



**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

**Maria de Fátima da Silva Aguiar**

Porto, outubro de 2018





**CATOLICA**  
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

Maria de Fátima da Silva Aguiar

Sob orientação de: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, outubro de 2018



## RESUMO

Este relatório integra a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do XI Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, que tem como objetivos conferir as competências necessárias para a prestação de cuidados especializados e obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. O Estágio Final deste Mestrado compreendeu três contextos de prática dos cuidados: Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência e Serviço de Neonatologia. Realizou-se no período compreendido entre 5 de fevereiro e 30 de junho de 2018, com 360 horas de contacto e 390 horas de trabalho individual. Este relatório foi feito com base num método expositivo e reflexivo. Para a sua elaboração mobilizei os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica deste Mestrado, a pesquisa bibliográfica em fontes credíveis e baseada na evidência e as atividades desenvolvidas e respetivos registos. Tem em consideração competências, objetivos e atividades em quatro domínios: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação, tendo como pilar a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança, adolescente e família, com foco na promoção da saúde e do desenvolvimento e adaptação aos processos de doença. São destacadas algumas áreas de intervenção de enfermagem, como a comunicação com a criança e família, a parentalidade, a parceria de cuidados, o controlo da dor, a saúde escolar e a vacinação. Com este documento demonstro a minha capacidade de identificar problemas e desenvolver soluções, de refletir sobre as ações que realizei e sobre as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as minhas conclusões. Considero ter adquirido as competências necessárias para a prestação de cuidados diferenciados nesta área de especialização e, conseqüentemente, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Criança, Família, Parentalidade



## ABSTRACT

This report is comprised in “Final Internship and Report” Curricular Unit, from XI Master’s Degree in Nursing with Children and Pediatrics Health Specialization, of *Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto*, its final purpose being the acquirement of the necessary capabilities to provide specialized care and to earn the degree of Master in Nursing. This Master’s Final Internship was composed of three contexts of care practice: Primary Health Care, Emergency Room, Intensive Care Unit and Neonatal Intermediate Care Unit. It happened between the 5th February and the 30th June 2018, with 360 contact hours and 390 hours of individual work. This report is based on an attentive, self-pondering and expositional method. To its elaboration, I mobilized the knowledge acquired in this Master’s theoretical basis, verifiable, evidence-based bibliography and the activities developed and its individual records. It takes into account competencies, objectives and activities of four domains: care providing, care management, training and research, taking as cornerstone the advanced nursing care for the newborn, child, adolescent and family with a focus on health promotion and development and adaptation to disease processes. Some areas of nursing intervention are emphasized, such as communication with the child and family, parenting, care partnering, pain control, school health and vaccination. This document demonstrates my problem finding and solving capabilities, the aptitude to ponder my actions and to access its ethical, moral and social impact and to adequately communicate my judgement. I believe having earned the necessary characteristics to provide differentiated care in this area, and, consequently, to obtain the degree of Master in Nursing with Children and Pediatrics Health Specialization.

**KEY-WORDS:** Nursing, Child, Family, Parenthood



## Abreviaturas e siglas

BCG – Vacina contra a tuberculose

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSIJ – Consultas de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTAS – *Canadian Triage and Acuity Scale*

DGS – Direção Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa de Intervenção Local

EMLA – *Eutectic Mixture of Local Anesthetic*

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN – *International Council of Nurses*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OBS – Sala de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SBV – Suporte Básico de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUPP – Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	15
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO .....	19
3.1. Domínio da Prestação de Cuidados .....	19
3.2. Domínio da Formação .....	55
3.3. Domínio da Gestão.....	58
3.4. Domínio da Investigação .....	65
4. CONCLUSÃO .....	71
5. BIBLIOGRAFIA.....	75
APÊNDICES .....	81
APÊNDICE 1.....	83
APÊNDICE 2.....	87
APÊNDICE 3.....	135
APÊNDICE 4.....	139
APÊNDICE 5.....	143
APÊNDICE 6.....	147



## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica encontra-se a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Este relatório pretende ilustrar o meu percurso no decorrer deste estágio, demonstrando as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) que adquiri, servindo, também, como instrumento de avaliação.

Considerando a natural dependência da criança e a sua progressiva autonomização, a prestação dos cuidados na Pediatria implica não só os cuidados à criança/jovem utente, mas também à sua família, num binómio criança/família, tendo sempre em conta uma parceria e negociação dos cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa, tornando-se estes também alvo dos meus cuidados. É, portanto, essencial, o respeito pelas suas características sociais, culturais e espirituais.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), o EESIP deve exercer a sua prática em qualquer contexto em que a criança se encontre, seja ou não em meio hospitalar. Deve prestar cuidados à criança doente, mas também cuidar da criança saudável, nomeadamente através da educação para a saúde. Deve ter particular atenção à avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com antecipação em relação à família para melhor propiciar o desenvolvimento infantil, tendo como foco a gestão do bem-estar da criança, a deteção de situações de risco que possam influenciar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e deve promover a autoestima do adolescente e a crescente responsabilização pelas decisões relacionadas com a saúde.

Ser bom enfermeiro é não só obrigação profissional, mas também ética, pois as nossas ações centram-se nos cuidados aos outros e no respeito pela sua dignidade. Para atingir um nível profissional ótimo são necessários vários fatores:

institucionais, como os recursos humanos e materiais; pessoais, como a disponibilidade física e psicológica e a capacidade de humanizar os cuidados; e também fatores formativos, pois só com os melhores e mais atualizados conhecimentos podemos desempenhar as nossas funções com o melhor rigor. Por este motivo e por considerar que o saber é uma obrigação para comigo, mas também para com a sociedade em que me insiro e com os utentes de quem cuido, decidi fazer este Mestrado.

Este Estágio Final tinha como objetivos gerais:

- Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo 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;
- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A componente prática do ensino, na forma deste Estágio Final, permitiu a aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias com vista a fazer cumprir os objetivos acima descritos. Os locais onde estagiei foram oportunidades privilegiadas de aprendizagem, desenvolvimento de competências e de aplicação prática dos conhecimentos teóricos que foram adquiridos ao longo do Mestrado, em colaboração com os colegas que exercem funções nos diferentes contextos de estágio. Assim, o Estágio Final foi, não só uma mais valia, como um componente essencial para completar o Mestrado usufruindo dele na sua plenitude.

Este relatório foi feito com base num método expositivo e reflexivo. Para a sua elaboração recorri a conhecimentos obtidos em diálogos oportunos com outros enfermeiros, aos conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica deste

Mestrado, a pesquisa bibliográfica em fontes credíveis e baseada na evidência e às atividades por mim desenvolvidas e respectivos registros. É provido de uma componente reflexiva importante, pois considero que só com uma reflexão crítica e aprofundada sobre as atividades desenvolvidas posso crescer, enquanto profissional e enquanto pessoa, numa tentativa de percepção de qual a razão desta aprendizagem, numa melhoria contínua e constante de mim própria.

Este documento encontra-se dividido em 4 capítulos: no capítulo 1, apresento a introdução; no capítulo 2 exponho uma contextualização dos vários contextos de estágio incluídos no Estágio Final; no capítulo 3 abordo as competências de um EESIP, em quatro domínios – prestação de cuidados, formação, gestão e investigação -, apresento os objetivos específicos a que me propus para adquirir essas competências e as atividades desenvolvidas nesse sentido, com uma fundamentação e reflexão sobre cada uma delas; e, por fim, no capítulo 4 faço uma conclusão, em postura de reflexão, sobre a realização deste Estágio Final e da conclusão deste Mestrado. Nos apêndices encontram-se alguns documentos que realizei e serviram de suporte na realização de algumas das atividades no decorrer do Estágio Final.



## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O Estágio Final deste Mestrado compreendeu três contextos: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Neonatologia. Realizou-se no período compreendido entre 5 de fevereiro e 30 de junho de 2018 e incluiu a realização deste relatório final. Neste percurso fui orientada pela Professora Doutora Isabel Quelhas.

O plano de estudos deste Mestrado inclui ainda um contexto de estágio ao qual tive creditação (estágio: A saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica).

Iniciei a minha atividade profissional enquanto enfermeira num Serviço de Pediatria Médica em janeiro de 1991, onde ainda me encontro a desempenhar funções. Estes 27 anos de trabalho têm sido uma aprendizagem contínua daquilo que é ser enfermeira e, em particular, do cuidar da criança e da sua família. O Serviço onde desempenho funções é um serviço de internamento que integra crianças e adolescentes entre os 0 anos e os 17 anos e 364 dias. Trata-se de uma unidade que presta cuidados diferenciados em várias vertentes, desde as patologias médicas pediátricas agudas e crónicas às valências de especialidade de Pneumologia, Infeciologia, Gastrenterologia, Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia e Pedopsiquiatria. Integra também um Hospital de dia de Ortopedia que faz o acompanhamento do pós-operatório desta especialidade. Por vezes, o serviço funciona como serviço hospedeiro de outras especialidades, como Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia, Cirurgia Geral, entre outros. O facto de ser um serviço com diversas especialidades torna possível o acompanhamento de um grande número de patologias diferentes e, conseqüentemente, um ganho profissional e de experiência nos cuidados das várias vertentes da enfermagem.

Neste sentido, toda a minha experiência profissional desenvolvida ao longo destes anos nos cuidados à criança e família num Serviço de Pediatria Médica vai de encontro com as competências do EESIP, daí me ter sido dada a creditação ao referido estágio.

Os locais de estágio para os vários contextos foram selecionados tendo em conta a qualidade assistencial dos mesmos, ao serem centros de referência que me poderiam proporcionar oportunidades de aprendizagem para a concretização dos meus objetivos.

O contexto de estágio de CSP decorreu entre 5 de fevereiro e 24 de março de 2018, com um total de 160 horas de trabalho presencial e decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF). O Centro de Saúde onde estagiei é constituído por uma equipa multidisciplinar, que inclui profissionais das áreas da enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, fisioterapia e assistência social, que trabalha no sentido de dar resposta às necessidades da população, procurando a melhoria do seu estado de saúde, numa perspetiva integrada e de parceria com os vários recursos da comunidade. A UCC é uma unidade vocacionada para a prestação de cuidados domiciliários e comunitários, em particular no que concerne ao apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, atuando também na educação para a saúde.

O estágio de SU desenvolveu-se entre 26 de março e 25 de abril de 2018, com um total de 100 horas de contacto. O estágio decorreu num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP), que atende crianças em situação de doença ou trauma grave, entre os 0 anos e os 17 anos e os 364 dias, seja em atendimento primário ou após referenciação. O SUPP contém todos os recursos mínimos para um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), além de outras valências, nomeadamente a capacidade de funcionar como centro de trauma pediátrico, sendo referência da assistência pediátrica urgente.

As áreas constituintes do SU incluem: área de admissão e receção, onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente; área de triagem, onde a mesma é feita através da "Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS); área dos gabinetes médicos para observação dos doentes (um deles

para pequena cirurgia); área de observação, para vigilância e tratamento de crianças que necessitam de cuidados permanentes e contínuos; e área de emergência pediátrica, para situações em que existe risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato.

O estágio no Serviço de Neonatologia decorreu entre 26 de abril e 30 de maio, num Serviço de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, com 100 horas presenciais. A Neonatologia engloba a prestação de cuidados à criança desde o momento imediato do seu nascimento, em particular ao recém-nascido (RN) de alto risco, que se pode definir como aquele que, independentemente da sua idade gestacional ou peso ao nascer, tem maior probabilidade de adoecer ou falecer em consequência de eventos que alteram o curso normal do nascimento e da adaptação à vida extra-uterina. O Serviço de Neonatologia onde estagiei tem capacidade para 17 unidades, das quais 9 são para Cuidados Intensivos Neonatais e 8 para Cuidados Intermédios Neonatais. Recebe RN com patologias do foro médico e do foro cirúrgico, sendo um centro de referência em cirurgia cardíaca.

