	30
Suco de laranja natural industrializado	150 ml	20
Aguardente adoçada	100 ml	12
Alcoólicol	100 ml	4
Biscoito de chocolate	100 g	48
Chocolate ao leite	100 g	12
Doce	100 g	48
Lado com amêndoas	100 g	48
Melado refinado	100 g	48
Doce pastizado com açúcar	100 g	8
Estalado	100 g	30
Bolacha grande	1 unidade	20

Mas, só podemos comer 25g por dia!?

Como é fácil ultrapassar esse limite

Diapositivo 9

Exemplo do Ketchup...



The image shows a nutritional label for Ketchup and a bottle of Ketchup. The label is in Portuguese and provides the following information:

Quantidade	Por 100g	Por porção	% DV*
Energia	100 kcal	49 kJ/115 kcal	<1%
Carboidratos	10,0 g	4,9 g	<2%
de açúcares	10,0 g	4,9 g	<2%
Proteínas	0,5 g	0,25 g	<1%
Sódio	14,0 g	6,97 g	14%

*Baseado em uma dieta de referência de 2000 kcal.
 **Porção = 15g (aproximadamente 1 colher de chá).
 Ingredientes: Água, vinagre de uva-daínia, açúcar, sal, especiarias.

Contains added sugar and acid.

Diapositivo 10

9 PROBLEMAS
 UNICIDIOS CAUSADOS PELO
 CONSUMO EXCESSIVO DE
 AÇÚCAR



The infographic lists 9 health problems caused by excessive sugar consumption:

1. Pode Causar Envelhecimento Precoce da Pele
2. Pode Promover o Envelhecimento Celular
3. Pode Causar Aumento do Peso Corporal
4. Pode Promover a Esteatose Hepática (Fígado Gorduroso)
5. Pode Ajudar ao Aparecimento do Câncer
6. Pode Aumentar o Risco de Doenças Cardiovasculares
7. Pode Propiciar o Aparecimento de Diabetes
8. Pode Aumentar o Risco de Doenças Psiquiátricas
9. Pode Promover Diversas Doenças da Boca

VisaCuida.com

Diapositivo 11

Que sal nos escondem os alimentos?

Alimento	Quantidade	Sal contido
Bolachas	5	0.2g
Fatias de pão de forma	1	0.8g
Azeitonas	4	0.3g
Pão Biju	1	0.8g
Pacote de 30g	1	0.3g
Pasta de chocolate	100g	0.22g
Chouriço	100g	3.5g
Bolacha	1	0.1g

5 g

Diapositivo 12

SAL EM EXCESSO

OMS recomenda consumir até 5g de sal por dia

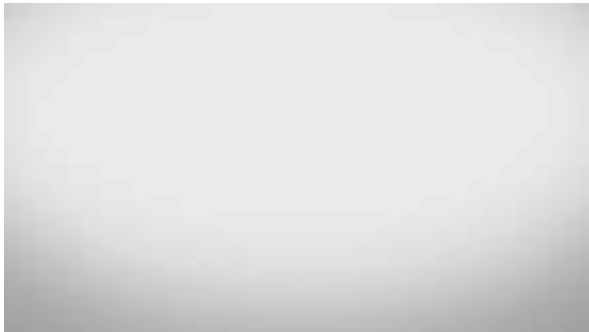
Não se esqueça! O sal está em todos os alimentos.

SABIA QUE... Um estudo recente demonstrou que ingerir pouco sal está associado a um maior risco de mortalidade por AVC.

<https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/documents/2020-10/Infografia-cuf-sal-excesso.pdf>

Diapositivo 13

Que gordura nos escondem os alimentos?



<https://youtu.be/xgDmj9l9XXY>

Diapositivo 14

Como escolher os alimentos?



The illustration depicts a sequence of food-related activities. On the left, a boy in an orange shirt pushes a shopping cart filled with various food items. In the center, three children are shown with icons above them: a question mark, gears, and a lightbulb, symbolizing the process of choosing or thinking about food. On the right, a family of four is seated at a table, eating and drinking together.

Diapositivo 15

Descodificador de rótulos - Semáforo Nutricional

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS - SEMÁFORO NUTRICIONAL

ALIMENTOS por 100g

	GRASAS	AZÚCAR	ALMIDÓN	Na
ALTO	17,5g	5g	22,5g	1,5g
BAJO	3g	1,5g	5g	0,3g

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS - SEMÁFORO NUTRICIONAL

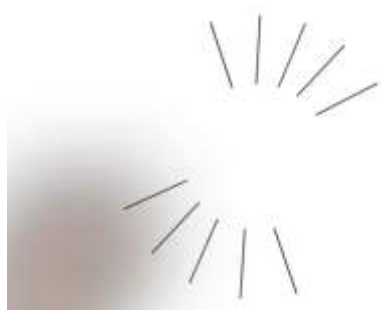
BEBIDAS por 100ml

	GRASAS	AZÚCAR	ALMIDÓN	Na
ALTO	0,75g	3,3g	0,25g	0,75g
BAJO	1,5g	0,75g	3,3g	0,3g



Diapositivo 16

Descodificador de rótulos - Semáforo Nutricional



<https://www.youtube.com/watch?v=HD0ShrxmSgc>

Diapositivo 17

Alguns exemplos...

The image illustrates the traffic light system for food labels. The legend shows three levels: ALTO (red), INTERMEDIÁRIO (yellow), and BAIXO (green). The legend table is as follows:

ALTO	INTERMEDIÁRIO	BAIXO
17,5g	5g	5g
44,3g	5g	5g
1,5g	5g	0,5g

Below the legend are three examples of food labels with highlighted nutrient values:

- Label 1 (left):** Shows values for 'Lactose' (1,5g), 'Lactose (incluindo o açúcar de leite)' (1,5g), and 'Lactose (incluindo o açúcar de leite)' (1,5g) highlighted in yellow.
- Label 2 (middle):** Shows values for 'Lactose' (1,5g), 'Lactose (incluindo o açúcar de leite)' (1,5g), and 'Lactose (incluindo o açúcar de leite)' (1,5g) highlighted in red.
- Label 3 (right):** Shows values for 'Lactose' (1,5g), 'Lactose (incluindo o açúcar de leite)' (1,5g), and 'Lactose (incluindo o açúcar de leite)' (1,5g) highlighted in red.

Diapositivo 18

► O que fiz ontem, já não posso mudar.

► **HOJE**, posso começar de novo!

Diapositivo 19

Alimentação Saudável...



...é uma Alimentação variada, completa e equilibrada.

The slide features a green geometric background on the right. On the left, a cartoon boy with brown hair is sitting at a table eating a meal. To his right is a circular food pyramid diagram divided into segments representing different food groups. The segments are labeled with their respective percentages: Grãos (25%), Laticínios (15%), Frutas e vegetais (30%), Proteínas (15%), and Gorduras e óleos (15%).

Diapositivo 20



Obrigado pela vossa atenção!

The slide features a green geometric background on the right. On the left is a circular food pyramid diagram, identical to the one in slide 19. To its right is a cartoon girl with a pink bow in her hair, sitting on the floor and eating a variety of fruits and vegetables.

Certificado entregue aos alunos no final da AES

Certificado

Certifica-se que o(a) aluno(a) _____
sabe ler os rótulos dos alimentos e escolhe o **VERDE!!**

	Quantidade máxima permitida	Quantidade máxima permitida	Quantidade máxima permitida	Quantidade máxima permitida
ALTO	17,5g de açúcar	5g de sal	20,5g de gordura saturada	1,5g de gorduras trans
MÉDIO	10g de açúcar	1,5g de sal	10g de gordura saturada	0,5g de gorduras trans
BAIXO	3g de açúcar	0,5g de sal	3g de gordura saturada	0,1g de gorduras trans

Outubro de 2022



Resultados da Avaliação da AES – “À descoberta do... açúcar, sal e gordura”

A avaliação de qualquer atividade realizada assume-se como fundamental para a aferição da sua pertinência e eficácia, traduzindo-se ainda numa oportunidade de melhorar e desenvolver competências no âmbito da formação. Assim, com o preenchimento da *check-list* de utilização do descodificador de rótulos foi possível aferir que:

Item	Resultados
Identifica o açúcar no rótulo	100% identificou corretamente
Identifica o sal no rótulo	100% identificou corretamente
Identifica a gordura no rótulo	100% identificou corretamente
Compara o nível do açúcar com o do descodificador	100% comparou corretamente
Compara o nível do sal com o do descodificador	90% comparou corretamente
Compara o nível da gordura com o do descodificador	100% comparou corretamente
Identifica os alimentos com nutrientes no nível verde	100% identificou corretamente
Identifica os alimentos com nutrientes no nível amarelo	100% identificou corretamente
Identifica os alimentos com nutrientes no nível vermelho	100% identificou corretamente

O item “Compara o nível de sal com o do descodificador” foi verificado em 90%, contrariamente aos 100% verificados nos restantes itens, uma vez que os oito alunos identificados tiveram dificuldade na interpretação dos números decimais dos níveis de sal. Alguns alunos tiveram a iniciativa de colorir o rótulo com verde, amarelo ou vermelho, conforme indicação do descodificador durante a componente prática desta AES. Com este comportamento fica ainda mais evidente que, globalmente, as estratégias adotadas revelaram-se eficazes em dotar a população-alvo de conhecimentos e capacidades sobre a temática.

*Apêndice III – Material de Apoio da Formação Suporte Básico de Vida
Pediátrico*



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

Planeamento de Ação de Formação

“Suporte Básico de Vida Pediátrico”

Estudante: Fernando Ferreira

Sob orientação de: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, outubro de 2022

Índice

1. Introdução	157
2. Contextualização da Temática	158
2.1. Particularidades em Idade pediátrica.....	159
2.2. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica.....	160
2.3. Suporte Básico de Vida Pediátrico	161
2.4. Desobstrução da Via Aérea em Pediatria.....	162
3. Objetivos da Ação Formativa	163
4. Conteúdos e Metodologia da Ação Formativa	164
5. Plano da Ação Formativa.....	165
6. Conclusão	166
7. Referências Bibliográficas	167
Apêndice - Questionário de Avaliação	168

1. Introdução

No decurso do estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, pertencente à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, foi proposta, após a identificação de necessidade, a realização de uma ação de formação em serviço sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP). Este estágio encontra-se a decorrer entre o dia 05 de setembro e o dia 26 de outubro de 2022 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O objetivo deste documento é consumir o planeamento desta atividade formativa, definindo os objetivos e principais estratégias para os concretizar. Pretende-se também o desenvolvimento de competências na planificação de ações formativas para profissionais. Para tal, o método utilizado na elaboração deste documento é o descritivo.

Assim, além da presente introdução, encontra-se estruturado da seguinte forma: no primeiro capítulo é realizada uma breve contextualização do tema, no capítulo seguinte serão apresentados os objetivos da ação de formação, assim como os conteúdos e metodologia para os concretizar. Seguidamente, será apresentada a organização e o plano da ação, e termina-se com uma nota conclusiva do documento e as referências bibliográficas.

2. Contextualização da Temática

A reanimação cardiopulmonar (RCP), tal como a conhecemos hoje (compressão torácica e ventilação artificial), foi desenvolvida no ano de 1960 e, desde então, a comunidade científica tem-se dedicado ao progresso da ciência da reanimação e a programas para disseminar o procedimento e o treino quer de profissionais de saúde, quer da população em geral (Shimoda-Sakano, Schvartsman, & Reis, 2020). Entidades como o *European Resuscitation Council* (ERC), estabelecem *guidelines* e protocolos de atuação baseados na evidência mais atual de modo a garantir uma resposta adequada às vítimas de paragem cardiorrespiratória (PCR) minimizando as consequências da mesma, como as sequelas neurológicas ou até mesmo a morte. Em idade pediátrica, a PCR fora do contexto hospitalar, é descrito como um evento relativamente raro, mas que está associado a uma taxa de sobrevivência muito baixa e com sequelas neurológicas graves. Assim, apesar de grandes avanços do procedimento de reanimação, a PCR pediátrica ainda apresenta um prognóstico reservado (Shimoda-Sakano, Schvartsman, & Reis, 2020).

A evidência científica mais recente indica que o início precoce de manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) em ambiente pré-hospitalar é um fator primordial para o aumento das possibilidades de recuperação da vítima de PCR, com diminuição de sequelas, constituindo por isso, um dos elos da cadeia de sobrevivência (Tavares, Pedro, & Urbano, 2016). Apesar do destaque crescente à RCP precoce, apenas 15 a 40% das PCR pediátricas pré-hospitalares em países desenvolvidos recebem tais manobras pela comunidade, semelhante ao que ocorre com adultos (Shimoda-Sakano, Schvartsman, & Reis, 2020). Por isso, o ERC (Perkins, et al., 2021) refere que toda a população deve aprender a prestar suporte básico de vida e que as competências de reanimação serão mais eficazes se o treino das manobras for mantido ao longo do tempo. A atualização de *guidelines* é frequente (no caso do ERC é de cinco em cinco anos) pelo que é de extrema

importância manter os profissionais de saúde a par da evidência mais atual. Por esse motivo, é parte integrante do plano anual de formação em serviço e é fundamental a formação dos profissionais das instituições de saúde em suporte básico de vida.

Neste sentido, depois de detetada a necessidade formativa da equipa da UCC onde desenvolvi o estágio, foi proposta a realização de formação de SBVP com especial ênfase nas *guidelines* e protocolos de atuação em idade pediátrica mais recentes.

2.1. Particularidades em Idade pediátrica

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2017), que segue as orientações do ERC, os princípios gerais de SBV pediátrico são semelhantes aos do adulto, contudo apresentam algumas diferenças que importa realçar. As estruturas anatómicas são mais frágeis pelo que importa manter mais suavidade nas manobras praticadas com o intuito de reduzir a probabilidade de ocorrência de traumatismos na criança. Outra diferença prende-se com o facto do menor diâmetro da via aérea e pela língua ter dimensões relativas maiores, aumentando a probabilidade de ocorrência de obstrução da via aérea. A par disso, o metabolismo basal da criança é diferente, tendencialmente mais elevado (frequência cardíaca e respiratória basais mais elevadas) que ainda aumenta nas situações de insuficiência cardíaca ou respiratória. Contudo, esta capacidade de compensação é limitada pelo que frequências baixas são habitualmente sinal de esgotamento dos mecanismos de compensação e de PCR iminente.

Um dos aspetos mais diferenciadores a ter em consideração relativamente ao SBV de adulto é a principal causa de PCR. Ao contrário dos adultos, em que a principal causa de PCR são os eventos súbitos, em idade pediátrica é a hipóxia como resultado de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória. Por isso, o protocolo de atuação indica-nos que a

prioridade na reanimação pediátrica deve ser a permeabilização da via aérea e a oxigenação.