Em acréscimo à carga horária já referida, despendi cerca de 390 horas de trabalho individual, utilizadas quer no decorrer dos vários contextos de estágio, quer na elaboração deste relatório, perfazendo um total de 750 horas de trabalho, o que equivale a 30 ECTS (*European Credit Transfer System*).



### 3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

De acordo com o Decreto de Lei n.º 161/96, que publica o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), um enfermeiro especialista é um enfermeiro ao qual se reconhece competência científica, técnica e humana para, além de cuidados de enfermagem gerais, prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Existem quatro domínios nos quais o EESIP deve adquirir competências: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Para obtenção do grau de Mestre procurei atingir um leque de competências, relacionadas com a criança e sua família, enquadradas em cada um desses domínios. A descrição das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio final encontra-se estruturada de acordo com as competências a adquirir em cada um dos domínios, os objetivos específicos para dar resposta a essas competências e uma fundamentação e reflexão acerca das práticas desenvolvidas.

#### 3.1. Domínio da Prestação de Cuidados

Ao longo de todo o ciclo vital o enfermeiro tem como ações a promoção da saúde, a prevenção da doença e a readaptação após a mesma. De acordo com a OE (2012), as intervenções de enfermagem são mais vantajosas se toda a família for tomada como alvo dos cuidados, facilitando a adoção de comportamentos promotores de saúde. Ainda segundo o mesmo documento, o enfermeiro ajuda a pessoa a gerir os recursos de saúde existentes e promove a aprendizagem sobre os recursos do próprio, da família e da comunidade para que lidem com os desafios de saúde de uma forma mais eficaz.

Novamente segundo o exposto no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os enfermeiros na sua atividade multiprofissional desenvolvem dois

tipos de intervenções – autônomas e interdependentes. As intervenções autônomas são aquelas em que o enfermeiro tem a responsabilidade pela sua prescrição e implementação, enquanto que as interdependentes são iniciadas por outros técnicos da equipa, tendo o enfermeiro a responsabilidade de as implementar. A enfermagem é a profissão que, na área da saúde e através destas intervenções, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenha, melhore ou recupere a sua saúde.

### ***Competências desenvolvidas:***

*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.*

### ***Objetivos:***

- Aprofundar competências comunicacionais com a criança e família nos diferentes contextos de estágio.

### ***Atividades:***

- Utilizei linguagem (verbal e não verbal) adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança, bem como ao contexto cultural e social da família;
- Promovi um ambiente favorável ao relacionamento, respeitando as crenças individuais, estabelecendo uma relação terapêutica e de confiança com a criança e família.

### ***Fundamentação e reflexão:***

Segundo o *International Council of Nurses* (2015), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a comunicação é definida como um “comportamento interativo: dar e receber informação utilizando comportamentos

verbais e não verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

Esta definição permite-nos perceber que comunicar não é apenas o ato de transmitir informação, mas sim a interação que se desenvolve entre as pessoas, incluindo a partilha de sentimentos e emoções, e da qual reunimos informação, com vista a adaptar a nossa forma de comunicar à pessoa em questão. Na enfermagem, em geral, e na Pediatria, em particular, a comunicação é essencial. Para uma comunicação eficaz, ela tem de ser apropriada à situação, à pessoa e ao ambiente, tem de ser oportuna e feita com clareza.

Para Santos et al. (2016), as crianças são as melhores fontes de informação sobre as suas experiências e sentimentos. Elas comunicam de forma verbal, através de linguagem e vocalizações; e de forma não verbal, através de linguagem corporal, incluindo gestos, movimentos, expressões faciais, posturas e reações.

A comunicação com a criança deve ser prioridade nos cuidados prestados, mas, estando a criança incluída num binómio “criança-família” e, sendo dela indissociável, o foco de comunicação de um enfermeiro tem de ser, também, para com a família. Neste contexto, a comunicação faz parte de uma tríade, em que é necessário que ela exista, de forma eficaz, entre a família e a criança, o enfermeiro e a família e o enfermeiro e a criança.

Nos diferentes contextos de atendimento à criança, seja em consulta, internamento ou urgência, as crianças vivenciam um ambiente novo, repleto de restrições e rotinas com pessoas desconhecidas, sendo submetidas a procedimentos geradores de medo e dor. Assim, o EESIP, deve reconhecer estes sentimentos na criança e adaptar a sua postura e as suas competências comunicacionais aos mesmos. Segundo Martinez et al. (2013), existem várias estratégias de comunicação que podem ser utilizadas para comunicar com a criança, incluindo a fala, a atitude do enfermeiro, o olhar, os gestos, o toque, o contacto físico, as ações do cuidar e a componente lúdica. Segundo a OE (2010), uma das competências que o EESIP deve desenvolver é, precisamente, utilizar estas estratégias, adaptando-as de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e atendendo às suas crenças e culturas.

Nos diferentes contextos de estágio, comuniquei com crianças de todas as faixas etárias, desde o RN até ao adolescente e com as respetivas famílias.

A linguagem universal de um bebé é o choro. É a forma mais precoce de comunicação e é através dele, que o bebé exprime as suas necessidades, físicas ou emocionais. Também o tónus muscular, o olhar e o movimento corporal são características às quais o enfermeiro tem de prestar atenção, pois fazem parte da comunicação do bebé. Atendendo a estas particularidades, aquando do meu contacto com bebés, promovi meios de comunicação adequados, ao proporcionar medidas de conforto como acariciar, massajar, embalar e aconchegar o bebé; realizar um contacto físico delicado e utilizar um tom de voz calmo e suave; respeitar as rotinas do bebé; facultar-lhe a sucção não nutritiva e, quando possível, incentivar a mãe a promover a amamentação como pacificador do bebé. Também aquando da necessidade de pegar no bebé para a prestação de cuidados, tive a preocupação de lhe permitir manter o contacto visual com os pais.

Durante a primeira infância, as crianças tendem a ser egocêntricas e a não ter interesse pelas experiências dos outros. Neste sentido, aquando do contacto com crianças de idade inferior a 5 anos, concentrei o meu discurso na própria criança; informei-a dos procedimentos que iria realizar e do que ela iria sentir, utilizando linguagem simples e concreta e promovendo uma linguagem não verbal em conformidade com a situação; e permiti que explorasse os objetos a utilizar para os seus cuidados, diminuindo o medo dos mesmos. Sendo a brincadeira a linguagem universal de todas as crianças, é de particular utilidade nesta idade. Ao brincar com as crianças e mediante os seus comportamentos pude perceber características do desenvolvimento físico, intelectual e social das mesmas. Além de permitir esta avaliação da criança, o brincar, foi também meio de aproximação entre mim, enfermeira, e a criança, facilitando a prestação de cuidados.

Na idade escolar as crianças dependem mais do que sabem e não tanto daquilo que veem quando se deparam com novos desafios. Assim, aquando da minha abordagem, procurei sempre explicar tudo acerca dos objetos utilizados, do seu funcionamento e do porquê da sua utilização, bem como acerca dos procedimentos a serem realizados. Sempre que possível, permiti que a criança participasse dos

cuidados, por exemplo, ao permitir a uma criança na urgência que colasse os adesivos do seu próprio penso.

Os adolescentes são um grupo distinto, em que o próprio indivíduo é o protagonista da solução para o seu problema. Nesta faixa etária é essencial estabelecer uma relação terapêutica, numa parceria em que existam direitos mútuos e respeito pelas crenças, opiniões e sentimentos do adolescente. O meu contacto com adolescentes foi reduzido nos vários contextos de estágio, mas nas oportunidades em que tive de comunicar com alguém nesta faixa etária (por exemplo, no SU, atendi um adolescente de 16 anos após ingestão medicamentosa voluntária), estimulei a expressão dos seus sentimentos, mantive uma postura de total atenção pelo que me dizia, evitando o julgamento ou a crítica face às suas ideias e mantendo o sigilo e o respeito pela sua privacidade.

Independentemente do contexto de estágio e da faixa etária das crianças aos meus cuidados, existiram algumas preocupações transversais às diferentes situações, que tive o cuidado de manter, nomeadamente, apresentar-me pelo nome, determinar como a criança prefere ser chamada, manter comportamentos de aceitação e utilizar um discurso rico em questões abertas, permitindo à criança e respetiva família expressarem-se abertamente.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), frequentemente a relação entre enfermeiros e crianças é mediada pela família. Esta é fonte de informação crucial e fidedigna, pela proximidade e intimidade que tem com a criança e deve ser dada a devida importância a qualquer problema que refira. Em todos os contextos de estágio procurei encorajar a família a falar, proporcionando oportunidades de determinar o estado de saúde e o estágio de desenvolvimento da criança e aferir sobre os fatores que influenciam a sua vida. Estive atenta à relação entre pais e filhos e aos sinais não verbais com que os pais comunicavam, dando também lugar ao silêncio e à escuta ativa como meio de comunicação com estes.

### ***Competências desenvolvidas:***

*Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;*

*Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.*

### ***Objetivos:***

- Promover uma boa relação profissional com a equipa multidisciplinar;
- Conhecer o sistema de registo de enfermagem em uso nas diferentes áreas de atuação.

### ***Atividades:***

- Estabeleci boas relações de trabalho com outros profissionais;
- Prestei cuidados em equipa multidisciplinar, nos vários contextos de estágio;
- Aprofundei os meus conhecimentos na utilização da CIPE.

### ***Fundamentação e reflexão:***

A comunicação é, não só essencial com a criança e família, mas também entre os profissionais que prestam os cuidados. Comunicar de forma eficaz é primordial na facilitação dos cuidados, permitindo planeá-los melhor, encontrar as soluções mais adequadas para cada problema e promover um bom ambiente de trabalho entre colegas.

O reconhecimento das funções de cada profissional e dos seus próprios limites de atuação é, também, crucial, para um bom funcionamento das equipas e para a promoção dos melhores cuidados ao utente. Assim, não só é essencial a comunicação entre profissionais de uma mesma equipa, mas também de forma multidisciplinar, visto que só de uma forma coordenada entre as várias classes profissionais e as várias especialidades se conseguem cuidados completos à criança e sua família.

Em todos os contextos de estágio pelos quais passei, procurei conhecer os elementos que estavam envolvidos nos cuidados, tendo promovido o diálogo com estes e mantendo uma boa relação profissional com todos eles. Respeitei os limites da minha atuação enquanto enfermeira, ao perceber a necessidade de referenciar determinadas crianças a cuidados mais especializados.

Em contexto de CSP pude verificar uma coordenação eficaz por parte do EESIP com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente durante as Consultas de

Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ), em que o EESIP e o médico de família formavam uma equipa nos cuidados, a qual eu pude, temporariamente, integrar. Trabalhando como uma verdadeira equipa os cuidados eram prestados em conjunto, sendo mais eficazes, mais rápidos e causadores de menos desconforto para a criança (por exemplo, nas crianças mais pequenas a consulta de enfermagem e de medicina eram feitas de forma coordenada, para que apenas fosse necessário despir a criança uma vez). Também na UCC, pude observar um trabalho de equipa entre vários profissionais de diferentes classes, nomeadamente nas reuniões da Equipa de Intervenção Local (ELI) e do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), que abordarei mais à frente neste relatório.

Em contexto de SU, existe uma grande necessidade de trabalhar em equipas multidisciplinares. Qualquer criança que recorra ao SU, independentemente de qual o seu motivo de admissão ou da gravidade do seu quadro clínico vai ser sempre observada, pelo menos, por duas classes profissionais diferentes, enfermeiro e médico. Neste âmbito tive oportunidade de integrar o trabalho coordenado entre os dois grupos profissionais, principalmente no apoio aos gabinetes. Aqui, desempenhei funções essencialmente interdependentes, cujos focos foram, maioritariamente, os mais frequentes no SU: febre, dor, vômitos, diarreia, obstrução das vias aéreas, dispneia e quedas.

No Serviço de Neonatologia pude, de igual forma, identificar uma comunicação eficaz e um trabalho em equipa multidisciplinar. A título de exemplo, aquando da necessidade de intervenção médica para encerramento de um tórax aberto, que carecia da presença de médico e enfermeiro, pude verificar que existiu uma cooperação, no sentido de agendar um horário conveniente para todos os elementos da equipa, de forma a que a prestação daquele cuidado por parte do médico não influenciasse o plano de trabalho da equipa de enfermagem.

O Ministério da Saúde (2015) refere, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que a comunicação é fundamental para a segurança dos mesmos. Em especial quando há passagem da responsabilidade da prestação de cuidados para outro profissional, como por exemplo aquando das mudanças de turno, das transferências ou altas dos doentes, é necessário que existam procedimentos normalizados que assegurem a transmissão precisa e atempada de

informações entre os profissionais, evitando lacunas na comunicação que podem causar quebras graves na continuidade dos cuidados. Neste contexto, as tecnologias de informação e comunicação desempenham um papel fundamental, entre profissionais de um mesmo serviço, entre serviços da mesma instituição, entre diferentes instituições nacionais e, até mesmo, internacionais. No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com extensão a 2020, a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015) torna explícito que estes sistemas são um instrumento de melhoria da qualidade e redução de custos, ao possibilitarem partilha de conhecimento, influenciarem a prestação de cuidados, minimizarem os erros e permitirem a comparação de práticas e serviços.

O SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área da informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que prevê a uniformização dos procedimentos e dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. Este sistema utiliza a CIPE, que consiste num sistema de linguagem unificada de enfermagem.

Em todos os contextos de estágio utilizei o SClínico e, conseqüentemente, a CIPE como forma de registo e realização do processo de enfermagem. Aquando da receção de uma criança: realizei a avaliação inicial da criança, para obtenção de dados, através de entrevista com a mesma e com os cuidadores, observação física e consulta do processo individual de saúde; através da interpretação das respostas obtidas, identifiquei os diagnósticos de enfermagem; estabeleci um plano de cuidados adequado a esses diagnósticos; implementei esse plano, tendo em conta que as necessidades de intervenções podem ver-se alteradas a qualquer momento; e, por fim, verifiquei o sucesso no alcance dos resultados. Todas estas fases do processo foram facilitadas pela utilização dos sistemas de informação, visto que a disponibilidade dessa informação é um pré-requisito para cuidados eficazes e de alta qualidade.

### **Competências desenvolvidas:**

*Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da Especialidade em ESIP;*

*Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;*

*Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da Especialidade em ESIP.*

### **Objetivos:**

- Aprofundar competências na área de suporte avançado de vida;
- Desenvolver competências de observação e intervenção sobre os focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem nos vários contextos de estágio.

### **Atividades:**

- Prestei cuidados de enfermagem à criança e família, em contexto de urgência e de emergência;
- Prestei cuidados ao RN no Serviço de Neonatologia;
- Desenvolvi medidas eficazes de controlo da dor.

### **Fundamentação e reflexão:**

Pela imprevisibilidade das situações de urgência e emergência, pela subjetividade da perceção da dor em cada criança e pela fragilidade de um RN prematuro, estas são áreas dos cuidados que se revestem de especial complexidade, ou seja, são situações que podem ser difíceis de gerir e que podem exigir uma maior mobilização de competências por parte do enfermeiro que presta os cuidados.

De acordo com a DGS (2001), uma urgência é uma situação clínica de instalação súbita, de maior ou menor gravidade, com risco de estabelecimento de falência de

funções vitais; e uma emergência, uma situação clínica, também súbita, em que está estabelecido ou eminente o compromisso de funções vitais.

Segundo a DGS (2018), a ausência de triagem de pessoas poderá constituir um obstáculo ao funcionamento adequado dos serviços de urgência. O objetivo da triagem não se prende com o diagnóstico da patologia, mas sim com a necessidade de ajustar o tempo, tipo de resposta assistencial e recursos ao grau de urgência.

O SU onde realizei o estágio procede à triagem das crianças de acordo com o modelo CTAS. Novamente segundo a DGS (2018), uma revisão retrospectiva de episódios de urgência ocorridos em 2007, mostrou que em 93.6% dos episódios de urgência esta triagem foi exata. Este modelo de triagem compreende 5 níveis de gravidade, aos quais correspondem tempos ideais de resposta para a assistência médica. Para a atribuição do nível a cada criança, existe um processo constituído por 3 etapas: a 1ª etapa consiste no Triângulo de Avaliação Pediátrico, que inclui a aparência da criança, a respiração e a circulação; a 2ª etapa consiste em analisar a queixa principal da criança; e a 3ª etapa em avaliar as constantes fisiológicas. A triagem é da responsabilidade da equipa de enfermagem e, pela complexidade do processo, apenas é admitido que a realizem EESIP ou enfermeiros que exerçam funções de triagem durante, pelo menos, 3 anos. Durante a minha permanência no SU tive oportunidade de acompanhar o EESIP na triagem, onde tive oportunidade, percorrendo um processo inicial de observação até à realização autónoma, com supervisão, de triar 205 crianças, de idades compreendidas entre os 10 dias e os 17 anos. Os motivos de admissão ao SU foram, maioritariamente, por doença, cujos focos principais foram a febre e a dor; e por traumatismo, principalmente quedas. Neste contexto tive oportunidade de praticar triagem avançada, ou seja, de iniciar uma série de ações terapêuticas antes da avaliação médica, nomeadamente administração de terapêutica antipirética e analgésica.

Ainda em contexto de urgência, participei em cuidados prestados na Sala de Observação (OBS), nomeadamente a crianças do foro cirúrgico, crianças com medidas de isolamento por doenças infecciosas, e outros com situações clínicas que careciam de vigilância por um período previsto inferior a 24 horas. Acompanhei essas crianças na realização de meios complementares de diagnóstico e na sua transferência para diferentes unidades: Serviço de Neonatologia, Serviço de

Pediatria Médica e Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica. Destaco, da assistência em OBS, a situação de uma criança de 2 anos que sofreu obstrução da via aérea em casa, com um corpo estranho e que, estando já estável, mantinha-se sob vigilância enquanto aguardava broncofibroscopia. Por mobilidade do corpo estranho a criança teve novo episódio de obstrução da via aérea, com dessaturação e estridor, mas mantendo-se consciente. Em conjunto com o EESIP que me orientava e o médico presente procedi às manobras de desobstrução da via aérea, com estimulação da tosse e pancadas interescapulares, com sucesso. Esta situação chama a atenção para a necessidade de uma vigilância atenta e constante, mesmo àquelas crianças que aparentam estar estáveis pois, subitamente, pode instalar-se uma emergência.

Adicionalmente à emergência acima referida, que decorreu em OBS, pude intervir ativamente em três situações na sala de emergência: uma criança de 15 anos com traumatismo crânio encefálico grave, resultante de uma queda; uma criança de 2 anos que recorreu ao SU por vômitos e que, no decorrer da sua permanência no SU, teve agravamento do seu estado clínico, tendo entrado em choque, com necessidade de ser encaminhada para a sala de emergência; e um lactente de 11 meses em episódio de crise convulsiva. Estas situações permitiram-me estar em contacto com algumas técnicas e intervenções de enfermagem com as quais não lido na prática quotidiana, como por exemplo a utilização de plano duro e colar cervical, a permeabilização da via aérea e a utilização de fármacos específicos neste contexto.

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), num internamento de cuidados intensivos a maioria dos RN são prematuros. Assim, compreende-se que a incidência de complicações neonatais seja elevada neste contexto: alterações respiratórias, cardiovasculares, da pele e termorregulação, da nutrição, desequilíbrio hidroeletrólítico, hiperbilirrubinémia e menor resposta a infeções são os principais exemplos.

No decorrer do estágio no Serviço de Neonatologia, prestei cuidados à criança com ventilação mecânica invasiva, através de ventilador convencional e Ventilador de Alta Frequência Oscilatória (VAFO), com entubação endotraqueal; e não invasiva, com utilização de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), com máscaras e

*prongs* nasais. Para a otimização dos cuidados respiratórios, efetuei vigilância da pele, especificamente de possível maceração causada pelos *prongs* nasais; uma vez por turno, verifiquei a permeabilidade das narinas com soro fisiológico; efetuei aspiração naso e orofaríngea de secreções; coloquei sondas orogástricas para evitar a distensão gástrica e, em específico na ventilação mecânica invasiva, auxiliei em intubações endotraqueais, administrei sedoanalgesia e efetuei aspiração de secreções em sistema fechado pelo tubo endotraqueal.

A produção de calor é um processo complexo que envolve vários sistemas. Em particular no RN prematuro, esta produção é dificultada pela menor massa muscular, menos depósitos de gordura castanha termogénica, menos gordura subcutânea e um controlo fraco dos capilares da pele. Existe risco de hipoxia, acidose metabólica e hipoglicémia em consequência do stress gerado pelo frio. Assim, é primordial no cuidado ao RN prematuro, atuar com medidas que o protejam da perda de calor e promovam uma temperatura adequada ao seu bem-estar. No Serviço de Neonatologia tive oportunidade de prestar alguns cuidados nesse sentido, por exemplo, efetuar a vigilância das incubadoras, nomeadamente da sua temperatura e humedificação.

O crescimento ideal de um RN prematuro seria semelhante ao que o RN teria *in útero*, embora isto, frequentemente, não seja possível, pelo que este é um grupo de crianças com necessidade de cuidados reforçados com a nutrição. Neste contexto prestei cuidados de alimentação aos RN prematuros, através da administração de alimentação entérica e parentérica. Efetuei a administração da alimentação entérica através de sonda oro ou nasogástrica, sempre em pequenas quantidades. Procurei utilizar sempre o leite materno como primeira escolha, por vezes com fortificante e, quando o leite materno não era uma opção, utilizei leite adaptado para prematuros, na maioria dos casos com suplemento proteico. Esta alimentação deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente no 1º dia de vida e permite a preparação do trato gastrointestinal para a nutrição subsequente, estimulando o seu desenvolvimento sem aumentar o risco de doença. Aquando da impossibilidade de alimentação entérica, que deverá sempre ser a preferida, utiliza-se a alimentação parentérica, através de cateter venoso central, mais frequentemente de inserção periférica. Nestes casos além de proceder à administração da alimentação, prestei cuidados ao cateter, sempre tendo em conta

os princípios básicos de controlo da infeção. Estes cuidados ao cateter venoso central foram também tidos com RN sem alimentação parentérica, mas com cateter venoso central para administração de medicação.

Outros cuidados que prestei ao RN prematuro incluem a monitorização contínua de sinais vitais, incluindo cuidados aos sensores de oxigénio e temperatura, com vista a evitar queimaduras da pele; a monitorização frequente de glicémia capilar; a realização de fototerapia, onde tive especial cuidado com a proteção ocular; transporte de um RN com patologia do foro cardíaco, para realização de cateterismo, com cuidados acrescidos pelo uso de incubadora e ventilador de transporte; a manipulação de cateteres arteriais umbilicais, com especial atenção para a vigilância dos sinais de compromisso neurovascular; e a realização de uma transfusão de concentrado de eritrócitos, com cuidados de hemovigilância. Realizei estas práticas sempre tendo em mente a importância da higienização das mãos e materiais, com o intuito de minimizar o risco de infeções.