A definição da idade em pediatria é fundamental na instituição de manobras de suporte básico de vida e, por isso, segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2017) o lactente deve ser considerado entre os 28 dias de vida e o ano de idade. Já a criança é considerada entre o ano de idade e a puberdade. A partir da puberdade, assume-se que o jovem tem a fisionomia semelhante à do adulto e, assim sendo, deverá ser prestado SBV segundo as orientações para adulto. A idade formal para a puberdade não é passível de definição precisa pelo que, cabe ao reanimador avaliar a aparência do jovem e decidir que algoritmo de SBV deverá seguir (o pediátrico ou o de adulto). Antes dos 28 dias de vida, é definido como sendo a idade neonatal e têm especificidades muito próprias.

2.2. Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2017), *“a Cadeia de Sobrevivência representa, simbolicamente, o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória. Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte.”* Constituem a Cadeia de Sobrevivência os seguintes procedimentos:

- O reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda com o intuito de prevenir a PCR;
- O SBV: para otimizar a oxigenação;
- Ligar 112: para pedir ajuda diferenciada;
- Suporte Avançado de Vida/Desfibrilhação/Cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).

Cada elo ou procedimento tem a sua importância e nenhum se superioriza em relação a outro. Todos os quatro procedimentos devem ser atendidos sob o risco de comprometer toda a atuação de RCP.

2.3. Suporte Básico de Vida Pediátrico

O Instituto Nacional de Emergência Médica (2017) refere que *“o conceito de Suporte Básico de Vida Pediátrico pressupõe um conjunto de procedimentos encadeados com o objetivo de fornecer oxigénio ao cérebro e coração, sem recurso a equipamentos diferenciados, até que o suporte avançado de vida possa ser instituído”*. Neste sentido, o SBVP é um conjunto de condutas básicas sequenciadas com o intuito de minimizar as potenciais consequências de uma PCR. A avaliação das condições de segurança para o reanimador, para a vítima e para terceiros, antes de abordar a criança é o primeiro procedimento a adotar. Depois de garantidas as condições de segurança, é fundamental avaliar a reatividade da criança. Se não for obtida resposta da criança, deverá ser realizado um pedido de ajuda (se houver uma segunda pessoa, poderá ligar para o 112), sem nunca atrasar o início das manobras de reanimação.

De seguida, deverá ser permeabilizada a via aérea e verificar se a criança respira através da visualização de movimentos da caixa torácica, da audição de ruídos respiratórios e sentindo na face a saída de ar pela boca ou nariz da criança. Se a criança não respirar, é verificado se há algum objeto a obstruir a via aérea, caso contrário são efetuadas cinco insuflações através da técnica de ventilação boca a boca-nariz (em lactentes) ou ventilação boca a boca (em crianças).

Após as cinco insuflações preconizadas, deverão ser verificados sinais de vida na criança como movimentos espontâneos, tosse, respiração não agónica ou pulso central e só na ausência de sinais de vida, deverão ser iniciadas compressões torácicas e insuflações na sequência de quinze compressões para duas insuflações. Depois da realização de cinco ciclos de compressões e insuflações (durante cerca de

1 minuto), deverá ser ativado o 112, na impossibilidade de não ter sido realizado anteriormente.

As manobras de SBVP só deverão ser interrompidas quando chegar ajuda diferenciada, ou se a criança recuperar sinais de vida, ou ainda por exaustão do reanimador (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017).

2.4. Desobstrução da Via Aérea em Pediatria

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2017), a obstrução da via aérea (OVA) é acontecimento frequente nas crianças e pode evoluir rapidamente para PCR pelo que é importante reconhecer e tratar precocemente. *“A maioria das situações de OVA nas crianças ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões. Muitas vezes são situações presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente”* (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017).

O principal mecanismo fisiológico de desobstrução da via aérea é a tosse. Se esta for eficaz, deverá ser encorajada a tossir e mantida vigilância contínua até que ocorra a desobstrução da via aérea. Se, pelo contrário, a tosse for ineficaz, mas a criança está consciente, deverão ser aplicadas cinco pancadas interescapulares e, se não resolver, cinco compressões abdominais (manobra de Heimlich). No caso de a vítima ser um lactente, deverão ser substituídas as compressões abdominais por compressões torácicas. Esta sequência deverá ser mantida até à desobstrução da via aérea ou até à vítima (lactente ou criança) ficar inconsciente e, neste caso, deverá ser iniciado o SBVP.

3. Objetivos da Ação Formativa

A concepção de objetivos é basilar para a concretização de uma ação formativa, ou seja, é a definição do alvo a atingir com a realização dessa mesma ação. Na sua definição, deve ser considerada a população-alvo, que neste caso são os profissionais de saúde de uma UCC.

Objetivos gerais:

- Refletir sobre as diferenças do Suporte Básico de Vida Pediátrico e do Adulto;
- Atualizar os conhecimentos acerca do Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Objetivos Específicos:

No final desta ação formativa, os formandos deverão:

- Reconhecer as particularidades do Suporte Básico de Vida em idade pediátrica;
- Conhecer as especificidades da cadeia de sobrevivência pediátrica;
- Compreender o algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico;
- Compreender o algoritmo de Desobstrução da Via Aérea em pediatria.

4. Conteúdos e Metodologia da Ação Formativa

Com vista a concretização dos objetivos previamente estabelecidos será utilizada uma metodologia essencialmente expositiva e demonstrativa, e foram delineados os seguintes conteúdos:

- As particularidades em Idade Pediátrica;
- A definição da Idade;
- A cadeia de Sobrevivência Pediátrica;
- O Suporte Básico de Vida Pediátrico;
- A Desobstrução da Via Aérea em Pediatria.

No início da ação formativa será apresentado um questionário de avaliação (apêndice I) com o intuito de avaliar o nível de conhecimento acerca do tema e, no final, será apresentado o mesmo questionário com a intenção de avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos com a concretização desta ação.

5. Plano da Ação Formativa

Tema: Suporte Básico de Vida Pediátrico				
Data: 24 de outubro de 2022 Local: Instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade População-Alvo: Profissionais de Saúde da UCC				Duração: 60 minutos
Objetivos gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre as diferenças do Suporte Básico de Vida Pediátrico e do Adulto; • Atualizar os conhecimentos acerca do Suporte Básico de Vida Pediátrico. Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer as particularidades em idade pediátrica; • Conhecer as especificidades da cadeia de sobrevivência pediátrica; • Compreender o algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico; • Compreender o algoritmo de Desobstrução da Via Aérea em pediatria. 				
Formador: Fernando Ferreira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 10min.	Apresentação do formador e do tema. Realização de questionário	Integrar os formandos na sessão Avaliar o conhecimento prévio à ação	Expositiva	Computador e projetor multimédia Papel
Desenvolvimento 40min.	Apresentação dos conteúdos e demonstração do algoritmo de SBVP e Desobstrução da via aérea	Dotar os formandos de conhecimentos sobre a temática	Expositiva e Demonstrativa	Computador e projetor multimédia Manequim pediátrico de SBV
Conclusão 10min.	Esclarecimento de dúvidas e síntese dos principais conteúdos Realização de questionário	Rever os principais conteúdos apresentados Avaliar os conteúdos apreendidos	Expositiva	Computador e projetor multimédia Papel

6. Conclusão

A elaboração deste documento permitiu o desenvolvimento de competências no planeamento de ações de formação de pares e espera-se que os objetivos definidos sejam atingidos. A par disso, permitiu também a atualização dos meus conhecimentos através da pesquisa da evidência mais atual acerca da temática.

Apesar de ser enfatizada a importância da componente prática nos cursos de suporte básico de vida pelas entidades que os ministram, todo o planeamento desta ação formativa foi realizado em função dos objetivos definidos para o tempo disponibilizado pela instituição de saúde. Numa próxima atividade formativa, seria de suma importância incluir o desenvolvimento de capacidades através da prática simulada, corroborando com as orientações do ERC.

7. Referências Bibliográficas


- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Perkins, G., Gräsner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soarf, J., Lott, C., . . . Nolan, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation* (161), 1 - 60. doi:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Shimoda-Sakano, T., Schvartsman, C., & Reis, A. (julho-agosto de 2020). Epidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Jornal de Pediatria*, 96(4), 409-421. doi:[10.1016/j.jpmed.2019.08.004](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.08.004)
- Tavares, A., Pedro, N., & Urbano, J. (2016). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 101-104. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.006>

Apêndice - Questionário de Avaliação


Ação de Formação		Suporte Básico de Vida Pediátrico				
Data	24-10-2022	Horário	14:00 – 15:00	Duração	1h	
					V	F
A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipoxia.						
A prioridade na reanimação pediátrica são as compressões torácicas.						
Segundo o algoritmo de SBVP, a primeira etapa são as compressões torácicas.						
A relação de compressões/insuflações em pediatria é 15:2.						
Na desobstrução da via aérea, se a tosse é eficaz, devemos encorajar a tossir.						
Na desobstrução da via aérea, se a tosse é ineficaz, mas a vítima está consciente, devem ser alternadas 10 pancadas nas costas com 10 compressões abdominais.						

Diapositivos da Formação - “Suporte Básico de Vida Pediátrico”

Diapositivo 1



Suporte Básico de Vida Pediátrico



OUTUBRO, 2022
Enf.º Fernando Ferreira (Aluno CMEESIP)

Diapositivo 2

Sumário

- Particularidades em Idade Pediátrica;
- Definição da idade;
- Cadeia de Sobrevivência Pediátrica;
- Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP):
 - Algoritmo de SBVP;
- Obstrução da Via Aérea em Pediatria.



Diapositivo 3

Objetivos


- Conhecer a especificidade da cadeia de sobrevivência pediátrica
- Conhecer o algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico
- Realizar compressões e insuflações adequadamente
- Realizar manobras de desobstrução da via aérea

Diapositivo 4

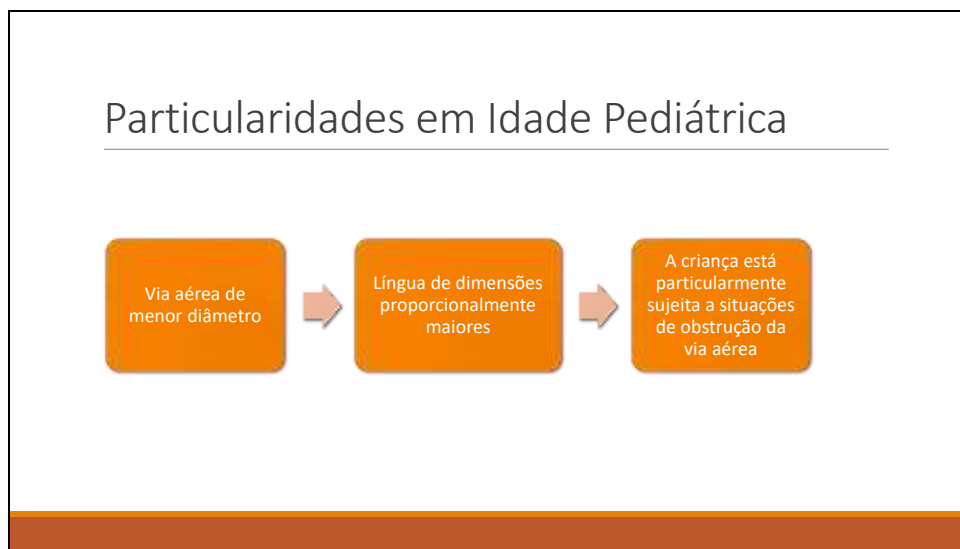
Particularidades em Idade Pediátrica

No essencial, os princípios gerais são os mesmos do adulto, existindo, no entanto, algumas diferenças que importa realçar.

A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas que condicionam a etiologia da paragem cardiorrespiratória, pelo que é necessário adaptar os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) a essas características.



Diapositivo 5



Diapositivo 6

Particularidades em Idade Pediátrica

A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipoxia, como resultado final de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória.

Por este facto, a prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.

A photograph showing a person's hands performing a procedure on a child's airway. The child is lying down, and the person is using a tool to manipulate the tongue or airway. The background is blue.

Diapositivo 7

Particularidades em Idade Pediátrica

A sequência de ações no SBVP dependerá do nível de treino do reanimador:

- os que tiverem treino em SBVP (algoritmo preferido);
- aqueles treinados apenas em SBV “adulto”
- aqueles não treinados (socorristas leigos) – deverão seguir as orientações telefônicas (do 112) podendo ser as de SBVP, ou sequência 30:2 ou apenas compressões (na impossibilidade de ventilações)

Diapositivo 8


Definição da Idade

Lactente

- um bebê até ao ano de idade

Criança

- entre um ano e a puberdade

A horizontal sequence of six cartoon illustrations showing a child's growth. From left to right: a baby lying on its back, a baby sitting up, a toddler crawling, a toddler standing, a young child walking, and a young boy standing with arms outstretched.

Diapositivo 9

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



Conjunto de procedimentos vitais para recuperar uma vítima de PCR. Todos os elos têm igual importância. **Quebra pelo elo mais fraco!**

Diapositivo 10

Suporte Básico de Vida Pediátrico

As manobras de SBV devem ser executadas com a vítima em decúbito dorsal, ou seja, deitada de costas, no chão ou num plano duro.

O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, se for necessário, possa fazer insuflações e compressões sem ter que fazer grandes deslocamentos.

O SBV deve ser efetuado sequencialmente, seguindo uma ordem de ações cujo sucesso da próxima depende da eficácia da anterior.

Diapositivo 11

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

- Local
- Vítima
- Reanimador
- Circunstantes



Diapositivo 12

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Estimule suavemente, chamando e tocando nos pés e mãos do bebê (até um ano de idade) ou nos ombros da criança.



Diapositivo 13

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Condições de segurança	Se responder , procure lesões, avalie a situação e ligue 112 se necessário!
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	Se não responde , grite por ajuda!
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)	
5 insuflações iniciais	
Pesquisar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	

Diapositivo 14

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Condições de segurança	Com uma mão na testa e dois dedos no queixo coloque a cabeça do bebê em posição neutra para evitar que a língua obstrua a passagem do ar.
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)	
5 insuflações iniciais	
Pesquisar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	

Diapositivo 15

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Com uma mão na testa e dois dedos no queixo, **incline ligeiramente a cabeça da criança para trás** para evitar que a língua obstrua a passagem do ar.



Diapositivo 16


Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Durante 10 segundos:

- Veja se existe expansão torácica
- Oïça a entrada e saída de ar
- Sinta o ar na sua face

Para avaliar se a **respiração é normal**.



Diapositivo 17


Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Se respira normalmente:

- Coloque o bebé em posição de recuperação
- Coloque a criança em PLS

Se não respira...