Ainda no âmbito da prevenção de infeções, aquando da colocação de acessos vasculares periféricos, utilizei norma asséptica e tive o cuidado de não colocar adesivo diretamente sobre a pele, utilizando materiais de fixação estéreis e permeáveis para permitir visualizar o acesso. Esta forma de punção venosa é uma especificidade da Neonatologia, que me fez perceber uma das particularidades dos cuidados nesta faixa etária, visto que no serviço onde exerço funções utilizo a norma limpa. Outra particularidade que me chamou especial atenção foi o facto de nos RN prematuros se realizar mais do que um teste de diagnóstico precoce, para rastreio de doenças metabólicas, ao contrário dos RN de termo que realizam apenas um. Tive oportunidade durante o estágio de proceder à realização deste rastreio.

Segundo Batalha et al. (2005), “a avaliação da dor na criança é uma das atividades mais complexas com que os enfermeiros se podem deparar”. A dor é uma experiência comum e perturbante nas crianças. É uma experiência desagradável, associada a um dano real ou potencial e é sempre de carácter subjetivo. De acordo com o ICN (2015), pode ser manifestada por diferentes características, como alteração do tónus muscular, fuga do contacto social, inquietação ou perda de apetite.

Reconhecendo a importância da dor e assumindo que é um dever dos profissionais de saúde o seu controlo eficaz, a DGS (2003), considerou a dor como o 5º sinal vital.

Para um controlo eficaz da dor, é imperativa a sua avaliação, de forma sistemática e constante. Assim, e devido à subjetividade que lhe é característica, surge a necessidade de utilização de escalas da dor, na tentativa de aferir qual a intensidade de dor que a criança sente em determinado momento. Existem várias escalas passíveis de serem utilizadas, sendo que, independentemente de qual a escolhida, é importante que para um determinado doente a escala seja sempre a mesma, permitindo assim uma padronização da dor e a sua avaliação comparativa em diferentes momentos.

Na criança, atendendo às suas particularidades no que concerne à comunicação, nem todas as escalas poderão ser utilizadas. Na Neonatologia, a avaliação da dor é de especial dificuldade, devido à incapacidade de um RN comunicar verbalmente a qualidade e intensidade dessa experiência. Assim, no Serviço de Neonatologia, utilizei a escala de dor de EDIN (*Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau*), que é composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação (sociabilidade) e reconforto (consolabilidade). A pontuação obtida nesta escala (0 a 15 pontos) fornece uma orientação sobre a necessidade de terapêutica farmacológica, para controlo da dor (que se define a partir de uma pontuação de 5) e permite, assim, minimizá-la, promovendo o conforto da criança. Para crianças de idade inferior a 4 anos ou sem capacidade de verbalizar, a escala mais adequada é a escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), sendo que para crianças com multideficiência existe a versão adaptada desta escala – *FLACC revised*. Antes da idade escolar, para crianças com capacidade para verbalizar, podemos aplicar a escala de faces de *Wong-Baker* (a partir dos 3 anos) ou a Escala de Faces Revista (a partir dos 4 anos), em que a criança escolhe a face que mais se aproxima do modo como sente a sua dor. A partir da idade escolar as crianças são já capazes de perceber uma escala numérica e foi, portanto, a utilizada por mim nessa faixa etária. Transversalmente a todas as escalas, considera-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor, que a intensidade desta se mantenha inferior a 3.

Segundo Batalha et al. (2005) a dor é uma consequência muito frequente de traumatismos, doenças e procedimentos aos quais as crianças são submetidas. Uma parte das causas da dor é passível de ser eliminada, ou, pelo menos, minimizada. Neste contexto existem medidas que podem ser tomadas, tanto farmacológicas como não farmacológicas.

Nos vários contextos de estágio, a minha atuação perante a dor foi de pró atividade para a sua extinção ou, não sendo possível, para o seu máximo controlo. Procedi a intervenções farmacológicas, através da administração de fármacos analgésicos e/ou sedativos, por via oral ou endovenosa, mediante prescrição e ao uso de anestésicos locais, como o EMLA (*Eutectic Mixture of Local Anesthetic*), principalmente aquando de punções lombares em contexto de urgência. Procedi, também, a intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais. Procurei sempre planejar as ações a realizar, nomeadamente os procedimentos passíveis de gerar dor, agrupando-os e reduzindo o seu número. Antes de efetuar qualquer procedimento e, desde que o desenvolvimento cognitivo da criança assim o permitisse, preparei a ação, explicando o que iria fazer, em que consistia o procedimento e o que era expectável que a criança sentisse, por forma a poder preparar-se para enfrentar o momento de desconforto que se seguiria. Incentivei, também, o relaxamento muscular, ao pedir às crianças que respirassem fundo. Promovi a brincadeira como meio de distração, nomeadamente através de ações que envolviam a cognição, como a ação de contar uma história ou ver um vídeo ou o comportamento, como por exemplo cantar, por forma a manter a criança com a mente ocupada e, portanto, menos focada na sensação desagradável que lhe estava a proporcionar. No final dos procedimentos procurei dar um reforço positivo, pelo bom comportamento demonstrado. Em crianças mais pequenas, em particular nos RN prematuros com os quais lidei no Serviço de Neonatologia, as medidas não farmacológicas prenderam-se com a realização de massagem terapêutica; embalar o bebé; facilitar a presença dos pais; fornecer leite materno; promover períodos mais prolongados de sono e repouso; o uso da sucção não nutritiva; e o uso de solução adocicada com sacarose a 24%.

### **Competências desenvolvidas:**

*Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*

*Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*

*Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialização em ESIP.*

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências nos cuidados de enfermagem a prestar à criança e família, em diferentes contextos, segundo uma metodologia científica;
- Conhecer e desenvolver habilidades na filosofia de cuidados NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*);
- Aperfeiçoar competências no âmbito do apoio na transição e no desempenho da parentalidade;
- Promover cuidados de enfermagem em parceria com os pais;
- Realizar a admissão do RN e família, organizar a sua transferência e preparar o seu regresso a casa;
- Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde;
- Aprofundar conhecimentos e habilidades na vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.

### **Atividades:**

- Realizei admissão ao RN no Serviço de Neonatologia, organizei transferências para outros serviços e preparei o regresso a casa;
- Pratiquei cuidados de enfermagem baseados na filosofia de cuidados NIDCAP;
- Desenvolvi intervenções de enfermagem em parceria com os pais;
- Desenvolvi atividades de promoção do aleitamento materno;

- Realizei atividades de vacinação e da sua promoção, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Realizei CSIJ.

### ***Fundamentação e reflexão:***

O cérebro, tal como os outros órgãos, desenvolve-se ao longo da gestação. O bebé, por volta das 38 semanas de gestação, possui a quase totalidade dos neurónios, mas as conexões cerebrais irão desenvolver-se significativamente após o nascimento, com a influência de estímulos externos.

Segundo Guimarães (2015), os bebés prematuros, principalmente os grandes prematuros, são mais suscetíveis a estes estímulos e são sujeitos a grandes desafios à nascença. Estes estímulos negativos incluem, entre outros, os alarmes de uma enfermaria, o ruído, o desconforto, a dor ou as mãos frias dos profissionais. É da maior importância, portanto, encontrar estratégias que minimizem as agressões externas e promovam o maior conforto do RN.

Batalha et al. (2003), afirma que a dor é um dos principais focos de desconforto do RN sujeito a um ambiente de cuidados intensivos neonatais. Apesar de ser um fenómeno ainda parcialmente desconhecido, é certo que desde o nascimento e, até mesmo in útero, a criança sente dor e que a perceção dessa dor é mais intensa do que nos adultos. A dor pode ter utilidade como sinal de alarme, mas não tem qualquer função benéfica ou protetora e o seu não tratamento tem consequências a curto e a longo prazo na morbidade e mortalidade. Segundo Silva (2014), a teoria da vinculação de Bowlby defende que a vinculação precoce é um comportamento inato do ser humano e que desde o nascimento o bebé estabelece uma relação privilegiada com o adulto que lhe promove cuidados básicos, assegurando a sua sobrevivência. O adulto torna-se, assim, uma figura de vinculação, à qual o bebé vai tentar chegar (através do choro, do sorriso e de outros comportamentos sociais), procurando algum conforto.

No contexto de Neonatologia tive oportunidade de verificar a preocupação real com esta proteção dos prematuros, ao utilizar-se uma filosofia de cuidados baseada no NIDCAP. Ainda segundo Guimarães (2015), este programa coloca o RN e a família no centro dos cuidados e individualiza o plano de cuidados a cada bebé, tendo em

conta que aquilo que se aplica a um RN pode não se aplicar a outro e que, até para o mesmo bebé, as necessidades de cuidados mudam de um dia para o outro, sendo essencial que os profissionais saibam, a cada momento, interpretar os sinais que os recém-nascidos transmitem.

Neste âmbito, tive oportunidade de exercer cuidados de enfermagem com base nesta filosofia, nomeadamente ao aplicar as estratégias fundamentais do programa: concentração de atividades, modificações ambientais, cuidados posturais, participação dos pais e cuidados com a dor. A concentração de atividades consiste em reduzir ao máximo a manipulação do RN. As modificações ambientais são ações como tapar a incubadora com uma manta, proteger os olhos do bebé e utilizar o candeeiro de parede e não a luz do teto, para diminuir a exposição à luz e proporcionar um ciclo de dia/noite bem definido; e reduzir o som dos alarmes e moderar o tom de voz, evitando ruídos nocivos. Nos cuidados posturais, realizei ninhos com toalhas e lençóis onde o bebé fica deitado e realizei contenção física ao bebé, na tentativa de simular o espaço uterino, promovendo a sua organização comportamental e a sua autorregulação; há, também, a utilização de um polvo em croché, que acompanha o bebé na incubadora, com o intuito de simular a presença do cordão umbilical. Promovi a participação dos pais, ao incentivar uma parceria nos cuidados a prestar e na tomada de decisão; incentivei a vinculação através de realização do método canguru que, como refere Souza et al. (2018), consiste em colocar o bebé em contacto pele com pele com a mãe, promovendo a calma no RN, a diminuição da dor, estabilização dos sinais vitais e a relação entre mãe e filho; e promovi o aleitamento materno, através de ensinamentos às mães (teóricos e práticos) sobre as vantagens do aleitamento materno, a técnica do aleitamento e a extração manual do leite. Os cuidados com a dor foram já abordados anteriormente neste relatório.

Tal como referi acima, uma das minhas preocupações durante o estágio no Serviço de Neonatologia foi promover a participação ativa dos pais nos cuidados. Promovi com os pais uma comunicação clara, tanto quando solicitada para esclarecer as suas dúvidas, como ao transmitir informações sobre os cuidados. Incentivei-os e capacitei-os para a realização de alguns cuidados, como a alimentação por sonda orogástrica, a troca de fralda, a monitorização da temperatura axilar, a colocação da braçadeira para monitorização de tensão arterial e a troca do oxímetro.

Segundo Mendes (2012), a enfermagem pediátrica é hoje particularmente sensível ao envolvimento da família na prestação de cuidados à criança.

Casey (1988), desenvolveu um modelo de cuidados direcionado à Pediatria. Este modelo assenta no pressuposto de que família e enfermeiros são parceiros nos cuidados e reconhece à família o papel de cuidadora. Este modelo de parceria de cuidados de Casey reconhece que para preservar o crescimento pleno da criança, os cuidados prestados devem ser de estímulo, proteção e amor e, também neste sentido, coloca a criança/família, as suas competências, necessidades e desejos como pilares dos cuidados.