Diapositivo 18

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Realize **5 insuflações** iniciais via:

- Boca/boca-nariz no bebé
- Boca/boca na criança
- Boca/máscara de bolso
- Insuflador manual



Diapositivo 19

Suporte Básico de Vida Pediátrico


Condições de segurança	Após as 5 insuflações, verifique se:
Estado de consciência	•Respira normalmente
Gritar por ajuda	•Existem movimentos voluntários como o de engolir, de abrir os olhos ou de mexer mãos ou pés
Permeabilizar a via aérea	Ou seja, se existem sinais de vida .
Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)	
5 insuflações iniciais	
Pesquisar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	



Diapositivo 20

Suporte Básico de Vida Pediátrico


Condições de segurança	Se bebê, faça 15 compressões :
Estado de consciência	•No terço inferior do esterno
Gritar por ajuda	•A um ritmo de 100 a 120/min
Permeabilizar a via aérea	•Mantendo o tempo de compressão igual ao tempo de decompressão
Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)	•Usando dois dedos para deprimir o tórax até 4cm
5 insuflações iniciais	
Pesquisar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	



Diapositivo 21

Suporte Básico de Vida Pediátrico


Condições de segurança	<p>Se criança, faça 15 compressões:</p> <ul style="list-style-type: none">•No terço inferior do esterno•A um ritmo de 100 a 120/min•Mantendo o tempo de compressão igual ao tempo de descompressão•Usando a palma da mão para deprimir o tórax até 5cm
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)	
5 insuflações iniciais	
Pesquisar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	



Diapositivo 22

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Condições de segurança	<p>Realize 2 insuflações, garantindo uma expansão eficaz do tórax.</p> <p>Conclua 5 ciclos de 15 compressões e 2 insuflações.</p>
Estado de consciência	
Gritar por ajuda	
Permeabilizar a via aérea	
Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)	
5 insuflações iniciais	
Pesquisar sinais de vida	
SBV (5 ciclos 15:2)	
Ligar 112	




Diapositivo 23

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Ligue 112 e informe:

- **“Estou com uma criança que não respira.”** referindo a idade
- Responda a todas as perguntas
- Desligue apenas quando indicado




Diapositivo 24

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Se estiver sozinho e for viável, **mantenha as manobras de SBV** durante a chamada para o 112.



Diapositivo 25

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Manter o Suporte Básico de Vida até:

- A vítima recuperar sinais de vida;
- Chegar ajuda diferenciada;
- Exaustão do reanimador.




Diapositivo 26

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Condições de segurança
- Estado de consciência
- Gritar por ajuda
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Pesquisar sinais de vida
- SBV (5 ciclos 15:2)
- Ligar 112

Diapositivo 27

Suporte Básico de Vida Pediátrico




15:2

The illustration shows a person performing CPR on a baby. On the left, the person is performing chest compressions. On the right, the person is performing rescue breaths. The ratio 15:2 is displayed between the two actions.

Diapositivo 28

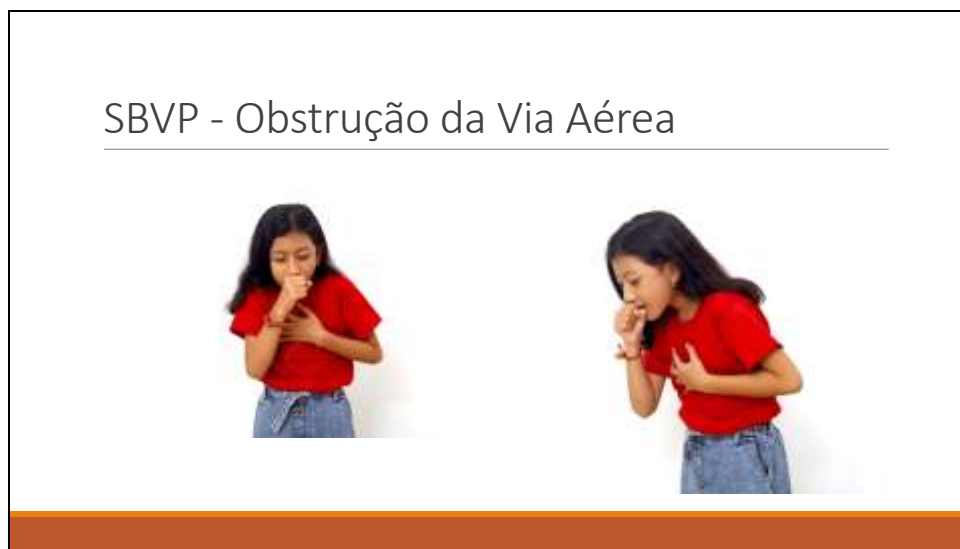
Suporte Básico de Vida Pediátrico

Dúvidas?



The image shows a young boy with a confused expression, looking upwards. There are several question marks around his head, symbolizing doubts or questions. The text 'Dúvidas?' is written to the left of the image.

Diapositivo 29

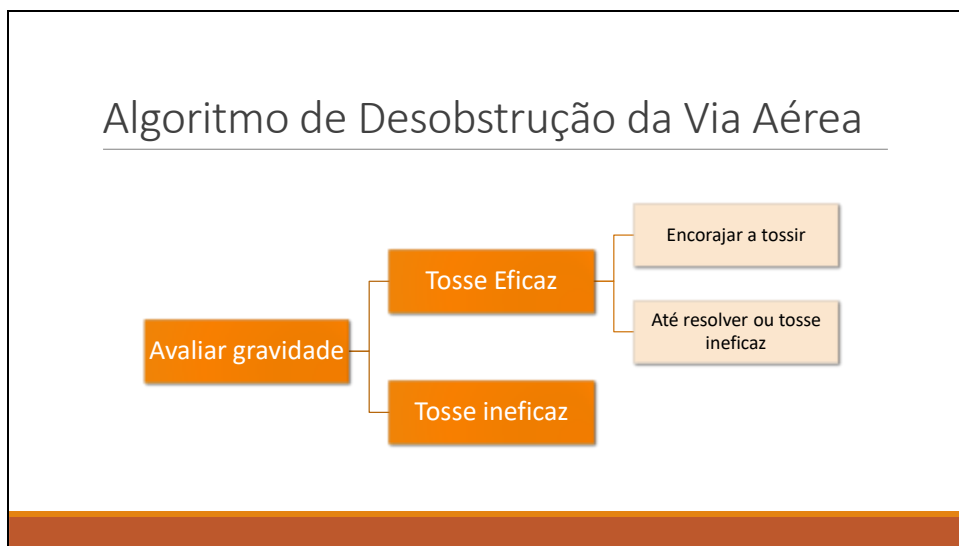


Diapositivo 30

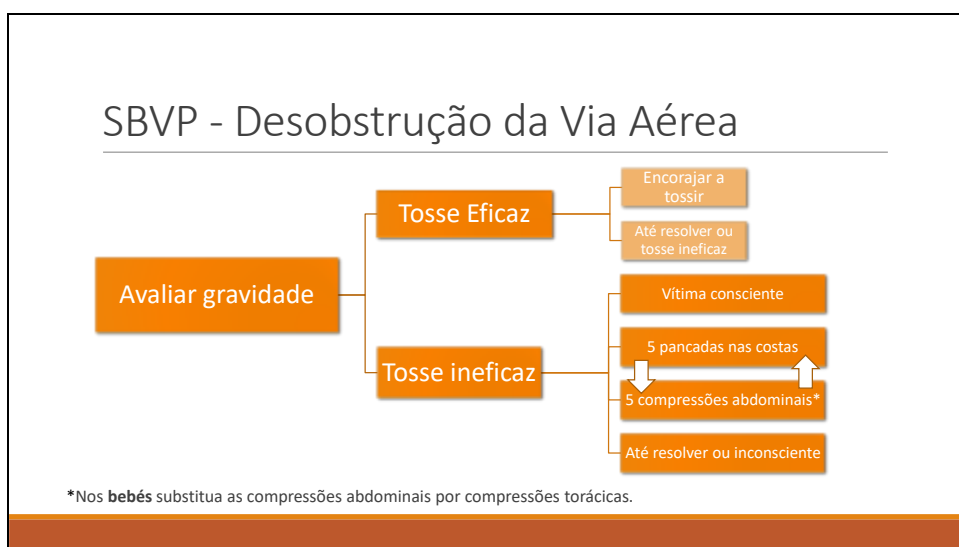
Sinais de Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho

TOSSE EFICAZ Obstrução Ligeira	TOSSE INEFICAZ Obstrução Grave
<ul style="list-style-type: none">• Chora e/ou consegue falar• Tosse audível• Consegue inspirar antes de tossir• Completamente reativo	<ul style="list-style-type: none">• Incapaz de falar• Tosse silenciosa• Respiração ineficaz• Cianose• Diminuição do estado de consciência

Diapositivo 31



Diapositivo 32



Diapositivo 33


SBVP - Desobstrução da Via Aérea



LACTENTE
5 pancadas nas costas / 5 compressões torácicas

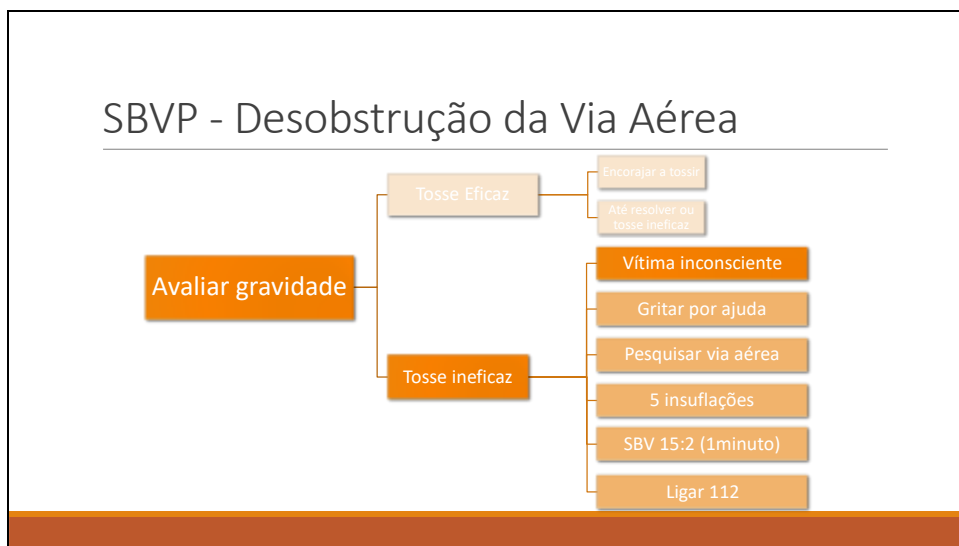
Diapositivo 34

SBVP - Desobstrução da Via Aérea



CRIANÇA
5 pancadas nas costas / 5 compressões abdominais

Diapositivo 35



Diapositivo 36

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Todos os atos da cadeia de sobrevivência pediátrica são igualmente importantes. Os realizadores devem sempre garantir condições de segurança.

Um realizador sênior deve efetuar um minuto completo de SBV antes de deixar o lactente/criança para procurar ajuda ou ligar 112 (só se a situação de ferir suscita de PCR de causa cardíaca de nem ser possível).

Há diferentes técnicas de reanimação de acordo com o idade/tamanho da criança.

A relação compressões-ventilações nas crianças é de 15:2.

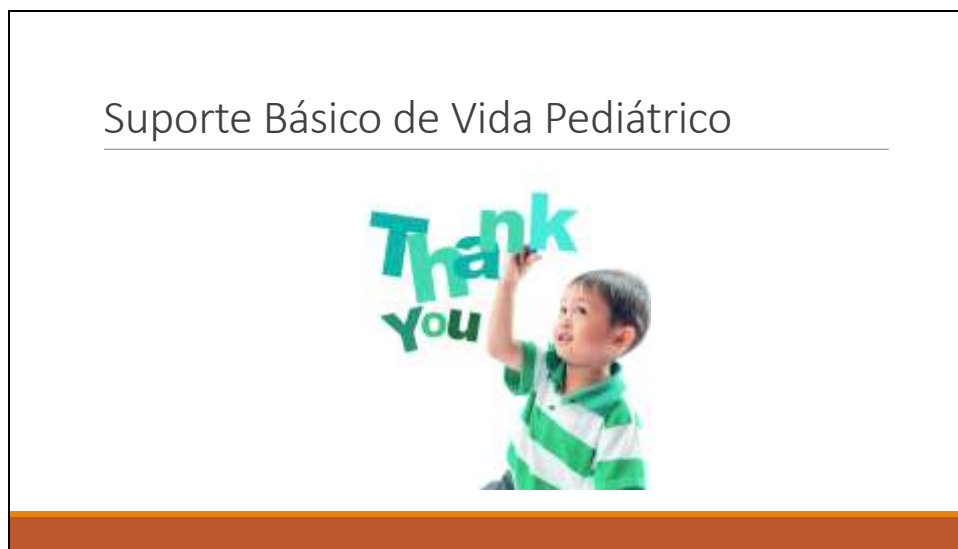
O SBV deve ser de qualidade e ininterrupto.

As compressões torácicas devem atingir o esterno pelo menos 1/3 do diâmetro do tórax, no topo do peito matam 100-120 compressões por minuto e permitir uma boa re-expansão torácica.

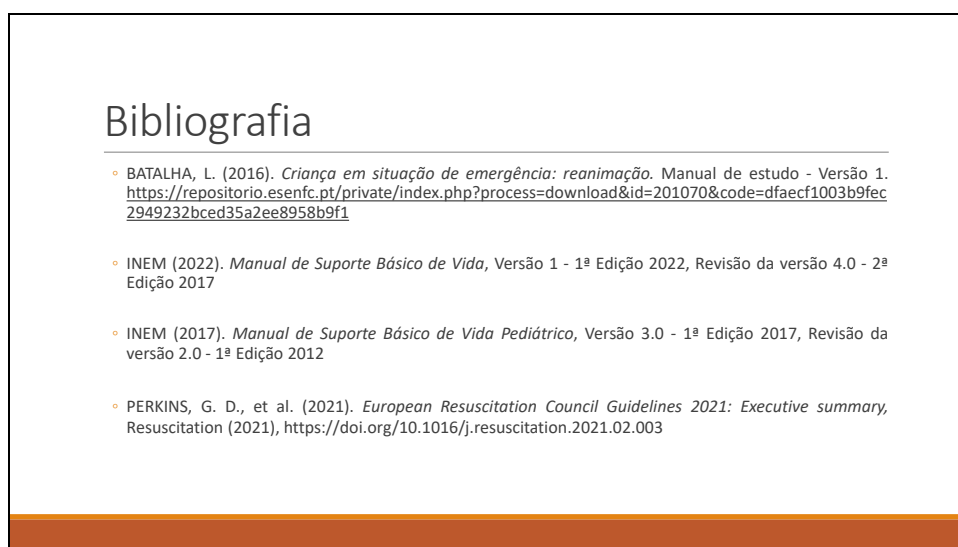
A DVA pode evitar rapidamente para PCR, pelo que é importante reconhecer e tratar precocemente.

As crianças/lactentes inconscientes que respiram devem ser colocadas em posição de recuperação, desde que não haja suspeita de trauma, para manter a permeabilidade da via aérea e evitar a aspiração do conteúdo gástrico ou secretões.

Diapositivo 37



Diapositivo 38



Resultados da Avaliação da Formação - “Suporte Básico de Vida Pediátrico”

A avaliação de qualquer atividade realizada assume-se como fundamental para a aferição da sua pertinência e eficácia, traduzindo-se ainda numa oportunidade de melhorar e desenvolver competências no âmbito da formação de pares. No início da ação formativa foi apresentado um questionário de avaliação com o intuito de avaliar o nível de conhecimento acerca do tema e, no final, foi apresentado o mesmo questionário com a intenção de avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos com a concretização desta ação. Os resultados do questionário podem ser comparados na seguinte tabela pela percentagem de formandos que responderam corretamente:

	Pré- Formação	Pós- Formação
A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipoxia.	60%	100%
A prioridade na reanimação pediátrica são as compressões torácicas.	40%	100%
Segundo o algoritmo de SBVP, a primeira etapa são as compressões torácicas.	70%	100%
A relação de compressões/insuflações em pediatria é 15:2.	80%	100%
Na desobstrução da via aérea, se a tosse é eficaz, devemos encorajar a tossir.	60%	100%

Assim, foi possível constatar que houve um aumento de formandos a responder corretamente em todos os itens avaliados sendo, por isso, possível inferir que os objetivos definidos neste planeamento foram atingidos.

*Apêndice IV - Material de Apoio da Formação “A criança em terapia de
Cânulas Nasais de Alto Fluxo”*



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

Planeamento de Ação de Formação

“A Criança em terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo”

Estudante: Fernando Ferreira

Sob orientação de: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2022

Índice

1. Introdução	193
2. Contextualização da Temática	194
3. Objetivos da Ação Formativa	197
4. Conteúdos e Metodologia da Ação Formativa	198
5. Plano da Ação Formativa.....	199
6. Conclusão	200
7. Referências Bibliográficas	201
Apêndices	202
Apêndice 1 – <i>Check-list</i> do procedimento de preparação do dispositivo respiratório	203
Apêndice 2 – Questionário de Avaliação.....	204

1. Introdução

No decurso do estágio em contexto de Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico de Pediatria, pertencente à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, foi identificada uma necessidade de formação em serviço sobre Terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo em Pediatria. Um dos objetivos deste estágio, que se encontra a decorrer entre o dia 26 de outubro e o dia 17 de dezembro de 2022 num serviço de internamento médico-cirúrgico de pediatria, é o planeamento de uma formação de pares e, após a constatação do crescente número de crianças com necessidade deste dispositivo respiratório e a necessidade formativa evidenciada pela equipa de enfermagem sobre esta temática, foi proposta a concretização desta ação formativa.

Assim, o objetivo deste documento é consumir o planeamento desta atividade formativa, definindo os objetivos e as principais estratégias para os concretizar. Pretende-se também o desenvolvimento de competências na planificação de ações formativas para profissionais. Para tal, o método utilizado na elaboração deste documento é o descritivo.

Assim, além da presente introdução, encontra-se estruturado da seguinte forma: no segundo capítulo será realizada uma breve contextualização do tema, no terceiro capítulo serão apresentados os objetivos da ação de formação e no quarto capítulo os conteúdos e metodologia para os concretizar. Seguidamente, no quinto capítulo será apresentado o plano da ação, e termina-se com o sexto capítulo onde será realizada uma nota conclusiva do documento e no sétimo capítulo serão apresentadas as referências bibliográficas.

2. Contextualização da Temática

A oxigenoterapia convencional como terapêutica de suporte na insuficiência respiratória aguda (IRA) surge na sequência dos trabalhos de Beddoes e Watt, no *Pneumatic Institute*, em finais do século XVIII. Ao longo de mais de dois séculos, esta continua a representar uma pedra basilar na abordagem a doentes com insuficiência respiratória de diferentes etiologias (Pires et al 2018).

Com o progresso científico e tecnológico, a ventilação mecânica invasiva com pressão positiva rapidamente se tornou a terapêutica de eleição na insuficiência respiratória grave. Contudo, esta associa-se a diversas complicações e iatrogenia, como por exemplo o barotrauma ou o volutrauma. A técnica, por ser invasiva, condiciona ainda a abolição dos mecanismos de defesa fisiológicos da via aérea superior e, frequentemente, a necessidade de sedo-analgesia para melhorar a adaptação ao dispositivo ventilatório está associada ao aumento do risco de intercorrências infecciosas. Assim, para responder a estas inquietações surge nos últimos anos a necessidade de encontrar outras técnicas não-invasivas que ocupem o espaço entre a oxigenoterapia convencional e a ventilação mecânica invasiva (Pires et al 2018).

A ventilação não-invasiva tem assumido um papel importante como terapêutica nos doentes com insuficiência respiratória, evitando-se o recurso à ventilação mecânica invasiva. Inicialmente, a terapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) foi desenvolvida em populações neonatais e, pelos bons resultados de eficácia e segurança apresentados, rapidamente começou a ganhar espaço entre os adultos e doentes em idade pediátrica (Pires et al 2018). Os autores referem ainda que “*o circuito das CNAF baseia-se em quatro componentes essenciais: uma fonte de oxigénio de alto fluxo com misturador de ar, que permita definir o fluxo e a fração inspiratória de oxigénio (FiO₂) fornecida, um humidificador, um circuito inspiratório aquecido (a 37°C) e cânulas nasais específicas (com um diâmetro mais largo face as cânulas nasais “clássicas”) para a*

técnica que permitem, em conjunto, fornecer oxigênio aquecido e humidificado em fluxos bem superiores aos da oxigenoterapia convencional. Este circuito permite fornecer um FiO₂ até 1,0 e um fluxo máximo de 60 L/min” (Pires et al 2018).

A ventilação por CNAF, tem como objetivo aumentar o volume de ar e de oxigênio, aquecidos e humidificados, através das vias aéreas, utilizando fluxos acima de 6L/min. O fluxo alto e contínuo cria um grau de pressão nas vias aéreas, gerando um certo nível de pressão positiva expiratória final (PEEP), além de promover o *washout* do espaço morto das vias aéreas altas. Os resultados são redução do esforço respiratório e a melhoria das trocas gasosas, além da diminuição na necessidade de intubação traqueal. Além disso, devido ao fato de o ar ser aquecido e humidificado, esta terapia tende a ser mais bem tolerada por crianças (Damin et al. 2022).

Devido aos seus efeitos fisiológicos, a CNAF é capaz de reduzir a frequência respiratória, a frequência cardíaca e a pressão de CO₂, além de aumentar a saturação de oxigênio, logo na primeira hora de uso. A CNAF também é capaz de reduzir o gasto energético da musculatura respiratória, sendo importante, principalmente, nas crianças menores, uma vez que a sua musculatura é pobre em fibras oxidativas, o que aumenta a vulnerabilidade à exaustão muscular, quando expostas a um esforço respiratório importante (Damin et al. 2022). Os autores referem ainda que *“os estudos disponíveis atualmente sugerem que a CNAF é um método relativamente seguro, bem tolerado e de fácil aplicação. Os seus mecanismos fisiológicos possibilitam uma distensão contínua das vias aéreas, o que pode ser a principal razão para a melhorar o trabalho respiratório. A CNAF também pode reduzir a necessidade de escalonamento na terapia de ventilação não invasiva ou para ventilação invasiva, além de ser útil após extubação”* (Damin et al. 2022).

Um estudo piloto desenvolvido na Austrália produziu resultados interessantes sobre a segurança do tratamento com CNAF num contexto de enfermaria pediátrica. Parâmetros fisiológicos, como a frequência cardíaca e frequência respiratória, correlacionam-se bem com a resposta ao tratamento e, portanto, a com a menor probabilidade de admissão nos cuidados intensivos. Como a bronquiolite

viral é o motivo mais comum de internamento não eletivo em cuidados intensivos, o uso do tratamento com CNAF em enfermarias pediátricas pode resultar em economia substancial de custos sem impacto na segurança do atendimento ao paciente (Mayfield, S., 2014).

Sendo a bronquiolite de etiologia viral o principal motivo de internamento no serviço de internamento onde está a decorrer o estágio e a terapia por CNAF uma terapêutica recentemente associada a esta patologia, importante explorar a evidência mais atual acerca da temática e replicar a mesma na equipa de enfermagem com o intuito de a integrar na prática de cuidados de enfermagem.

3. Objetivos da Ação Formativa

A conceção de objetivos é basilar para a concretização de uma ação formativa, ou seja, é a definição do alvo a atingir com a realização dessa mesma ação. Na sua definição, deve ser considerada a população-alvo, que neste caso são os enfermeiros do serviço de Pediatria.

Objetivos gerais:

- Conhecer as indicações e as particularidades da terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo em idade pediátrica.
- Consolidar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família sob terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo.

Objetivos Específicos:

No final desta ação formativa, os enfermeiros deverão:

- Conhecer as vantagens para a criança sob terapia de CNAF;
- Demonstrar conhecimentos e habilidades acerca da preparação do dispositivo respiratório;
- Conhecer os principais cuidados de enfermagem à criança e família sob a terapia CNAF.

4. Conteúdos e Metodologia da Ação Formativa

Com vista a concretização dos objetivos previamente estabelecidos será utilizada uma metodologia essencialmente expositiva e demonstrativa, e foram delineados os seguintes conteúdos:

- Terapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF);
- Vantagens da terapia CNAF;
- Preparação do dispositivo respiratório;
- Cuidados de enfermagem à criança e família sob terapia de CNAF;
- Parametrização dos registos no processo clínico.

Durante a demonstração da preparação do dispositivo respiratório, será realizada a prática do procedimento e preenchida *check-list* (apêndice I) pelo formador com o intuito de avaliar a aquisição de conhecimentos e competências pelos enfermeiros.

No final da ação formativa, será apresentado um questionário (apêndice II) que pretende avaliar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros.

5. Plano da Ação Formativa

Tema: A Criança em terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo				
Data: 13 de dezembro de 2022				Duração: 60 minutos
Local: Biblioteca do Serviço de Internamento de Pediatria				
População-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Pediatria				
Objetivos gerais:				
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as indicações e as particularidades da terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo em idade pediátrica. • Consolidar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família sob terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo. 				
Objetivos Específicos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as vantagens para a criança sob terapia de CNAF; • Demonstrar conhecimentos e habilidades acerca da preparação do dispositivo respiratório; • Conhecer os principais cuidados de enfermagem à criança e família sob a terapia CNAF. 				
Formador: Fernando Ferreira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 5min.	Apresentação do formador e do tema.	Integrar os formandos na sessão	Expositiva	Computador e projetor multimédia
Desenvolvimento 45min.	Apresentação dos conteúdos: Terapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF); Vantagens da terapia CNAF; Preparação do dispositivo respiratório; Cuidados de enfermagem à criança e família sob terapia de CNAF; Parametriação dos registos no processo clínico. Demonstração da montagem do equipamento respiratório. Preencher <i>Check-list</i> (apêndice I).	Conhecer as vantagens para a criança sob terapia de CNAF; Demonstrar conhecimentos e habilidades acerca da preparação do dispositivo respiratório; Conhecer os principais cuidados de enfermagem à criança e família sob a terapia CNAF.	Expositiva e Demonstrativa	Computador e projetor multimédia Dispositivo Respiratório (CNAF) Papel
Conclusão 10min.	Esclarecimento de dúvidas e síntese dos principais conteúdos Realização de questionário (apêndice II).	Rever os principais conteúdos apresentados Avaliar os conteúdos apreendidos	Expositiva	Computador e projetor multimédia Papel

6. Conclusão

A elaboração deste documento permitiu o desenvolvimento de competências na planificação de ações de formação de pares e espera-se que os objetivos definidos sejam atingidos. A par disso, permitiu também a atualização dos meus conhecimentos através da pesquisa da evidência mais atual acerca da temática.

A bronquiolite aguda de etiologia viral é o principal motivo de admissão no contexto onde se está a desenvolver o estágio corroborando com a evidência atual, ou seja, torna-se emergente incorporar a evidência científica atual na prática dos cuidados de enfermagem com o intuito de melhorar a resposta assistencial às crianças e família. Assim, a terapia por CNAF é um método ventilatório relativamente recente em idade pediátrica e em crescente utilização o que despertou interesse da equipa de enfermagem, tornando-se uma necessidade do contexto a concretização desta ação formativa.

7. Referências Bibliográficas

Pires, P.; Marques, C.; & Masip, J. (2022). *Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda*. *Medicina Interna*, 25(2), 123–133. doi: <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/240/2/2018>

Damin, S.; Espindola, C.S.; Koliski, A.; Rodrigues, M.; Neves, V.C.; Silva, D. et al. (2022) *Cânula nasal de alto fluxo em pediatria: quando, como e por quê?* *Resid Pediatr.*;12(3): doi: 10.25060/residpediatr-2022.v12n3-488

Kwon, J-W (2020). *High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review*. *Clin Exp Pediatr*. 2020 Jan;63(1):3-7. doi: 10.3345/kjp.2019.00626. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31999912; PMCID: PMC7027347

Mayfield, S.; Bogossian, F.; O'Malley, L.; Schibler, A. (2014). *High-flow nasal cannula oxygen therapy for infants with bronchiolitis: pilot study*. *J Paediatr Child Health*. 2014 May;50(5):373-8. doi: 10.1111/jpc.12509. PMID: 24612137

Apêndices

Apêndice I – *Check-list* do procedimento de preparação do dispositivo respiratório

Enfermeiro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Ação																					
Colocação da câmara no Humidificador																					
Conexão da traqueia mais curta																					
Conexão da traqueia mais longa																					
Conexão dos sensores de temperatura																					
Programação da temperatura no Humidificador																					

Preencher com \surd se se verificar a ação e com X se não se verificar.