Esta parceria de cuidados não deverá ser de imposição, mas sim uma parceria negociada em respeito pela perícia da família, pelas suas necessidades e desejos. Caracteriza-se pela partilha de poder e de conhecimentos, com definição de objetivos comuns, centrados na pessoa e participação ativa de todos os parceiros na relação. Os enfermeiros têm o papel de empoderamento da família, providenciando informação, através de uma comunicação aberta e eficaz e da valorização do conhecimento que a família tem da criança, envolvendo assim a família, promovendo a sua participação e parceria, negociando com ela e tornando-a, assim, capacitada para os cuidados.

Segundo Casey (1988), mesmo numa unidade de cuidados intensivos é possível capacitar os pais para serem parte ativa nos cuidados prestados e a minha passagem pelo Serviço de Neonatologia mostrou-me precisamente isto.

A OE (2015) defende que tornar-se pai ou mãe é um dos maiores desafios que o ser humano enfrenta, pela responsabilidade inerente à tarefa e pelas mudanças que envolve, com o nascimento de uma nova família.

Segundo Quelhas (2014) *“...o ser humano nasce incapaz de se cuidar, necessitando por isso que os cuidados sejam desenvolvidos por outros, cabendo essa responsabilidade habitualmente ao pai e à mãe, ou quem os substitua, estendendo-se por um período mais ou menos longo até atingir a capacidade de se cuidar.”*

A chegada de um novo membro à família exige reorganização individual, conjugal, familiar, profissional e social. Tal como é exposto pelo ICN (2015) a adaptação à

parentalidade é um processo de transição que acarreta riscos e, no sentido de os minimizar, é necessário planeamento, preparação e desenvolvimento de habilidades, envolvendo o casal e a família. Esta adaptação interioriza não só a expectativa da família, mas também dos amigos e da sociedade, quanto ao que são considerados comportamentos parentais adequados ou inadequados.

Na sua teoria da enfermagem sobre a transição, Melleis (1994) defende que o enfermeiro tem o dever de assistir os indivíduos e ajudá-los nas transições ao longo da vida. Esta autora refere que *“Apenas a enfermagem como disciplina desenvolve uma base de conhecimento para ajudar as pessoas a adquirir um nível de funcionamento e mestria para lidar com os processos de transição”*.

A parentalidade é um foco de atenção de enfermagem, tendo o EESIP um papel de destaque no auxílio aos pais para o desenvolvimento das suas competências parentais, conhecimentos, habilidades e atividades.

A OE (2015) afirma que a doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade. Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e, mais uma vez, é responsabilidade do EESIP promover a adaptação dos pais a esta nova realidade, colaborando com a família, interagindo através de apoio, ensino, instrução e treino e capacitando-os para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos.

Neste sentido, o acolhimento hospitalar à criança e família é crucial. O SU é um ambiente estranho e ameaçador para as crianças e a sua passagem por lá é uma das experiências mais traumáticas que vivenciam. Muitas vezes os procedimentos preparatórios na admissão ao SU não são possíveis de realizar, mas, sempre que possível, essa admissão deve ser feita com respeito pelas respostas emocionais ao medo e à dor e deve dar-se oportunidade à criança de participar nas decisões, de forma a diminuir a sensação de perda de controlo e a resistência aos procedimentos subsequentes. Com o intuito de diminuir a angústia de separação, a presença de uma pessoa significativa é inquestionável, tal como é explícito no artigo 19º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, sobre os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Durante o estágio de SU procurei ter em mente estas

preocupações, principalmente durante a triagem, que é o primeiro local onde as crianças entram em contacto com os profissionais de saúde.

Segundo Rocha et al. (2011), a admissão e permanência numa unidade de cuidados intensivos neonatais constitui uma experiência devastadora para os pais, principalmente pela possibilidade de morte iminente do seu filho. Na admissão ao RN e família no Serviço de Neonatologia apresentei-me sempre aos pais, com uma postura disponível para esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos e preocupações. Apresentei-lhes a unidade, entreguei o guia de acolhimento, disponibilizei informações gerais, expliquei as regras da unidade e normas de segurança e tranquilizei-os quanto ao aparato tecnológico típico deste tipo de unidades. Referi, também, a existência de apoio social ao qual podiam recorrer em caso de necessidade. Ensinei sobre algumas medidas básicas de controlo de infeção, como a higiene das mãos e o facto de não deverem tocar em bebés que não os seus filhos. Aconselhei, ainda, acerca de alguns objetos de utilidade para os cuidados, que poderiam trazer de casa, como uma manta, fralda de pano e roupa do bebé. Aquando da admissão de uma criança nesta unidade procede-se a uma colheita de dados para avaliação inicial, nomeadamente antecedentes familiares, antecedentes obstétricos da mãe, da gestação e do parto e elabora-se um plano inicial para a prestação de cuidados de enfermagem.

Esta admissão permite uma maior tranquilização dos pais e a promoção de uma relação terapêutica, acarretando benefícios para os cuidados do RN. Uma situação que considero de especial importância decorreu durante a admissão de um RN prematuro com patologia cardíaca, em que o pai tinha medo de tocar no filho e encontrava-se transtornado com a situação clínica. Ao identificar esta necessidade específica do pai, adaptei o processo de admissão habitual, despendi mais tempo com ele e explorei de forma mais aprofundada os seus receios e o que os motivava, permitindo que se sentisse mais tranquilo e mais confiante, conseguindo no final o contacto físico com o seu filho.

Não só a admissão ao hospital é importante, mas também o processo de regresso a casa ou transferência para outra unidade. Segundo a OE (2010) *“Preparar o regresso a casa consiste num processo dinâmico e contínuo desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o internamento de forma a facilitar a*

*transição da criança para o domicílio ou para outro nível de cuidados, garantindo a qualidade e continuidade dos cuidados”.*

A preparação para a alta é crucial para que a mesma seja bem-sucedida. No Serviço de Neonatologia procedi a intervenções com vista à preparação dos pais para o regresso a casa. Aferi sobre a preparação emocional da família para a alta; avaliei e revi o conhecimento da família sobre a doença, possíveis complicações, cuidados e tratamentos a serem mantidos em casa; assisti e validei a demonstração de habilidades necessárias aos cuidados, garantindo que a família se encontrava capacitada para as mesmas, por exemplo, na administração de terapêutica; forneci informação sobre os recursos de saúde existentes na comunidade, sobre as consultas de acompanhamento agendadas e, quando necessário, providenciei os encaminhamentos adequados; e orientei os pais sobre a legislação relacionada ao uso de um sistema de contenção da criança no automóvel.

Neste serviço existem locais próprios para o registo das intervenções mencionadas, como por exemplo um formulário para o registo de ensino parental e uma *checklist* de alta, que inclui, entre outras intervenções, entrega do boletim individual de saúde, registo de vacinas e de diagnóstico precoce e o teste da cadeira de transporte. É, também, prática estabelecida, fornecer aos pais um contacto telefónico para o qual possam contactar em caso de necessidade e, posteriormente à alta, o EESIP efetua um contacto telefónico com os pais, com vista a avaliar a adaptação da criança e família ao regresso a casa e identificar eventuais necessidades, proporcionando o suporte necessário à sua resolução, caso existam.

Aquando da transferência para outro nível de cuidados é importante preparar os pais para as diferenças que irão encontrar. Servem de exemplo o menor aparato tecnológico encontrado e as dotações, que são diferentes, visto que um enfermeiro tem a seu cuidado mais crianças, podendo estes ser fatores ansiogénicos que podem, com essa preparação, ser minimizados.

Em contexto de CSP a educação para o exercício da parentalidade assume grande potencialidade, na medida em que conhecemos a família no meio em que está inserida.

Na UCC tive oportunidade de contactar com vários projetos que promovem a parentalidade, em particular o projeto de enfermagem para a parentalidade, que se

centra num processo dinâmico de aprendizagem das competências parentais na qual os pais são elementos participantes ativos, contribuindo para uma transição saudável. Este projeto é da responsabilidade do EESIP e do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e destina-se a grávidas (desde as 20 semanas de gestação), pai, mãe e crianças até aos 18 anos de idade.

Como estratégias de intervenção destaco os contactos individuais e as visitas domiciliárias durante a gravidez e após o nascimento; sessões temáticas em grupo; curso de recuperação física da mãe; e curso de massagem ao bebé. Este último curso é da responsabilidade do EESIP e é de cariz prático, uma vez que a mãe e o pai fazem a massagem ao seu bebé seguindo as instruções e exemplos dados num modelo. Pude constatar os benefícios fisiológicos e emocionais desta intervenção, em particular a promoção do vínculo entre o bebé e a mãe/pai e a ligação destes com o filho.

Também em contexto de SU pude promover uma filosofia de cuidados baseada na promoção da parceria de cuidados e na parentalidade. As tarefas inerentes para o cumprimento de ambos os objetivos acabam por ser, em grande parte, comuns, pois ao promover a ação dos pais como cuidadores estamos a facilitar a capacitação para um melhor papel parental. Tentei perceber a dinâmica familiar, respeitando as crenças e culturas de cada um; mantive uma postura de disponibilidade para a comunicação; admiti a presença dos pais em todos os procedimentos, após fornecer informação adequada sobre os mesmos, permitindo-lhes essa escolha; ensinei, instruí e treinei sobre a higiene, alimentação, eliminação, posicionamento, precauções de segurança e regime terapêutico durante a hospitalização, tornando os pais parte ativa dos cuidados.

Ainda indo de encontro ao estímulo da parentalidade, é competência do EESIP o apoio e promoção à amamentação. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os RN.

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas, quer a curto, quer a longo prazo, sendo que a *World Health Organization* (WHO) (2014) o recomenda como alimentação exclusiva até aos 6 meses de vida. O leite materno tem não só vantagens para o bebé, como também para a mãe e, até, para a sociedade.

A interação entre a mãe e o bebê é um dos fatores que influencia o sucesso do aleitamento materno, na medida em que a qualidade dessa interação facilita a adaptação para ambos. Contribuindo, também, para este sucesso e como refere Levi et al. (2012) é fundamental atuar nos três pontos de viragem em amamentação, correspondendo à intervenção nos períodos críticos: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte na amamentação.

Transversalmente a todos os contextos de estágio, promovi o aleitamento materno. No SU, no cantinho da amamentação que, como é adequado, é de uso exclusivo para as mães amamentarem os seus bebês, tive oportunidade de avaliar a mamada, corrigir pequenos erros na técnica utilizada, nomeadamente ao fazer o ensino de uma boa pega e esclareci as dúvidas que surgiram sobre o tema. Também em contexto de CSP esta preocupação foi constante, não só através das ações de educação integradas no projeto de enfermagem para a parentalidade, mas também aproveitando momentos de ações sobre outros temas, de forma oportuna, para realizar esse aconselhamento. No Serviço de Neonatologia, muitos RN não têm competências para mamar, seja pela sua situação clínica, seja pela sua imaturidade. Apesar disso, a alimentação com leite materno é, tal como já abordado neste relatório, incentivada. Uma das estratégias utilizadas é a existência de um cantinho da amamentação, onde as mães podem proceder à extração manual do leite. Como complemento aos ensinamentos feitos pela equipa de enfermagem, é-lhes fornecido um panfleto sobre a técnica da extração e existe bomba mecânica disponível. Nesse espaço existe um local onde podem colocar uma fotografia do seu bebê, como estímulo ao relaxamento e à produção de prolactina.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), um dos avanços mais marcantes em Pediatria foi o declínio das doenças infecciosas durante o século XX, devido à vacinação para doenças que se podem evitar. A redução da mortalidade é uma repercussão bem conhecida da vacinação. O PNV tem o objetivo de minimizar o impacto das doenças alvo na saúde da população, visando a erradicação de algumas dessas doenças e sendo um exemplo de boas práticas. É função do EESIP, em todas as CSIJ, promover o papel parental para a vacinação.

Assente na ideia de que a educação é um passo crucial para a adesão, promovi a vacinação aquando dos contactos com a criança e os pais, sempre que isso se afigurou adequado. Ensinei sobre as doenças abrangidas pelo PNV, nomeadamente sobre a sua história natural e de que forma as vacinas as previnem. Furneci informações sobre o calendário de vacinação, via de administração das vacinas e possíveis efeitos adversos das mesmas e sua abordagem. Avaliei a história da vacinação anterior da criança, nomeadamente história de efeitos adversos anteriores ou alergias e avaliei o estado atual da criança, em particular a presença de sinais de doença aguda como por exemplo febre, com vista a entender se as vacinas poderiam ser administradas naquele momento. Após a vacinação, verifiquei se existia agendamento para a administração da próxima vacina ou, nos casos em que isso não se aplicava a curto prazo, relembrei os pais de qual a altura da vida da criança em que seria aconselhado fazê-lo. Procurei, também, promover medidas não farmacológicas de controlo da dor, minimizando o impacto negativo deste procedimento.

Em contexto de CSP realizei a administração de um total de 13 vacinas. Segundo a DGS (2016), Portugal apresenta atualmente baixo risco de infeção por tuberculose. De acordo com as recomendações da WHO e da UNICEF (*United Nations Children's Fund*), recomenda-se a vacinação com vacina contra a tuberculose (BCG) apenas a crianças com idade inferior a 6 anos que estejam incluídas em grupos considerados de risco. A comunidade da USF onde estaguei é considerada como um desses grupos, pelo que tive oportunidade de vacinar 7 crianças. As restantes vacinas foram administradas numa instituição particular de solidariedade social, em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 18 meses de idade, de acordo com as vacinas recomendadas para cada idade. No Serviço de Neonatologia tive também oportunidade de realizar vacinação, ao administrar duas vacinas contra a Hepatite B.

A administração de qualquer medicamento, inclusive as vacinas, pode provocar reações adversas, locais ou sistémicas. Por ter identificado lacunas nos conhecimentos sobre esta temática, por parte dos cuidadores da instituição de solidariedade social onde realizei vacinação, realizei um poster sobre PNV e reações adversas das vacinas, que foi afixado na sala de enfermagem da mesma e que se encontra no apêndice 1.

Como explicado pela DGS (2017), as reações adversas podem ser graves, nomeadamente reações anafiláticas com possível risco de vida. Neste âmbito, tive presente os conhecimentos sobre os sinais e sintomas de reação anafilática, medidas de Suporte Básico de Vida (SBV) e garanti que tinha acesso a medicação de urgência, como por exemplo adrenalina, em cada vacinação. A realização dos registos vacinais no boletim de vacinas e no sistema informático foi tempo útil para vigiar as possíveis reações.

As CSIJ destinam-se ao seguimento da criança desde o nascimento até aos 18 anos de idade e têm como objetivos primordiais a promoção da saúde e a prevenção da doença.

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013, publicado pela DGS (2013), guia-se por linhas-mestras que facilitam e promovem os melhores cuidados: calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, criança e jovem; harmonização destas consultas com o esquema preconizado para o PNV, evitando deslocações adicionais à unidade de saúde; valorização dos cuidados antecipatórios, dotando os pais de mais conhecimentos para o exercício da parentalidade e da proteção dos direitos da criança; incentivo ao cumprimento do PNV; ter como foco a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; deteção e orientação de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança; apoio aos jovens na sua responsabilização e autodeterminação progressivas; trabalho em equipa, atendendo à complexidade das atuais necessidades em saúde, que requerem atuações interdisciplinares; articulação com estruturas, programas e projetos do setor da saúde e fora deste, que contribuam para o bem estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.

O EESIP deve ter a capacidade de orientar as CSIJ tendo por base os princípios acima referidos. Deve ter especial atenção ao desenvolvimento infantil adequado, ao papel parental e à vacinação, promovendo intervenções que levam a ganhos em saúde da criança e do jovem.

No contexto de CSP realizei 15 CSIJ: 2 consultas a RN (1ª consulta de vida), 4 consultas a crianças de 1 mês de idade e 1 consulta a crianças com 3, 4, 6 e 8 meses e 2, 3, 4, 6 e 7 anos.

Segundo defende a DGS (2013), o crescimento é um importante indicador do bem-estar e da saúde de uma criança ou jovem, sendo as curvas de crescimento um instrumento fundamental para o monitorizar. Nas consultas que realizei, efetuei avaliação dos dados antropométricos, da visão, da audição, da dentição, da tensão arterial e confirmei o cumprimento do PNV. Efetuei os registos no boletim individual de saúde e expliquei aos pais, quando necessário, o significado das curvas de percentis. Procurei reforçar que o crescimento é contínuo, mas dá-se por picos e períodos de latência, tendo cada criança o seu próprio ritmo de crescimento e sendo o mais importante o registo seriado.

O desenvolvimento psicomotor é um processo contínuo, mas dinâmico. A ordem pela qual surgem novas funções é constante, no entanto a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento dessas funções difere. O desenvolvimento psicomotor não é mensurável e, portanto, há necessidade de utilização de escalas de avaliação ou testes, para melhor avaliar esse desenvolvimento e detetar sinais de alarme, nos quais se possa intervir o mais precocemente possível.

Apliquei, nas consultas, como recomendado pela OE (2010), a escala de avaliação de Mary Sheridan, que integra os programas informáticos dos cuidados de saúde primários. Esta escala aplica-se em idades-chave desde os RN até aos 5 anos de idade e avalia: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. Estes parâmetros servem como padrões de referência para a normalidade, sendo que cerca de 90% das crianças terão adquirido as funções avaliadas para determinada idade.

Apesar da importância da utilização desta escala, mantive sempre em mente que o mais importante para um EESIP é manter o seu foco na observação da criança, nas questões por parte dos pais ou outros, como familiares e educadores e na existência de fatores de risco que possam comprometer um desenvolvimento psicomotor adequado.

Em todos os contactos com a família e a criança apresentei-me, transmiti um comportamento sem pressa e tentei posicionar-me fisicamente ao mesmo nível deles, proporcionando um ambiente acolhedor e de proximidade, dando abertura para a conversação e permitindo-me, também, estar mais atenta a mensagens não

verbais e à postura, tanto da criança como da família. A DGS (2013), afirma que a avaliação do desenvolvimento da criança deve ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e não apenas nas idades recomendadas. Neste sentido, prestei cuidados de enfermagem oportunos, ao ter aproveitado todas as oportunidades para fazer uma avaliação da criança, efetuar ensinamentos para a saúde e reforçar competências parentais.

Ainda no âmbito da promoção de saúde em consulta, efetuei ensinamentos de acordo com os cuidados antecipatórios, capacitando os pais para lidarem com problemas previsíveis. Alguns dos temas abordados por mim nas consultas, e adaptando-os a cada idade, foram: alimentação; brincadeira e atividades de lazer; medidas de segurança; saúde oral; prática de exercício físico e adaptação social ao infantário/escola.

### ***Competências desenvolvidas:***

*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*

*Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da Especialidade em ESIP.*

### ***Objetivos:***

- Conhecer a assistência de enfermagem na área da Saúde Escolar;
- Conhecer os diferentes grupos de trabalho que integrem o EESIP.

### ***Atividades:***

- Acompanhei o EESIP em ações de educação para a saúde em contexto escolar;
- Realizei ações de educação para a saúde;
- Assisti às reuniões do NACJR e da ELI;
- Assisti crianças em situações de maus tratos;
- Assisti crianças em situação de urgência/emergência psiquiátrica.

### ***Fundamentação e reflexão:***

Em Portugal, a Saúde Escolar teve início em 1901, tendo sofrido várias reformas na tentativa de se adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes.

A carta de Ottawa de 1986 constituiu um marco importante nas questões de promoção da saúde com o reconhecimento de que a saúde é gerada e vivida no seu contexto de vida diária: na escola, no trabalho e nos locais de lazer. Assim, ao longo de todo o ciclo escolar (3 aos 18 anos) a saúde das crianças e jovens é profundamente influenciada pelo local onde crescem, aprendem e se desenvolvem.

No Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), a DGS (2015) defende que a Saúde Escolar deve estar preparada para os grandes desafios da atualidade, que exigem uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a fim de ajudar as crianças e jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde. A maior parte dos problemas de saúde e comportamentos de risco associados ao ambiente e aos estilos de vida pode ser significativamente reduzida ou prevenida através de programas de Saúde Escolar efetivos. Ainda segundo o mesmo autor, estudos de avaliação custo-efetividade destas intervenções têm demonstrado que 1€ gasto na promoção de saúde representa 14€ ganhos em serviços de saúde no futuro.

Portugal integra, desde 1994, a rede europeia das escolas promotoras de saúde, numa parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação. Crianças saudáveis aprendem de forma mais eficaz e a educação tem um papel preponderante na literacia para a saúde, influenciando-a positivamente. Assim, numa perspetiva holística de intervenção de Saúde Escolar, o PNSE, estrutura-se em 6 eixos de intervenção, dos quais destaco a capacitação. Capacitar é, não só dar informação de saúde para que a compreendam, mas sim criar condições e fornecer as ferramentas para que os alunos desenvolvam as suas potencialidades.

Os CSP são responsáveis pela implementação dos programas de Saúde Escolar, através das UCC e as ações de educação para a saúde são planeadas pelo EESIP em conjunto com o enfermeiro de saúde comunitária e em parceria com o agrupamento escolar (de acordo com o PNSE), traçando, em conjunto, um plano

de ação. Neste contexto, tive oportunidade de acompanhar o EESIP em ações de educação para a saúde: duas sobre educação para os afetos e sexualidade, a adolescentes do 8º ano; e duas ações sobre saúde oral, com crianças do ensino pré-escolar e do 4º ano. Estas ações, interativas e com avaliação de conhecimentos, foram realizadas por alunas da licenciatura em enfermagem, sob supervisão do EESIP.

Os temas abordados estão incluídos nas recomendações presentes no PNSE 2015. Segundo a WHO (2006), a sexualidade define-se como um aspeto central do ser humano ao longo da vida, abrangendo sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Educar sobre sexualidade é essencial e deve começar no pré-escolar, preparando os alunos para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais e promovendo a redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências.

A saúde oral é parte integrante da saúde como um todo e é essencial para o bem-estar, para a qualidade de vida e para a convivência social. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral intervém na promoção da saúde e prevenção e tratamento das doenças orais. Este programa inclui medidas como o incentivo à escovagem dos dentes, aconselhando que sejam feitas pelo menos duas escovagens diárias e que, uma delas, seja feita no Jardim de Infância e no 1º ciclo do Ensino Básico, facto que verifiquei aquando de uma das minhas visitas, em que as crianças estavam a escovar os dentes após o almoço. Este programa potencia também a acessibilidade a cuidados dentários a crianças e jovens que deles necessitem, através da atribuição de cheques-dentista, em idades chave.