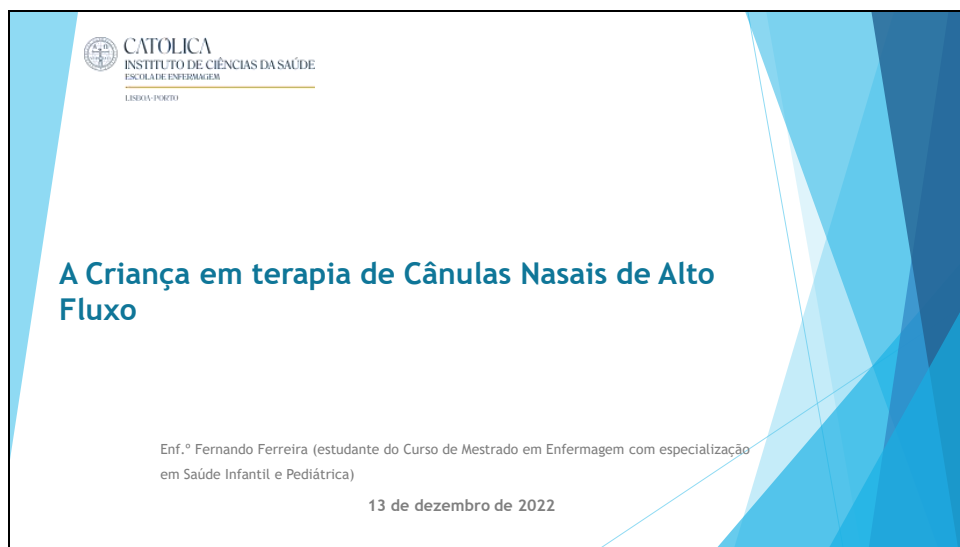
Apêndice II – Questionário de Avaliação

Assinale se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsas.

Afirmações	Verdadeiro	Falso
Atualmente, para ser considerado “alto fluxo”, o débito do fluxo deve ser maior que 6 L/min, podendo ser utilizados fluxos até 30 L/min em crianças.		
Os parâmetros como a temperatura, fluxo (em L/min) e concentração de oxigênio na mistura gasosa (FiO ₂) deverão ser definidos depois de colocado o dispositivo na criança.		
Uma das vantagens da CNAF é a melhor adaptação das crianças quando comparado a outros métodos de suporte ventilatório (pode comer, falar...).		
Não devem ser aspiradas secreções em crianças sob terapia CNAF.		
A condensação das traqueias é um problema que não deve ser valorizado.		
As traqueias da CNAF deverão ser trocadas apenas uma vez por mês.		
O envolvimento da família nos cuidados de enfermagem à criança sob terapia de CNAF não deve ser valorizado.		

Diapositivos da Ação de Formação - “A Criança em terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo”

Diapositivo 1



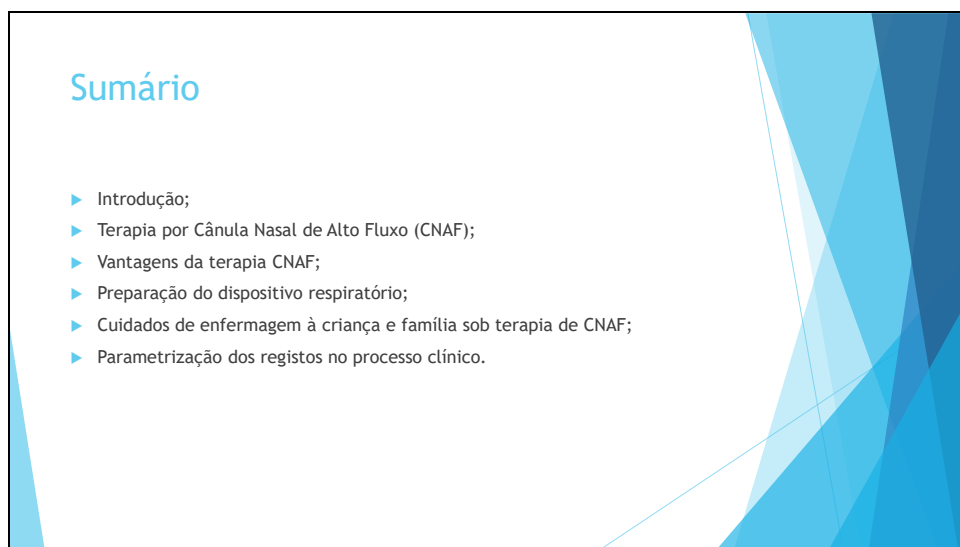
CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LENOVA POÇO

A Criança em terapia de Cânulas Nasais de Alto Fluxo

Enf.º Fernando Ferreira (estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica)

13 de dezembro de 2022


Diapositivo 2



Sumário

- ▶ Introdução;
- ▶ Terapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF);
- ▶ Vantagens da terapia CNAF;
- ▶ Preparação do dispositivo respiratório;
- ▶ Cuidados de enfermagem à criança e família sob terapia de CNAF;
- ▶ Parametrização dos registos no processo clínico.

Diapositivo 3



Objetivos

- ▶ Conhecer as vantagens para a criança sob terapia de CNAF;
- ▶ Demonstrar conhecimentos e habilidades acerca da preparação do dispositivo respiratório;
- ▶ Conhecer os principais cuidados de enfermagem à criança e família sob a terapia CNAF;

Diapositivo 4

Introdução

- ▶ A Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda associada à Bronquiolite em idade pediátrica;
 - ▶ Respiração irregular;
 - ▶ Polipneia;
 - ▶ Tiragem Subcostal, Intercostal, Supraclavicular;
 - ▶ Respiração Abdominal;
 - ▶ Adejo nasal;
 - ▶ Cianose.

Diapositivo 5

Introdução


- ▶ Terapia convencional com oxigenoterapia - baixo fluxo;



Diapositivo 6

Introdução

- ▶ Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)



Diapositivo 7

Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)

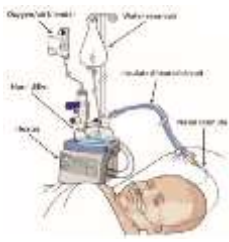
- ▶ Trata-se de um método de ventilação não invasivo relativamente novo, usado em casos de dificuldade respiratória;
- ▶ Este método consiste num sistema onde o oxigénio (O₂) é aquecido, humidificado, titulado em percentagem e disponibilizado via cânula nasal;
- ▶ Fornece uma mistura gasosa em diferentes débitos, onde altas concentrações de oxigénio e pressão são contínuas nas vias aéreas.

Damin S, Espindola CS, Koliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022)

Diapositivo 8

Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)

- ▶ Atualmente, para ser considerado “alto fluxo”, o débito do fluxo deve ser maior que 6 L/min, podendo ser utilizados fluxos até 30 L/min em crianças.
- ▶ O equipamento CNAF consiste num sistema fechado, que geralmente compreende um misturador (*blender*) de oxigénio e que regula o fluxo de ar pressurizado; um reservatório de água; um aquecedor e humidificador; um circuito aquecido isolado que verifica e protege a temperatura e a humidade relativa do gás condicionado entregue ao paciente; e uma cânula nasal específica.

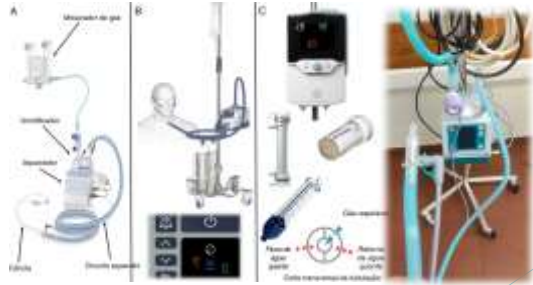


Damin S, Espindola CS, Koliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022)

Diapositivo 9

Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)

▶ Sistemas *Optiflow*® (A) / *Airvo 2*® (B) / *Vapotherm*® (C) / *Wilamed*®



The image contains a diagram and a photograph. The diagram is divided into three parts: A, B, and C. Part A shows a schematic of the Optiflow system with labels for 'Misturador de gás', 'Respirador', 'Cânula', and 'Filtro'. Part B shows a schematic of the Airvo 2 system with labels for 'Respirador', 'Cânula', and 'Filtro'. Part C shows a schematic of the Vapotherm system with labels for 'Respirador', 'Cânula', and 'Filtro'. The photograph shows a patient in a hospital bed with a high-flow nasal cannula system connected to their nose. The system includes a humidifier and a flow generator.

Diapositivo 10

Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)

▶ Os parâmetros devem ser definidos antes do início da terapia e incluem:

- ▶ temperatura, fluxo (em L/min) e concentração de oxigênio na mistura gasosa (FiO₂).

Diapositivo 11

Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)

- ▶ Temperatura do aquecedor/humidificador (indicação do fabricante):
 - ▶ Câmara: 34°C;
 - ▶ Proximal à criança: 37°C
- ▶ Concentração de O₂ (FiO₂): Sugere-se que inicialmente seja 40%, podendo ser aumentada conforme a oximetria de pulso, com o objetivo de saturação de oxigénio (SpO₂) maior que 92% (Damin S, Espindola CS, Koliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022));

Diapositivo 12

Terapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF)

- ▶ Fluxo em L/min

Tabela 1.
Recommended flow settings and cannula sizes for high-flow nasal cannula therapy in pediatric patients.

Age	Body weight (kg)	Flow range (L/min) ^a	Manufacturer-recommended cannula size	
			Fisher & Paykel ^b	Mapotherm
<1 Month	<4	5-8	S, M	Neonatal, infant
1 Month-1 year	4-10	8-20	M, L	Pediatric small
1-4 Years	10-20	15-25	L, XL	Infant/child small, pediatric (adult small)
4-12 Years	20-40	20-30	XL, small	Pediatric (adult small)
13-18 Years	>40 kg	30-50	Small, medium	Pediatric (adult small, adult)

^aFlow range (L/min).

^bAdjusted flow range applies only from the manufacturer's recommendations.


^cXL: 2, 05 L, and XL: 3, 05 liter (small: 2, small and Pediatric: 3, 05 liter).

Kwon, J-W (2020)

Diapositivo 13

Vantagens da terapia CNAF

- ▶ Os principais benefícios da terapia são:
 - ▶ A “lavagem” das vias aéreas, através do fluxo;
 - ▶ Gerar pressão expiratória final positiva (PEEP);
 - ▶ O aumento da fração inspirada de oxigênio (FiO₂);
 - ▶ Diminui a retenção de CO₂;



Damin S, Espindola CS, Koliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022)

Diapositivo 14

Vantagens da terapia CNAF

- ▶ Os principais benefícios da terapia são:
 - ▶ Diminui a incidência de atelectasias, favorece o recrutamento alveolar;
 - ▶ A melhoria da mecânica respiratória, diminui a resistência inspiratória;
 - ▶ A melhor adaptação das crianças quando comparado a outros métodos de suporte ventilatório (pode comer, falar...);



Damin S, Espindola CS, Koliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022)

Diapositivo 15

Vantagens da terapia CNAF

- ▶ O oxigénio aquecido e humidificado fornecido pela CNAF também pode:
 - ▶ Melhorar a depuração mucociliar;
 - ▶ Diminuir a inflamação das vias aéreas, não induzir broncoconstrição (como ocorre com o gás frio);
 - ▶ Diminuir o gasto de energia no cenário da insuficiência respiratória aguda.

Damin S, Espindola CS, Kalliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022)

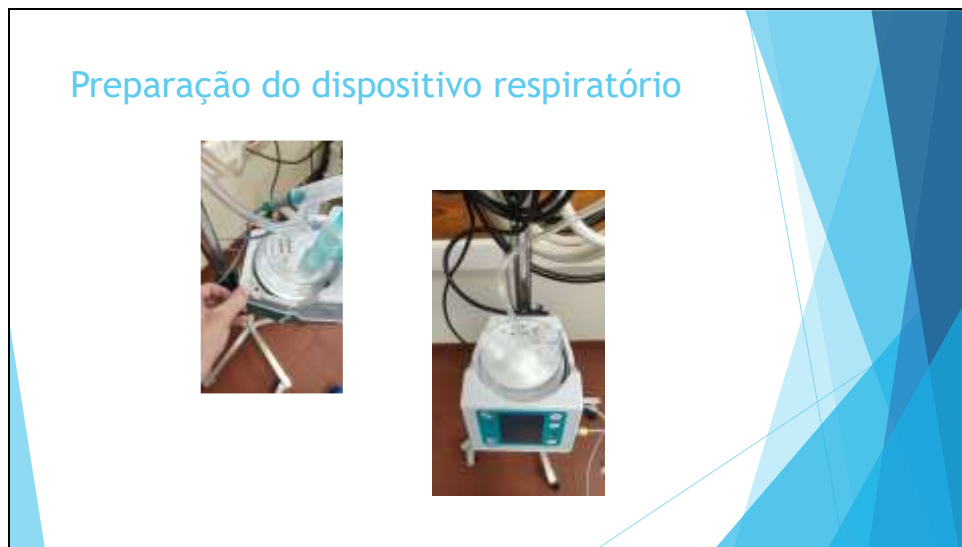
Diapositivo 16

Vantagens da terapia CNAF

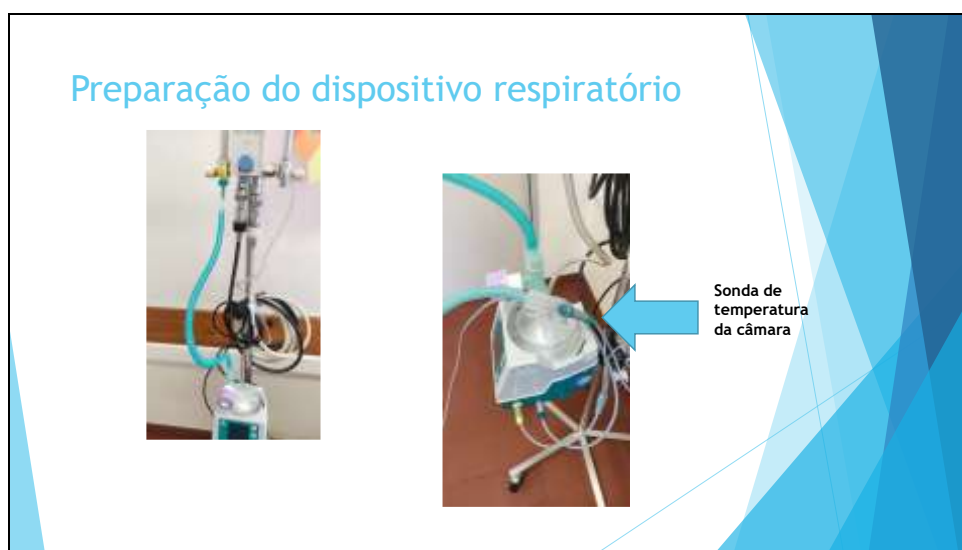
- ▶ Além disso, o ar aquecido e humidificado não irrita a mucosa respiratória, promovendo um maior conforto e menor ressecagem das mucosas.
- ▶ Outro ponto de destaque é que o contato da cânula nasal ocorre, principalmente, nas narinas e nas bochechas, reduzindo o risco de lesões cutâneas na face, em comparação com as *interfaces* usadas noutros modos de VNI.