Novamente no contexto do projeto de enfermagem para a parentalidade na UCC, assisti aos cursos de educação parental subordinados aos temas: massagem ao bebé, amamentação, amamentação e regresso ao trabalho, choro do bebé, estratégias de desenvolvimento infantil no 1º ano de vida, banho do bebé e prevenção de acidentes. Participei num workshop de almofadas para bebés, onde auxiliei na preparação da sessão e durante as atividades práticas da mesma. Pude perceber que os cursos inseridos neste projeto são de grande utilidade para os pais, quer na preparação pré-natal, como após o nascimento da criança. Capacitam

os futuros pais para a chegada de um novo elemento à família, promovendo a confiança nos seus conhecimentos e habilidades e momentos de discussão e convívio entre os vários presentes. Destaco, também, a importância da presença do pai nestes cursos como elemento participante ativo.

Realizei ainda uma sessão, inserida neste projeto, com o tema “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”, onde foram abordados os problemas mais frequentes dos bebés durante o primeiro ano de vida, com o intuito de capacitar os pais para a atuação aquando dessas situações. O planeamento desta ação de formação encontra-se no apêndice 2. Elaborei, também, um panfleto de divulgação dos cursos de educação parental, para serem distribuídos aos pais na USF e um poster para sinalizar a sala do cantinho da amamentação da UCC, apêndices 3 e 4, respetivamente. Ainda neste seguimento realizei um poster sobre as vantagens da amamentação, que foi afixado neste espaço e que se encontra no apêndice 5, onde evidencio a importância do pai neste processo.

Os maus tratos em crianças e jovens constituem um fenómeno complexo na sociedade contemporânea, tratando-se de um problema à escala mundial. A Constituição da República Portuguesa (artigo 69º) atribui ao Estado e à sociedade deveres na promoção e proteção das crianças e jovens, sendo considerados grupos sujeitos a maiores riscos. Neste sentido, é da responsabilidade de todos os que lidam com crianças e jovens, nos diferentes contextos em que estão inseridas, a proteção no limite máximo na sua esfera de ação, face às diversas formas de maus tratos e negligência.

A DGS (2007) criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, tendo sido gerada uma rede de núcleos de apoio no SNS, tanto nos Centros de Saúde (NACJR), como nos hospitais (Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco). Estes núcleos assentam em pilares de preservação da segurança das crianças e promoção do seu desenvolvimento, obtendo-se, assim, mais ganhos em saúde nas crianças e jovens.

No local onde desenvolvi o meu estágio de CSP, o NACJR é constituído por uma equipa que integra um EESIP, um médico, um psicólogo e um assistente social, que reúnem semanalmente para discussão dos casos sinalizados.

Tive oportunidade de estar presente numa dessas reuniões, onde assisti à discussão de um caso de negligência a uma criança de 2 anos, por incumprimento das CSIJ e das consultas hospitalares de especialidade. Este caso não foi solucionado apenas no NACJR, tendo sido referenciado à posteriori à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), por continuação da negligência, apesar da intervenção da equipa.

Não só a proteção da criança e a sua segurança são focos importantes para o EESIP, mas também o seu desenvolvimento harmonioso com a plenitude das suas funções e competências. Neste sentido, existe o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que deteta e sinaliza todas as crianças, entre os 0 e os 6 anos de idade, com risco de alterações nas funções ou estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento.

A intervenção nestas crianças é feita através da ELI e carece de uma avaliação inicial, onde se utiliza o método arena, que consiste em colocar a criança a brincar, e observar o seu comportamento, desenvolvimento físico e cognitivo, podendo esta avaliação ser da responsabilidade do EESIP ou de outro membro da equipa. Após esta avaliação é definido um plano individual de intervenção precoce, em função das necessidades e do contexto familiar de cada criança, de modo a prevenir ou reduzir os riscos da criança, apoiando as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, saúde e educação e assegurando, desta forma, a proteção dos direitos das crianças e o pleno desenvolvimento das suas capacidades.

No estágio na UCC assisti a duas reuniões da ELI, sendo esta uma equipa multidisciplinar que engloba dois EESIP, um assistente social, um médico de Medicina Geral e Familiar, um psicólogo e dois terapeutas. A maioria dos casos dos quais presenciei as reuniões eram casos de crianças com espectro de autismo, atraso de desenvolvimento da linguagem e alterações comportamentais, nos quais as intervenções foram feitas, essencialmente, no jardim infantil. Apesar de não ter presenciado nenhuma destas intervenções no local, tive oportunidade de tomar conhecimento sobre algumas delas e discutir esses casos com a minha orientadora de estágio, uma vez que era quem estava nomeada como gestora de caso, tendo desta forma a oportunidade de perceber a dinâmica dessas intervenções. Percebi,

assim, a importância do papel do EESIP na detecção destas situações, permitindo uma intervenção precoce e promovendo a qualidade de vida e inclusão social destas crianças.

Ainda no contexto dos maus tratos e em contexto hospitalar, assisti à triagem de dois irmãos, de 8 e 11 anos, que chegaram ao SU acompanhadas por uma técnica da escola e por agentes da autoridade, após terem sido detetados sinais de maus tratos físicos (hematomas e fraturas) e psicológicos (postura assustada e visível ansiedade). Nesta situação foi ativado o Ministério Público e foram internadas, não pelos danos físicos de que padeciam, mas sim para proteção das crianças em relação aos agressores. Ficaram internadas no serviço onde exerço funções, o que me permitiu acompanhar o desenvolver da história e o seu desfecho. Foram observadas no Instituto de Medicina Legal e tiveram acompanhamento de pedopsiquiatria, tendo sido institucionalizadas aquando da alta.

No SU, efetuei uma lavagem gástrica com carvão ativado a um adolescente após tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa; presenciei uma emergência psiquiátrica, com um adolescente de 14 anos que foi levado ao SU por tentativa de homicídio para com a avó e que, na sua permanência no local, teve um episódio de agitação psicomotora com necessidade de contenção física e administração de medicação sedativa e antipsicótica, tendo sido encaminhado para a urgência pedopsiquiátrica da área geográfica em questão; e triei um adolescente de 16 anos que foi levado pela mãe por anorexia nervosa.

Estes últimos casos fazem-me refletir sobre o papel do EESIP na área da saúde mental e, em particular, sobre os problemas do comportamento da adolescência. Segundo Matos et al. (2013), são várias as perturbações mentais em crianças e jovens, incluindo ansiedade, depressão, problemas de comportamento, perturbações alimentares, perturbações de hiperatividade com *deficit* de atenção, perturbações psicóticas e perturbações do espectro do autismo. Estas perturbações comprometem, frequentemente, o sucesso escolar e as relações interpessoais, conduzindo, por vezes, a comportamentos de risco como o abuso de substâncias e, em alguns casos, culminando em suicídio. É, portanto, da competência do EESIP, estar atento a sinais e comportamentos que possam

suscitar a suspeita de doença mental, bem como diagnosticar e intervir precocemente nestas situações, na tentativa de evitar danos maiores.

### ***Competências desenvolvidas:***

*Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;*

*Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da Especialidade em ESIP;*

*Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.*

### ***Objetivos:***

- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na assistência à criança e família;
- Integrar na prática dos cuidados os princípios que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

### ***Atividades:***

- Refleti sobre a prática de cuidados de enfermagem, tendo em conta a evolução dos mesmos;
- Pratiquei cuidados de enfermagem com respeito pelos princípios éticos, pelo código deontológico e pelas leis que regem a profissão.

### ***Fundamentação e reflexão:***

A sociedade encontra-se em permanente evolução. A enfermagem, enquanto disciplina, influencia e é influenciada pelas mudanças na sociedade. Em particular no que diz respeito aos cuidados da criança, estes foram sofrendo alterações muito significativas com o passar dos séculos.

Atualmente, a criança tem um lugar de atenção, destaque e grande importância, não só para as famílias como para a sociedade de forma global. Contudo, nem

sempre foi assim e, antigamente, existia uma cultura de indiferença para com as particularidades da criança e de despreocupação para com o seu bem-estar.

Um exemplo desta diferença nos cuidados é o acompanhamento que é proporcionado às crianças por parte dos pais aquando de uma hospitalização. Quando iniciei a minha atividade profissional, os pais não estavam autorizados a permanecer durante a noite no serviço. Hoje, felizmente, com as alterações legais implementadas e com a evolução da cultura dos cuidados, os cuidadores podem estar presentes durante as 24h do dia com a criança. Isto tem um grande impacto na diminuição da angústia da separação, inerente a qualquer criança que se veja, de repente, num meio estranho e sem as suas figuras de vinculação. As famílias são, agora, parte ativa dos cuidados à criança e não meros espectadores e são, também, alvo do meu cuidado enquanto enfermeira, algo que não se verificava no passado.

As referidas hospitalizações eram, antigamente, em hospital de adultos, partilhando as enfermarias com estes. Atualmente as crianças ficam internadas em enfermarias de Pediatria e existem, até, hospitais exclusivamente pediátricos. Esta evolução permite a prestação de cuidados específicos e mais adequados a cada faixa etária. Também os espaços são adequados, com pinturas das paredes e existência de salas de brincar, para que, dentro do impacto negativo da doença, a mesma possa ser mais facilmente ultrapassável.

Nos primórdios da disciplina de enfermagem, os enfermeiros tinham conhecimentos rudimentares, com uma prática baseada no conhecimento médico. Era uma enfermagem centrada em tarefas e não no cuidado global ao doente. A formação dos enfermeiros mudou drasticamente, tendo crescido com o passar dos anos. Na atualidade, são profissionais com um grande nível educacional, aos quais é exigida uma contínua formação, aprendizagem e renovação dos conhecimentos, com vista a intervenções autónomas baseadas na melhor evidência científica e de uma forma completa à criança e família.

A evolução das sociedades, do conhecimento e da tecnologia levou a uma mudança no paradigma das doenças. Antigamente, as taxas de mortalidade infantil eram elevadas e as crianças morriam, essencialmente, com doenças infecciosas. Hoje temos à disposição das nossas crianças um enorme conjunto de terapêuticas

que permitem curar as crianças de doenças, outrora, incuráveis. A OE (2015) refere, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, que a enfermagem se confronta com difíceis desafios decorrentes da situação atual das crianças no nosso país. Os acidentes são frequentes, decorrendo em incapacidades temporárias e permanentes. Existe um grande número de crianças abandonadas ou negligenciadas, com o impacto psicológico a isso inerente. São comuns as crianças com deficiência ou em risco de atraso de desenvolvimento e o aumento da doença crónica e da esperança de vida suscitam necessidade de cuidados continuados e paliativos pediátricos. Também a gravidez na adolescência, com consequente maternidade/paternidade precoce, o aumento de doenças sexualmente transmissíveis, o sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, comportamentos aditivos e perturbações emocionais são definidores deste padrão de doença atual com a consequente adaptação da filosofia do cuidar da criança e do jovem.

Em todos os contextos de estágio mantive uma preocupação ativa com a componente ética dos cuidados, sendo que todas as intervenções que realizei tiveram em conta a preocupação com a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana. Respeitei os valores universais na relação profissional, defendidos na Lei n.º 156/2015, onde se publica o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: igualdade, liberdade, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional. Respeitei os valores humanos, ao cuidar de todas as crianças e famílias sem qualquer tipo de discriminação (económica, social, política, ética, ideológica ou religiosa) e sem juízos de valor pelas suas crenças, atitudes ou decisões.

Não só respeitei os valores éticos e os princípios deontológicos acima mencionados como respeitei as leis que regem a minha profissão, nomeadamente no que concerne ao respeito pelo sigilo e ao pôr em prática o consentimento informado para os cuidados de enfermagem, seja em forma escrita ou verbal.