Damin S, Espindola CS, Kalliski A, Rodrigues M, Neves VC, Silva DCC, et al. (2022)

Diapositivo 17



Diapositivo 18



Diapositivo 19

Preparação do dispositivo respiratório




Válvula de Segurança na posição *CLOSED*

Sonda de temperatura proximal ao doente

The slide features two photographs of a respiratory device. The left photograph shows a safety valve on the device, with a blue arrow pointing to it and the text 'Válvula de Segurança na posição CLOSED'. The right photograph shows a temperature probe inserted into the device, with a blue arrow pointing to it and the text 'Sonda de temperatura proximal ao doente'. The background of the slide is white with a blue geometric pattern on the right side.

Diapositivo 20


Preparação do dispositivo respiratório



The slide features two photographs. The left photograph shows a hand connecting a tube to a reservoir. The right photograph shows a monitor displaying '24.9' and '37.0'. The background of the slide is white with a blue geometric pattern on the right side.

Diapositivo 21

Preparação do dispositivo respiratório



<https://www.youtube.com/watch?v=LaoS5nXyPsA>

Diapositivo 22

Cuidados de enfermagem à criança sob terapia de CNAF

- ▶ Aspiração de secreções, quando necessário;
- ▶ Vigiar risco de UP por presença de dispositivo (septo nasal e narinas);
- ▶ Avaliar dispneia;
- ▶ Gerir oxigenoterapia;
- ▶ Elevar cabeceira da cama;
- ▶ Manter a temperatura e humidade do dispositivo adequados;
- ▶ Vigiar condensação das traqueias;
- ▶ Trocar traqueias de 7 em 7 dias ou em SOS;

Diapositivo 23

Cuidados de enfermagem à criança sob terapia de CNAF

- ▶ Avaliar conhecimentos e capacidades dos pais no tomar conta (necessidades especiais);
- ▶ Envolver a família em parceria no cuidado à criança com necessidades especiais.

Diapositivo 24

Cuidados de enfermagem à criança sob terapia de CNAF

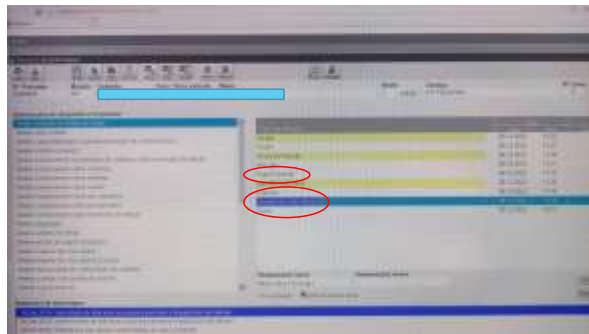


The screenshot displays the F&P Optiflow Nasal Cannula user interface. It includes a title bar with the product name, a navigation menu with 'SVC System' and 'ASVC 2', and three main instructional sections: 'Apply Cannula', 'Remove Cannula', and 'Prepare Wipepacks'. Each section contains a series of numbered diagrams illustrating the correct procedure. A data table is visible at the bottom left of the interface.

- ▶ <https://www.fphcare.com/pt-br/hospital/infant-respiratory/support/#nhf-resources>

Diapositivo 25

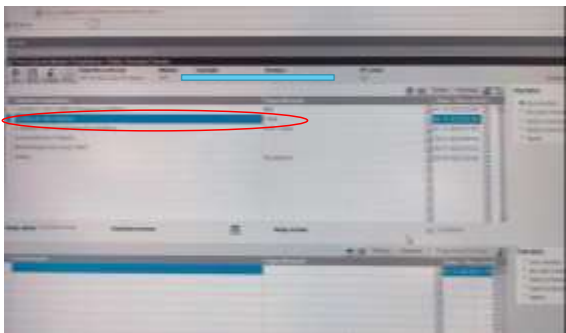
Parametrização dos registos no processo clínico



The screenshot displays a software interface with a list of records. A blue horizontal bar is positioned above the list. Two red circles are drawn around specific entries in the list, highlighting them. The interface includes various menu options and a search bar.

Diapositivo 26


Parametrização dos registos no processo clínico



The screenshot displays a software interface with a list of records. A blue horizontal bar is positioned above the list. A red oval is drawn around a specific entry in the list, highlighting it. The interface includes various menu options and a search bar.


Diapositivo 27

Parametrização dos registos no processo clínico



The slide features two screenshots of a clinical software interface. The left screenshot shows a data entry screen with a grid of fields and a list of items. The right screenshot shows a monitoring screen with a large graph area and a list of items. The background of the slide is white with blue geometric shapes on the right side.

Diapositivo 28



Muito Obrigado pela atenção...

The slide features a close-up photograph of a baby's face with a nasal cannula. The baby is looking up and has its mouth open. The background of the slide is white with blue geometric shapes on the right side.

Diapositivo 29

Referências Bibliográficas

- ▶ Damin, S.; Espindola, C.S.; Koliski, A.; Rodrigues, M.; Neves, V.C.; Silva, D. et al. (2022) *Cânula nasal de alto fluxo em pediatria: quando, como e por quê?*. Resid Pediatr.;12(3): DOI: 10.25060/residpediatr-2022.v12n3-488
- ▶ Kwon, J-W (2020). *High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review*. Clin Exp Pediatr. 2020 Jan;63(1):3-7. doi: 10.3345/kjp.2019.00626. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31999912; PMCID: PMC7027347
- ▶ Pires, P.; Marques, C.; & Masip, J. (2022). *Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia na Insuficiência Respiratória Aguda*. Medicina Interna, 25(2), 123-133. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/240/2/2018>

Resultados da Avaliação da Formação - “A Criança em terapia de Câmulas Nasais de Alto Fluxo”

A avaliação de qualquer atividade realizada assume-se como fundamental para a aferição da sua pertinência e eficácia, traduzindo-se ainda numa oportunidade de melhorar e desenvolver competências no âmbito da formação de pares. Durante a demonstração da preparação do dispositivo respiratório, foi realizada também a prática do procedimento e preenchida a *check-list* pelo formador com o intuito de avaliar as competências adquiridas pelos enfermeiros. Assim, os resultados foram organizados na seguinte tabela:

Ação	Resultados
Colocação da câmara no Humidificador	100% procedeu corretamente
Conexão da traqueia mais curta	100% procedeu corretamente
Conexão da traqueia mais longa	100% procedeu corretamente
Conexão dos sensores de temperatura	100% procedeu corretamente
Programação da temperatura do Humidificador	82% procedeu corretamente

No final da ação formativa, foi apresentado um questionário que pretendeu avaliar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros. Os resultados do questionário foram os seguintes:

Afirmações	% de respostas corretas
Atualmente, para ser considerado “alto fluxo”, o débito do fluxo deve ser maior que 6 L/min, podendo ser utilizados fluxos até 30 L/min em crianças.	91%
Os parâmetros como a temperatura, fluxo (em L/min) e concentração de oxigénio na mistura gasosa (FiO ₂) deverão ser definidos depois de colocado o dispositivo na criança.	100%
Uma das vantagens da CNAF é a melhor adaptação das crianças quando comparado a outros métodos de suporte ventilatório (pode comer, falar...).	100%
Não devem ser aspiradas secreções em crianças sob terapia CNAF.	100%
A condensação das traqueias é um problema que não deve ser valorizado.	100%
As traqueias da CNAF deverão ser trocadas apenas uma vez por mês.	100%
O envolvimento da família nos cuidados de enfermagem à criança sob terapia de CNAF não deve ser valorizado.	100%

Foi possível constatar que apenas dois enfermeiros (18%) não programaram corretamente a temperatura do humidificador e que a percentagem de respostas corretas ao questionário foi superior a 90%. Por isso, é possível inferir que os objetivos definidos neste planeamento foram alcançados.

Apêndice V – *Revisão Integrativa da Literatura*



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas

Revisão Integrativa da Literatura

Por
Fernando Ricardo Faria Ferreira

Porto – janeiro de 2023

Resumo

Introdução: O controlo da dor em idade pediátrica durante procedimentos dolorosos é uma preocupação constante na prática clínica. A distração é descrita como uma estratégia não farmacológica eficaz no controlo da dor e, como tal, esta revisão pretende conhecer a eficácia dos dispositivos de realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos.

Método: Revisão integrativa da literatura com recurso às bases de dados MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, eBook Clinical Collection (EBSCOhost), eBook Nursing Collection, eBook University Press Collection (EBSCOhost), Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina acedidas através do agregador EBSCOhost, durante o mês de fevereiro de 2023.

Resultados: Foram incluídos 6 artigos publicados entre 2017 e 2023, que avaliaram o impacto dos dispositivos de realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas durante procedimentos dolorosos. Em 4 artigos, os autores referem uma diminuição dos *scores* da dor quando utilizados dispositivos de realidade virtual durante procedimentos dolorosos e, em 2 artigos, referem não encontrar diferenças significativas nos *scores* de dor.

Conclusão: Os dispositivos de realidade virtual são um método de distração eficaz no controlo da dor durante procedimentos dolorosos em crianças hospitalizadas e são bem aceites pelas crianças, pais e profissionais de saúde.

Palavras-chave: criança, adolescente, realidade virtual, gestão da dor, controlo da dor, redução da dor e crianças hospitalizadas.

Introduction: Pediatric pain control during painful procedures is a constant concern in clinical practice. Distraction is described as an effective non-pharmacological strategy to control pain and, as such, this review pretends to know the efficiency of virtual reality devices in pain control in hospitalized children under painful procedures.

Method: Integrative literature review using the databases MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, eBook Clinical Collection (EBSCOhost), eBook Nursing Collection, eBook University Press Collection (EBSCOhost), Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina accessed through the EBSCOhost aggregator during the month of February 2023.

Results: Six articles published between 2017 and 2023, which evaluated the impact of virtual reality devices in pain control in hospitalized children during painful procedures, were included. In 4 of these articles, the authors report lower pain *scores* when using virtual reality devices during painful procedures and, in 2 of the articles, the pain *scores* don't seem to be significant.

Conclusion: Virtual reality devices are an effective distraction method during painful procedures in hospitalized children and are well accepted by children, parents and healthcare professionals.

Keywords: child, children, adolescent, virtual reality, pain management, pain control, pain reduction, hospitalized children.

1. Introdução

No decurso da unidade curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, surgiu a necessidade da realização desta revisão integrativa da literatura como resposta a uma das problemáticas identificadas na prática clínica e que se relaciona com o fenómeno da dor em idade pediátrica.

A hospitalização em idade pediátrica pode potenciar uma crise influenciada por fatores de stress como a ansiedade de separação dos pais e familiares; o medo do desconhecido; a perda do controlo e da autonomia; e o medo da lesão corporal e dor (Sanders, 2014). Loureiro et al. (2021) reforçam que os sentimentos gerados pela hospitalização associados ao facto de estar doente, ter dor ou à contenção física da criança ao quarto ou hospital, surgem como as piores experiências mencionadas pelas crianças e que a otimização destes aspetos nos cuidados de enfermagem pode torná-los mais positivos para as crianças, constituindo-se como um elemento fundamental para aumentar a sua satisfação com os cuidados prestados. Deste modo, a dor assume um importante papel como objeto de estudo para a prática de cuidados de qualidade.

A dor é um fenómeno que, pela dificuldade no consenso da sua definição prediz, desde logo, a sua complexidade. Atualmente, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a um dano tecidual real ou potencial*” (International Association for the Study of Pain, 2021), definição esta que reúne maior consenso por parte dos peritos da área. O *International Council of Nurses* (2019), através da

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, define a dor como uma *“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”*. Então, a dor é encarada como uma experiência individual e subjetiva à pessoa que a descreve ou a demonstra e, portanto, carece de uma intervenção personalizada que transcende a administração de analgésicos. Quando a dor é experienciada por crianças, aumenta exponencialmente a sua complexidade na compreensão, na avaliação e na atuação perante este evento e, a par disso, *“A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários”* (Direção-Geral de Saúde, 2010, p. 3). Pode assumir-se ainda que a experiência da dor nas crianças é influenciada por múltiplos fatores como: a idade, o nível de desenvolvimento, a causa da dor, a natureza da dor e a capacidade de expressar a sua dor (Jacob, 2014). Contudo, apesar da importância deste fenómeno, *“A negligência na sua avaliação e controlo é um problema reconhecido que carece de uma atenção particular em prol da qualidade dos cuidados”* (Batalha & Sousa, 2018, p. 16). Como tal, todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade profissional e ética de promover um controlo da dor efetivo e seguro durante os procedimentos dolorosos. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2013, p. 17) refere que *“As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas”*. As intervenções não farmacológicas, como por exemplo a distração, o relaxamento, a imaginação guiada e a estimulação cutânea assumem um papel importante como estratégias no controlo da dor (Jacob, 2014). A mesma

autora afirma que “... são também estratégias seguras, não invasivas e de baixo custo e a maioria são intervenções de enfermagem autónomas” (Jacob, 2014, p. 205).

Como evidencia Boles (2018), quando uma criança desvia a sua atenção de um evento stressante ou doloroso, para um estímulo sensorial concorrente (como um vídeo, jogo interativo, realidade virtual, ou outros), os recursos do sistema nervoso também são redirecionados, resultando em diminuição da dor e da ansiedade e, como tal, a distração é entendida como uma importante estratégia não farmacológica. Esta autora refere ainda que, embora cada criança experimente a dor de maneira diferente com base em seu desenvolvimento, experiências anteriores e crenças socioculturais, a distração é um conceito cognitivo universal e, deste modo, pode ser eficaz para a maioria das populações e em quase todos os ambientes (Boles, 2018). Assim, a Realidade Virtual (RV) pode ser um método especialmente eficaz para distrair a atenção, imergindo o participante em um ambiente simulado (Piskorz & Czub, 2018).

Assim, considerando o controlo da dor em idade pediátrica uma preocupação constante na área de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, foi a partir da prática clínica e durante o percurso de formação avançada nesta área que emergiu a questão de investigação: *Qual a eficácia dos dispositivos de Realidade Virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos?*

2. Metodologia

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que procura contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados assentes numa prática baseada na evidência e, para tal, “... é imprescindível vincular o conhecimento oriundo de pesquisas e da prática clínica” (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Deste modo, partiu-se para a realização desta revisão integrativa da literatura com o objetivo de **conhecer a eficácia dos dispositivos de realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos.**

A questão de investigação foi formulada seguindo o acrónimo PICO (População, Intervenção, Comparação e *Outcomes* /Resultados) como se demonstra na tabela 1.

Tabela 1: Formulação da questão de investigação seguindo a metodologia PICO

P (População)	Crianças hospitalizadas
I (Intervenção)	Dispositivos de realidade virtual
C (Comparação)	(não aplicável)
O (Outcome/resultado)	Controlo da dor em procedimentos dolorosos

Após a formulação da questão PICO, foram estabelecidos como descritores MeSH: “child”, “children”, “adolescent”, “virtual reality”, “pain management”, “pain control”, “pain reduction” e “hospitalized children” que, com a utilização dos operadores booleanos AND e OR, geraram a seguinte frase booleana (*child OR children OR adolescent*) AND *virtual reality* AND (*pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction*) AND *hospitalized children*. Previamente à pesquisa, foram ainda determinados os seguintes critérios de inclusão: artigos em texto integral, publicados em livre acesso, no espaço temporal de 2017 a 2023, com revisão de pares

e nos idiomas inglês, português e espanhol. Com a utilização dos descritores “*child*”, “*children*” e “*adolescent*”, foi possível incluir na pesquisa estudos com crianças de idade compreendida entre os 2 e os 18 anos.

A pesquisa foi realizada com recurso às bases de dados MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, eBook Clinical Collection (EBSCOhost), eBook Nursing Collection, eBook University Press Collection (EBSCOhost), Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina acedidas através do agregador EBSCOhost, durante o mês de fevereiro de 2023.

Da pesquisa realizada e seguindo a metodologia descrita obtiveram-se seis artigos que, após a leitura do título, do resumo e análise integral do texto, foram incluídos na amostra uma vez que respondiam à questão de investigação. Estes artigos foram sujeitos à aplicação da tabela “The Oxford Levels of Evidence 2” que define os níveis de evidência científica por tipo de estudo, implementada pelo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM), atualizada em 2011 (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

3. Apresentação dos Resultados

Nesta revisão integrativa da literatura foram incluídos seis artigos científicos e, com o intuito de clarificar os resultados obtidos, recorre-se à seguinte tabela de evidências onde se identifica os autores, o título, o tipo de estudo, o objetivo, a metodologia, os resultados e as conclusões:

Tabela 2: Tabela de Evidências

Artigo I Nível de evidência científica: 4	Autores	Sáez-Rodríguez, D., & Chico-Sanchez, P. (2021)
	Título	<i>“Aplicación de la realidad virtual en niños oncológicos hospitalizados sometidos a procedimientos invasivos: un estudio de casos”</i>
	Tipo de estudo	Estudo de Casos
	Objetivo(s)	Avaliar o uso da RV para reduzir a ansiedade e a dor percebida em duas crianças de 9 e 11 anos de idade, pacientes oncológicos submetidos à punção por cateter em ambiente hospitalar.
	Metodologia	A avaliação e implementação do tratamento foram estruturadas em três sessões (avaliação, intervenção sem RV e intervenção com RV). O STAI-C foi utilizado para avaliar o estado de ansiedade da criança, a <i>Faces Pain Scale Revised</i> para avaliar a dor percebida pela criança e um questionário <i>ad-hoc</i> para avaliar a percepção de ansiedade e dor pelos pais e profissionais de saúde.
	Resultados	Houve diminuição na percepção da dor e no nível de ansiedade em ambos os sujeitos, nos seus pais e na equipa de saúde quando a RV foi usada, em comparação com a intervenção sem RV.
	Conclusões	Os resultados contribuem para o fornecimento de ferramentas paliativas para intervenções dolorosas em crianças submetidas a tratamentos invasivos.
Artigo II	Autores	Walther-Larsen, S., Petersen, T., Friis, S., Aagaard, G., Drivenes, B., & Opstrup, P. (2019)
	Título	<i>“Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain: A Randomized Clinical Trial”</i>
	Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado

Nível de evidência científica: 2	Objetivo(s)	Investigar a satisfação da criança e a redução da dor usando um jogo interativo de RV tridimensional como distração.
	Metodologia	<p>Estudo realizado num hospital da Dinamarca, entre 9 de março de 2018 e 20 de maio de 2018, aplicado a 64 crianças, com idade entre os 7 e 16 anos que falassem dinamarquês e que foram agendadas para cateterização venosa antes de indução anestésica.</p> <p>Critérios de exclusão: <i>score</i> > 2 na classificação da American Society of Anesthesiologists crianças que falassem outro idioma, a usar analgésicos ou sedativos, com comprometimento cognitivo, diagnóstico psiquiátrico, dor de cabeça, tonturas, traumatismo craniano recente, epilepsia e outras condições nas quais a aplicação de óculos de RV fosse considerada potencialmente prejudicial, e quando um creme anestésico tópico (EMLA® ou Ametop®) não foi adequadamente aplicado antes do procedimento.</p> <p>Dos 59 participantes, tendo em conta 5 desistências, foram formados dois grupos (gerados pela aplicação Research Randomizer 2 - www.randomizer.org): o grupo de intervenção com o equipamento de RV e o grupo de controlo, no qual as crianças se distraíam com <i>tablet</i> ou <i>smartphone</i>. A avaliação da dor foi realizada com recurso a Escala Visual Analógica. A comparação estatística foi processada com recurso a teste de Mann-Whitney U e teste exato de Fisher, e o $p \leq 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.</p>
	Resultados	Verificou-se alto nível de satisfação em crianças com o uso de jogo interativo tridimensional de RV. 100% das crianças no grupo da RV responderam que preferiam a RV como distração num procedimento posterior em comparação com o grupo de controlo (84,9%). No entanto, não foi encontrada nenhuma diferença significativa no <i>score</i> de dor e nos tempos de procedimento nos dois grupos. Relativamente aos efeitos adversos, foi baixo e sem diferenças significativas.
	Conclusões	Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no <i>score</i> da dor, no entanto, verificou-se uma maior satisfação com o uso da RV em comparação com o tratamento padrão para o controlo da dor em procedimentos em crianças.

Artigo III	Autores	Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M., Junior, P., Martins, J., Barbosa, M., & Pereima, M. (2017)
	Título	"Use of virtual reality for treating burned children: case reports"
Nível de evidência científica: 4	Tipo de estudo	Estudo de Casos
	Objetivo(s)	Descrever a utilização da RV na diminuição da intensidade da dor durante a realização de tratamento a feridas de duas crianças queimadas hospitalizadas.
	Metodologia	Estudo aplicado a duas crianças hospitalizadas num centro de tratamento de queimados no sul do Brasil, entre maio e julho de 2016. A RV foi utilizada no

		momento do tratamento das feridas, sendo aplicada a escala de faces sobreposta à escala numérica para avaliação da dor. Esta escala foi aplicada em quatro momentos: imediatamente antes do tratamento, durante o tratamento sem a utilização de RV e durante o tratamento com a utilização de RV e após a conclusão do tratamento. Foram administrados fármacos de acordo com as prescrições, sendo que a utilização da RV foi um complemento ao tratamento farmacológico.
	Resultados	O uso da RV foi de fácil aplicação e bem aceite pelas crianças e além disso houve efeitos relevantes em relação à diminuição da dor.
	Conclusões	A RV pode se tornar num importante método não farmacológico no tratamento da dor em crianças queimadas.

	Autores	Thybo, K., Friis, S., Aagaard, G., Jensen, C., Dyekjær, C., Jørgensen, C., & Walther-Larsen, S. (2022)
	Título	<i>“A randomized controlled trial on virtual reality distraction during venous cannulation in young children”</i>
	Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado
	Objetivo(s)	Investigar a satisfação e a redução da dor usando um jogo interativo de RV tridimensional como uma distração em crianças de 4 a 7 anos durante a inserção de um cateter venoso.
Artigo IV	Metodologia	<p>Estudo realizado em 4 hospitais da Dinamarca, entre março e outubro de 2021 a 106 crianças de 4 a 7 anos de idade. As crianças designadas para o grupo de controlo aderiram ao padrão de atendimento (incluindo creme anestésico tópico, posicionamento e distração por meio de jogos de um <i>tablet/smartphone</i>). No grupo de estudo, as crianças aderiram ao padrão de atendimento e foram distraídas por um jogo interativo de RV. Os grupos de controlo e de estudo foram gerados pela aplicação Research Randomizer 2 (www.randomizer.org). Os resultados primários foram a satisfação da criança e a dor do procedimento avaliada com recurso à Escala de Faces de Wong-Baker; os resultados secundários foram o tempo do procedimento e quaisquer eventos adversos.</p> <p>Crítérios de exclusão: <i>score</i> > 2 na classificação da American Society of Anesthesiologists; não entender dinamarquês; tratamento com sedativos nas 3 horas anteriores; comprometimento cognitivo; diagnóstico psiquiátrico; dor de cabeça, tontura, traumatismo craniano recente, epilepsia e outras condições nas quais a aplicação de óculos de RV fosse considerada potencialmente prejudicial; e quando um creme anestésico tópico (EMLA® ou Ametop®) não foi adequadamente aplicado antes do procedimento. A análise estatística foi processada com recurso ao Stata® v16.1 e o $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.</p>
Nível de evidência científica: 2		

	Resultados	Foi descrito um nível alto de satisfação geral nas crianças com o procedimento habitual de creme tópico anestésico, posicionamento e distração. O resultado primário de dor durante o procedimento foi uma mediana de 20 mm (IQR 0–40) e 20 mm (IQR 0–55) (Wong–Baker 0–100 mm) no grupo em estudo e no grupo controlo, respetivamente (diferença: 0 mm, 95% CI: 0–20, $p = 0,19$). Nenhuma diferença significativa foi encontrada nos tempos de procedimento. O número de efeitos adversos foi baixo, sem diferença significativa entre os dois grupos.
	Conclusões	A distração por RV é uma forma aceitável de distração para crianças de 4 a 7 anos quando combinada com creme anestésico tópico e posicionamento durante a cateterização venosa pré-operatória. Nenhuma diferença foi encontrada entre distração de VR e <i>smartphone/tablet</i> .

Artigo V Nível de evidência científica: 2	Autores	Hsu, M.-F., Whu, Y.-W., Lin, I.-C., Liu, C.-Y., Lai, F.-C., Liu, P.-C., & Chen, C.-W. (2022)
	Título	<i>“Effectiveness of Virtual Reality Interactive Play for children during intravenous placement: a randomized controlled trial”</i>
	Tipo de estudo	Ensaio Clínico Randomizado
	Objetivo(s)	Avaliar a eficácia de uma intervenção interativa de RV, incluindo brincadeiras instrutivas e sessões de brincadeiras de catarse emocional, na redução da dor e do medo das crianças durante a inserção de um cateter venoso.
	Metodologia	Foi conduzido um ensaio controlado randomizado com grupos paralelos. A amostra foi composta por 134 crianças hospitalizadas de 6 a 12 anos (grupo de intervenção: $n = 69$; grupo de controlo: $n = 65$). A intervenção envolveu uma cena intravenosa imersiva em VR antes da aplicação intravenosa real e uma catarse emocional em VR após a injeção. O grupo de comparação recebeu um livro fotográfico educacional sobre a colocação intravenosa antes de receber a colocação intravenosa. As crianças e seus cuidadores classificaram sua dor e medo usando a Escala de Faces de Wong-Baker e a Children's Fear Scale.
	Resultados	A dor das crianças ($p = 0,028$) e os <i>scores</i> de medo ($p = 0,004$) foram significativamente menores no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. Os <i>scores</i> de dor e medo dos seus cuidadores (ambos $p < 0,001$) foram significativamente menores no grupo de intervenção. O tempo necessário para a inserção intravenosa bem-sucedida não diferiu significativamente entre os grupos de intervenção e de controlo.
	Conclusões	A intervenção de jogo interativo com VR reduziu efetivamente os níveis de dor e medo das crianças durante o procedimento de colocação intravenosa. Os resultados deste estudo podem servir de referência para a implementação de uma prática

		assistencial viável e amiga da criança para aplicação intravenosa clínica em crianças em idade escolar.
--	--	---

<p>Artigo VI</p> <p>Nível de evidência científica: 3</p>	Autores	Castillo, B., Torres, J., Sánchez, L., Castellanos, M., Fernández, L., Sánchez, M., & Fernández, R. (2019)
	Título	<i>“Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: ¿ficción, realidad o realidad virtual?”</i>
	Tipo de estudo	Estudo Observacional, Analítico e Prospetivo
	Objetivo(s)	Avaliar se o uso da RV, tanto isolada quanto associada ao creme de lidocaína/prilocaína, reduz a dor e a ansiedade durante procedimentos invasivos em crianças internadas no serviço de pediatria sem produzir efeitos adversos relevantes.
	Metodologia	Foram incluídas crianças hospitalizados entre 4 e 15 anos de idade que necessitavam de procedimento invasivo. Escalas de avaliação de dor e ansiedade foram aplicadas a crianças, familiares e profissionais de saúde. Foi realizada uma comparação com crianças em que foi usada RV (com ou sem uso concomitante de prilocaína/lidocaína 2,5% creme anestésico) e crianças em que não foi usada RV nem creme anestésico. A análise estatística foi processada no SPSS® v21 com recurso a testes de Qui-quadrado, testes de Fisher, testes U de Mann Whitney, teste de Kruskal-Wallis e teste de Spearman. O valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.
	Resultados	O estudo incluiu 58 pacientes, 38 no grupo RV e 20 no grupo controlo. Os <i>scores</i> de dor avaliados por crianças, familiares e profissionais de saúde, diminuíram significativamente no grupo VR (grupo controlo mediana 4/5 vs. grupo VR mediana 1/5, $p < 0,001$). As escalas de ansiedade relatadas pelas crianças também foram menores no grupo VR (grupo controlo mediana 4/5 vs. grupo VR 1/5, $p = 0,001$).
Conclusões	O uso da RV pode reduzir a dor e a ansiedade durante procedimentos invasivos em crianças hospitalizadas.	

4. Discussão dos Resultados

Após a análise dos artigos incluídos nesta revisão, é possível constatar que a utilização de dispositivos de RV no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos é, cada vez mais, uma realidade a considerar como coadjuvante das medidas não farmacológicas que a evidência provou serem eficazes. Assim, a RV pode ser encarada como uma técnica de distração durante um procedimento doloroso, uma vez que, tal como refere Hoffman, et al. (2006), há evidências fisiológicas concordantes de que a RV reduz a experiência de dor modulando a resposta do cérebro à estimulação dolorosa periférica, modulando os aspetos sensoriais e emocionais do processamento da dor.

No artigo *“Aplicación de la realidad virtual en niños oncológicos hospitalizados sometidos a procedimientos invasivos: un estudio de casos”* (Sáez-Rodríguez & Chico-Sanchez, 2021), apesar dos resultados não poderem ser generalizados porque é relatada a experiência de duas crianças, os autores concluíram que a RV foi eficaz na redução da perceção da dor e dos níveis de ansiedade em crianças expostas a técnicas invasivas. Conclusões semelhantes inferiram os autores do artigo *“Use of virtual reality for treating burned children: case reports”* (Scapin, et al., 2017), que verificaram a redução da dor e de expressões dolorosas das duas crianças estudadas enquanto usavam dispositivo de RV durante os tratamentos às feridas por queimadura. Tal como o artigo anterior, este estudo de casos contempla apenas duas crianças na sua amostra, pelo que os resultados não possam ser generalizados. Contudo, atendendo às suas amostras, estes artigos transmitem a informação de que foi possível reduzir a dor em crianças hospitalizadas através da utilização de dispositivos de RV durante procedimentos dolorosos.

A par destes estudos, também os autores dos artigos V (Hsu, et al., 2022) e VI (Castillo, et al., 2019) concluíram que a utilização de dispositivos de RV foi eficaz na redução da dor durante procedimentos dolorosos em crianças hospitalizadas. Assim, o artigo *“Effectiveness of Virtual Reality Interactive Play for children during intravenous placement: a randomized controlled trial”* (Hsu, et al., 2022) relata um estudo multicêntrico, controlado e randomizado realizado em Taiwan, com uma amostra de 134 crianças onde foi demonstrada uma diminuição estatisticamente significativa na dor e no medo com a utilização do dispositivo de RV durante o procedimento de cateterização venoso em crianças hospitalizadas comparativamente ao grupo de controlo (dor: $p = 0,028$; medo: $p = 0,004$). Neste estudo foi também avaliada a perceção da dor e do medo por parte dos familiares ou cuidadores das crianças, e o grupo de intervenção apresentou níveis significativamente inferiores quando comparados aos do grupo de controlo ($p < 0,001$, para a dor e o medo). Os autores (Hsu, et al., 2022) referem ainda que a utilização de dispositivos de RV não prolongou o tempo necessário para o procedimento, validando o jogo interativo com RV como uma estratégia de intervenção adequada a idade, segura e viável.

O artigo *“Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: ¿ficción, realidad o realidad virtual?”* (Castillo, et al., 2019) descreve um estudo observacional, analítico e prospetivo (estudo de coorte) com uma amostra de 58 crianças hospitalizadas com idades compreendidas entre os 4 e os 15 anos. Neste estudo, apesar da reduzida amostra e de não ter sido randomizada por ser um estudo observacional, foi possível comparar o grupo de controlo (20 crianças em que nenhuma técnica de distração ou analgesia foi usada) com o grupo experimental (38 crianças que utilizaram dispositivos de RV) e concluir que a avaliação da dor e da ansiedade pelas crianças, pais e profissionais de saúde foi significativamente inferior no grupo experimental ($p < 0,001$). No grupo experimental, foi ainda associada a aplicação de creme anestésico tópico (EMLA®)

a 22 crianças deste grupo e quando comparados os 3 grupos, concluíram que as crianças que, além de utilizarem dispositivos de RV foi aplicado creme anestésico, a pontuação na escala de dor avaliada pelas crianças ($p = 0,02$), pais ($p = 0,03$) e profissionais de saúde ($p = 0,001$) foi menor. Assim, segundo Castillo, et al. (2019), a utilização de dispositivos de RV, de forma isolada ou associada a aplicação de creme anestésico tópico, durante procedimentos dolorosos em crianças hospitalizadas, diminui a dor e a ansiedade percebidas pelas crianças, pais ou cuidadores e profissionais de saúde.

Em oposição ao discutido anteriormente, os artigos *“Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain: A Randomized Clinical Trial”* (Walther-Larsen, et al., 2019) e *“A randomized controlled trial on virtual reality distraction during venous cannulation in young children”* (Thybo, et al., 2022) descrevem conclusões dos seus estudos distintas, uma vez que não encontraram diferenças significativas nos *scores* de dor entre os grupos. De salientar que a amostra, visto serem estudos controlados randomizados, foi sujeita ao protocolo *standard* de controlo da dor em procedimentos dolorosos que incluíam creme anestésico tópico, posicionamento de conforto e técnica de distração (proporcionada por uma enfermeira especialista em dor pediátrica) com recurso a *smartphone* ou *tablet* no grupo de controlo e dispositivo de RV no grupo experimental. Assim, segundo Walther-Larsen, et al. (2019) e Thybo, et al. (2022), proporcionar medidas de controlo da dor baseadas em evidências durante os procedimentos dolorosos foi o mais indicado do ponto de vista ético. Contudo, esta conduta poderia dissimular a eficácia da utilização dos dispositivos de RV no controlo da dor. Como tal, os resultados obtidos nos estudos de Walther-Larsen, et al. (2019) e Thybo, et al. (2022) não demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de controlo e os experimentais, uma vez que os grupos de controlo também apresentaram *scores* reduzidos de dor. Apesar disso, ambos os estudos indicam que os dispositivos de RV foram bem

aceites pela população pediátrica já que apresentaram altas taxas de satisfação com a utilização destes dispositivos.

5. Conclusão

Após a análise e discussão dos resultados obtidos nesta revisão integrativa da literatura, é possível concluir que os dispositivos de RV são um método eficaz de distração durante procedimentos dolorosos em crianças hospitalizadas e que permitem reduzir a percepção de dor pelas crianças. De uma forma geral, os dispositivos de RV foram bem aceites pelas crianças, pais ou cuidadores e profissionais de saúde, pelo que, atendendo ao exponencial desenvolvimento de aplicações informáticas cada vez mais imersivas para o utilizador, estes devem ser considerados como um método válido de distração durante procedimentos dolorosos em contexto hospitalar.

Assumindo que a dor é referida na literatura como uma das piores experiências mencionadas pelas crianças durante a hospitalização, como implicação para a prática, acredito que seja possível a integração destes dispositivos na prática clínica com o intuito de controlar a dor durante os procedimentos dolorosos.

A par disso, e pelos artigos analisados, não foram descritos efeitos secundários no momento da utilização nem um aumento do tempo necessário para a realização dos procedimentos, quando comparado com a utilização de outras técnicas de distração. Contudo, tendo em consideração o crescente aumento de utilização destes dispositivos, seria apropriada a realização de estudos que avaliassem possíveis efeitos secundários a longo prazo.

Atendendo à eficácia da utilização dos dispositivos de RV no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos, seria igualmente pertinente, em estudos futuros, mais investigação acerca da eficácia destes dispositivos durante procedimentos dolorosos noutros contextos, como por exemplo, nos cuidados de saúde primários.

6. Referências

- Batalha, L., & Sousa, A. (abril-maio-junho de 2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(17), 15-22. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18002>
- Boles, J. (2018). The Powerful Practice of Distraction. *Pediatric Nursing*, 44(5), 247-253. Obtido de https://www.pemcrew.com/uploads/1/2/5/9/125977418/the_powerful_practice_of_distraction.pdf
- Castillo, B., Torres, J., Sánchez, L., Castellanos, M., Fernández, L., Sánchez, M., & Fernández, R. (2019). Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: ¿ficción, realidad o realidad virtual? *Anales de Pediatría*, 91(2), 80-87. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.019>
- Direção-Geral de Saúde. (14 de dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf
- Hoffman, H., Richards, T., Bills, A., Oostrom, T., Magula, J., Seibel, E., & Sharar, S. (2006). Using fMRI to Study the Neural Correlates of Virtual Reality Analgesia. *CNS Spectrums*, 11(1), 45–51. doi:[doi:10.1017/s1092852900024202](https://doi.org/10.1017/s1092852900024202)
- Hsu, M.-F., Whu, Y.-W., Lin, I.-C., Liu, C.-Y., Lai, F.-C., Liu, P.-C., & Chen, C.-W. (2022). Effectiveness of Virtual Reality Interactive Play for Children During Intravenous Placement: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research*, 16, 87-93. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anr.2022.03.002>

- International Association for the Study of Pain. (2021). *Termos e Definições de Dor*.
Obtido de International Association for the Study of Pain: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- International Council of Nurses. (2019). *Navegador ICNP*. Obtido de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, WONG, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Loureiro, F., Antunes, A., Pelander, T., & Charepe, Z. (2021). The experience of school-aged children with hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 550-558. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15574>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (outubro-dezembro de 2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). *The Oxford Levels of Evidence 2*. Obtido de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-of-evidence>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf
- Piskorz, J., & Czub, M. (2018). Effectiveness of a virtual reality intervention to minimize pediatric stress and pain intensity during venipuncture. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23(1), 1-6. doi:DOI: 10.1111/jspn.12201

- Sáez-Rodríguez, D., & Chico-Sanchez, P. (2021). Aplicación de la realidad virtual en niños oncológicos hospitalizados sometidos a procedimientos invasivos: un estudio de casos. *Psicooncología*, 18(1), 157-172. doi:<https://dx.doi.org/10.5209/psic.74537>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M., Junior, P., Martins, J., Barbosa, M., & Pereima, M. (2017). Use of virtual reality for treating burned children: case reports. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1291-1295. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0575>
- Thybo, K., Friis, S., Aagaard, G., Jensen, C., Dyekjær, C., Jørgensen, C., & Walther-Larsen, S. (2022). A randomized controlled trial on virtual reality distraction during venous cannulation in young children. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 66(9), 1077- 1082. doi:[doi:10.1111/aas.14120](https://doi.org/10.1111/aas.14120)
- Walther-Larsen, S., Petersen, T., Friis, S., Aagaard, G., Drivenes, B., & Opstrup, P. (2019). Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain: A Randomized Clinical Trial. *Hospital Pediatrics*, 9(7), 501–507. doi:<https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0249>

Apêndice VI – *Póster “A realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas: realidade ou ficção?”*



A realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas: realidade ou ficção?

Fernando, ferreira¹; Isabel, quelhas²

¹ - Mestrando da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto
² - Professora Adjunta, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto

Introdução:

O controlo da dor em idade pediátrica durante procedimentos dolorosos deve ser uma preocupação constante na prática clínica em prol da qualidade dos cuidados¹.

A distração é descrita como uma estratégia não farmacológica eficaz no controlo da dor, uma vez que, quando uma criança desvia a sua atenção de um evento stressante ou doloroso, para um estímulo sensorial concorrente (como um vídeo, jogo interativo, realidade virtual, ou outros), os recursos do sistema nervoso também são redirecionados, resultando na diminuição da dor e da ansiedade².

Questão de Investigação: qual a eficácia dos dispositivos de realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos?

Objetivo: conhecer a eficácia dos dispositivos de realidade virtual no controlo da dor em crianças hospitalizadas submetidas a procedimentos dolorosos.

Material e Métodos:

Tabela 1: Formulação da questão de investigação seguindo a metodologia PICO

P (População)	crianças hospitalizadas
I (Intervenção)	dispositivos de realidade virtual
C (Comparação)	(não aplicável)
O (Outcome/resultado)	controlo da dor em procedimentos dolorosos

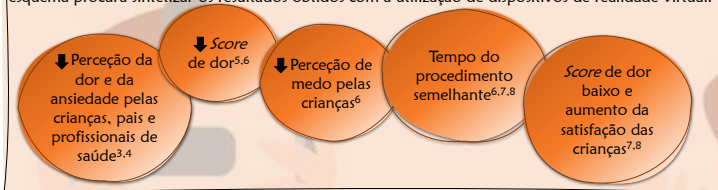
Revisão integrativa da literatura com recurso às bases de dados MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, eBook Clinical Collection (EBSCOhost), eBook Nursing Collection, eBook University Press Collection (EBSCOhost), Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina acedidas através do agregador EBSCOhost, durante o mês de fevereiro de 2023.

Frase booleana: (child OR children OR adolescent) AND virtual reality AND (pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction) AND hospitalized children

Crítérios de Inclusão: artigos em texto integral, publicados em livre acesso, no espaço temporal de 2017 a 2023, com revisão de pares e nos idiomas inglês, português e espanhol.

Resultados:

Da pesquisa realizada e seguindo a metodologia descrita obtiveram-se seis artigos que, após a leitura do título, do resumo e análise integral do texto, foram todos incluídos na amostra. O presente esquema procura sintetizar os resultados obtidos com a utilização de dispositivos de realidade virtual.



Conclusões:

Os dispositivos de realidade virtual são um método eficaz de distração durante procedimentos dolorosos em crianças. Estes dispositivos foram bem aceites pelas crianças, pais ou cuidadores e profissionais de saúde, pelo que, atendendo ao exponencial desenvolvimento de aplicações informáticas cada vez mais imersivas para o utilizador, devem ser considerados como um método válido de distração durante procedimentos dolorosos em contexto hospitalar.

A dor é referida na literatura como uma das piores experiências mencionadas pelas crianças durante a hospitalização e, como implicação para a prática, acredito que seja possível a integração destes dispositivos na prática clínica com o intuito de controlar a dor durante os procedimentos dolorosos.

Referências

¹Batalha, L. M.; Sousa, A. S. Autovavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência* **2016**, Série IV (17), 15-22; ²Bolles, J. The Powerful Practice of Distraction. *Academic Nursing* **2016**, 44(5), 247-253; ³Sáez-Rodríguez, D.; Chico-Sánchez, P. Eficacia de la realidad virtual en niños oncológicos hospitalizados sometidos a procedimientos invasivos: un estudio de casos. *Psicooncología* **2021**, 18(1), 157172; ⁴Castillo, B.; Torres, J.; Sánchez, L.; Castellanos, M.; Ferrández, L.; Sánchez, M.; Ferrández, R. Disminuyendo el dolor en los procedimientos invasivos durante la hospitalización pediátrica: Ficción, realidad o realidad virtual? *Anales de Pediatría* **2019**, 91(2), 80-87; ⁵Scapin, S.; Echeverría-Gentilini, M.; Junio, R.; Martínez, J.; Barbosa, M.; Perelma, M. Use of virtual reality for treating burned children: case reports. *Rev Bras Enferm* **2017**, 70(6), 1291-1295; ⁶Hsu, M.-F.; Wu, T.-W.; Lin, I.-C.; Liu, C.-Y.; Lai, F.-C.; Liu, B.-C.; Chen, C.-W. Effectiveness of Virtual Reality Interactive Play for Children During Intravenous Placement: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research* **2022**, 16, 87-93; ⁷Wulter-Larsen, S.; Petersen, T.; Friis, S.; Aagaard, C.; Divanes, B.; Ostrop, P. Immersive Virtual Reality for Pediatric Procedural Pain: A Randomized Clinical Trial. *Mayo Clinic Proceedings* **2019**, 97(7), 501-507; ⁸Thybo, K.; Friis, S.; Aagaard, G.; Jensen, C.; Dylkjær, C.; Jørgensen, C.; Wulter-Larsen, S. A randomized controlled trial on virtual reality distraction during venous cannulation in young children. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* **2022**, 66(9), 1077-1082.