## 3.2. Domínio da Formação

Segundo a OE (2012) o enfermeiro deve adotar uma postura de reflexão para com as suas práticas, procurando, a cada momento, identificar necessidades formativas, colmatando-as à posteriori, com o intuito de uma melhoria contínua da sua assistência. Deve rever de forma frequente os cuidados que presta, numa postura de responsabilidade pela sua própria aprendizagem e deve, também, contribuir para o desenvolvimento profissional dos seus pares, aproveitando as oportunidades para atuar como tutor eficaz, mas também aprendendo com eles.

### ***Competências desenvolvidas:***

*Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.*

### ***Objetivos específicos:***

- Promover o meu crescimento pessoal e profissional.

### ***Atividades:***

- Promovi a discussão entre pares, proporcionando momentos de aprendizagem mútua;
- Realizei autoavaliação em cada contexto de estágio;
- Participei no *12th International Seminar on Nursing Research*.

### ***Fundamentação e reflexão:***

A formação constrói-se através de um trabalho de reflexão crítica sobre as nossas práticas e experiências. A acumulação de informação deve ser encarada não como a construção da formação em si, mas sim como uma base para a reflexão e consequente aprendizagem. Neste contexto, Macedo (2012), defende que a reflexão constitui um meio que permite aos enfermeiros repensar as ações,

reconstruindo-as e possibilitando a aquisição de novos significados e modos de agir.

Na sociedade atual é inquestionável a necessidade de um desenvolvimento profissional contínuo. Pinheiro et al. (2014), defende que este desenvolvimento engloba processos de reflexão, interação com o meio e colaboração, visando a permanente renovação pessoal e profissional. Assim, segundo Roldão (2007), citado por Pinheiro et al. (2014), é preciso dar primazia à partilha, confronto de ideias e reflexão conjunta, em detrimento de posturas individualistas.

Neste sentido, ao longo dos vários contextos de estágio, procurei ter uma postura de reflexão sobre o meio que me envolvia. Mantive um olhar atento sobre a prestação de cuidados, procurando absorver novos conhecimentos, através dos colegas com maior experiência nas respectivas áreas dos cuidados. Promovi, sempre que assim tive oportunidade, diálogo com os colegas, proporcionando momentos de discussão de ideias, troca de opiniões e, conseqüentemente, aquisição de novos conhecimentos.

No contexto da aprendizagem, as passagens de turno são exemplos de referência, ao permitirem não só a troca de ideias entre profissionais, como também pela oportunidade que representam de identificar necessidades formativas do próprio, dando o mote para a pesquisa sobre essas necessidades, com vista a colmatar as carências nos conhecimentos e exponenciar o desenvolvimento profissional.

Também os momentos de autoavaliação dos diferentes contextos de estágio foram uma oportunidade de crescimento pessoal, ao permitirem pôr em perspectiva a assistência que realizei e as competências que desenvolvi ao longo dos estágios. Assim, pude aferir acerca do cumprimento ou não dos objetivos a que me propus e concluir quais as áreas do meu conhecimento que se encontravam mais carenciadas e que, *à posteriori*, pude aprofundar.

Ainda com o intuito de um melhor desenvolvimento pessoal e profissional, a frequência de ações de formação é uma oportunidade única de aquisição de conhecimentos, pela oportunidade de vermos expostos, por peritos em determinadas áreas, as informações mais relevantes sobre as mesmas. No decorrer deste Mestrado frequentei o *12th International Seminar on Nursing Research*, na Universidade Católica Portuguesa, nos dias 3 e 4 de maio do

presente ano. Este seminário foi aberto à participação de estudantes de enfermagem e enfermeiros, que quiseram partilhar os seus projetos de investigação, metodologias e resultados e criou oportunidade para discussão de temas pertinentes na prática de enfermagem.

### ***Competências desenvolvidas:***

*Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*

*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros;*

*Identificar as necessidades formativas na área da Especialidade em ESIP;*

*Promover a formação em serviço na área de Especialidade em ESIP.*

### ***Objetivos específicos:***

- Promover a formação de pares, mediante as necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio.

### ***Atividades:***

- Identifiquei necessidades formativas da equipa de enfermagem;
- Realizei uma ação de formação sobre SBV ao grupo de pares.

### ***Fundamentação e reflexão:***

A formação é um processo bidirecional. Em todos os domínios das nossas vidas estamos, constantemente, em aprendizagem com aqueles que nos rodeiam e, também estes, aprendem connosco, num processo de partilha mútua. Durante o estágio final deste Mestrado, não só eu adquiri conhecimentos e aptidões, como também tive oportunidade de transmitir alguns dos meus saberes.

Em contexto de CSP, foi identificado que existia uma necessidade premente, por parte dos profissionais, de adquirir e aprofundar competências na área do SBV Pediátrico. Deste modo, em conjunto com outra colega deste Mestrado, que

também realizou o seu estágio na mesma UCC que eu, realizei, num período que se afigurou como mais adequado, uma formação ao grupo de pares sobre este tema, que se encontra no apêndice 6. A emergência pediátrica tem especificidades muito díspares em relação à emergência em adultos e é fulcral que os profissionais de saúde estejam preparados para uma resposta adequada. Dada a grande afluência de crianças à UCC, o tema desta formação foi de extrema importância, tendo permitido melhorar a prestação dos cuidados por parte dos formandos (como verificado com os questionários de avaliação de conhecimentos antes e após a sessão), mas também as minhas próprias competências na área, pela revisão que fiz sobre o tema, tendo-o, agora, mais presente.

### 3.3. Domínio da Gestão

Segundo a OE (2015), no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, um “Enfermeiro Gestor” é um enfermeiro que apresenta um conhecimento efetivo da disciplina, da profissão e da gestão em enfermagem. É um enfermeiro que tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e que garante o cumprimento dos padrões de qualidade no que concerne à organização dos cuidados. É o determinante do desenvolvimento profissional, não só técnico e científico, como também relacional, da sua equipa, da existência de ambientes favoráveis à prática e da qualidade global do serviço fornecido ao utente.

#### ***Competências desenvolvidas:***

*Zelar pelos cuidados prestados na área de Especialidade em ESIP;*

*Realizar a gestão dos cuidados na área de Especialidade em ESIP.*

#### ***Objetivos específicos:***

- Conhecer as estratégias de gestão de cuidados e de recursos dos serviços, bem como os métodos de organização do trabalho.

### **Atividades:**

- Prestei cuidados baseados em princípios de qualidade e segurança;
- Participei na gestão de recursos humanos e materiais;
- Conheci os diferentes métodos de trabalho utilizados.

### **Fundamentação e reflexão:**

Segundo Magretta (2002) “*A capacidade humana de gerir, de organizar com vista a um fim, é uma característica da nossa espécie. (...) Onde quer que as nossas necessidades excedam os nossos recursos, precisamos da gestão.*” Fernandes (2014) afirma que a governação em saúde não é exceção, assumindo um papel decisivo na organização dos serviços e das unidades prestadoras de cuidados e contribuindo para uma melhoria global da qualidade clínica, da gestão do risco e da segurança dos doentes.

Os conceitos de gestão, saúde e enfermagem estão intimamente ligados ao facto de os hospitais e serviços terem como razão de ser: o doente, a família e o atendimento das suas necessidades. O importante no final é acrescentar valor aos serviços prestados, e com os recursos disponíveis fazer o possíveis por otimizar os resultados, satisfazendo uma necessidade que é social e cumprindo com o objetivo primordial da gestão na nossa área de atuação – mais valor em saúde.

Segundo o *International Council of Nurses* (2015), os enfermeiros são o grupo profissional que mais promove melhorias na eficiência dos cuidados, resultando num atendimento de qualidade. Entendem a interação dos doentes/família com os outros profissionais, pelo que têm um papel importante no planeamento da tomada de decisão e no desenvolvimento de políticas de saúde apropriadas.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a qualidade e a segurança no sistema de saúde são obrigações de uma sociedade. A qualidade na saúde é estabelecida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis. Engloba a prestação de cuidados adequados às necessidades e consegue a adesão e satisfação do cidadão, correspondendo às suas expectativas.

No decorrer do estágio consultei os manuais e protocolos dos contextos onde estagiei, bem como os guias orientadores de boa prática dos cuidados de enfermagem, da OE, zelando por cuidados baseados em princípios de qualidade e segurança.

A gestão dos cuidados é feita de diferentes formas mediante as necessidades dos serviços e utentes aos quais se prestam os cuidados. Em contexto de CSP o método de trabalho é um método de responsável, em que o EESIP é um enfermeiro de referência para aquele utente. Segundo Campos e Domitti (2007) o profissional de referência tem a responsabilidade por conduzir o caso individual, familiar ou comunitário, de uma forma longitudinal, ao longo do tempo. Constatei que, na USF, o enfermeiro de família cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados transversais às diferentes fases da vida do indivíduo e da família, atuando ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

No Serviço de Neonatologia, os cuidados são prestados segundo o método individual, que, como refere Pinheiro (1994), citado por Costa (1999), consiste num cuidado global do enfermeiro a um único doente ou grupo de doentes, responsabilizando-se por todas as tarefas inerentes ao cuidado da pessoa. Este método permite uma abordagem holística da criança e um maior contacto com a mesma e a sua família.

No SU tive oportunidade de perceber o método de trabalho de equipa, em que cada equipa é liderada por um EESIP, que, segundo Costa (1999) assume uma posição de maior responsabilidade, na avaliação das crianças, planeamento dos cuidados e supervisão dos mesmos, ajudando a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las da melhor forma.

Em todos os contextos de estágio, os enfermeiros gestores (chefes) delegavam uma parte importante das tarefas de gestão dos cuidados ao EESIP. O EESIP tem um abrangente conhecimento das necessidades, competências, capacidades e talentos da restante equipa e utiliza este conhecimento no planeamento diário das atividades a fim de coordenar o conjunto de cuidados.

Em contexto de CSP, tanto na UCC como na USF os EESIP que me orientaram no estágio, desempenham funções de enfermeiro gestor. São responsáveis pelo planeamento, implementação e avaliação dos projetos em que estão inseridos.

Pude acompanhar o EESIP nas tarefas de gestão dos recursos de tempo e de materiais como por exemplo o meio de transporte para as sessões de Saúde Escolar, a organização de sessões de vacinação em instituição de solidariedade social ou a utilização da sala de reuniões para a realização das sessões de educação para a saúde.

No Serviço de Neonatologia, o EESIP que me orientou no estágio tinha frequentemente as funções de responsável de turno. Acompanhei-o na elaboração do plano de cuidados para cada turno, que tinha sempre em conta a complexidade dos cuidados de cada RN e a experiência dos enfermeiros presentes, ou seja, aos enfermeiros com mais experiência eram atribuídas crianças com necessidades de cuidados mais complexas. Em alguns turnos houve necessidade de gestão de vagas, com mobilização de crianças da unidade de cuidados intensivos para a unidade de cuidados intermédios ou para outras unidades e, nos casos em que foi necessário, foi da nossa responsabilidade assegurar o transporte das crianças e todos os procedimentos burocráticos inerentes à transferência, como documentação ou medicação necessária ao transporte. A gestão de materiais é uma constante neste tipo de cuidados, com necessidade de mobilizar ventiladores, máquinas perfusoras, incubadoras, entre outros equipamentos, de acordo com os diagnósticos e necessidades dos RN. Também a responsabilidade de assegurar a medicação e outro tipo de material necessário para a prestação de cuidados foi uma tarefa em que pude auxiliar, nomeadamente com a verificação de *stocks* e contacto com a farmácia.

Neste contexto de estágio presenciei um caso que exemplifica as dificuldades com que um EESIP se depara com a gestão dos cuidados, espaços e material. Dois RN prematuros, gémeos, que se encontravam internados no Serviço de Neonatologia tiveram de ser separados. Um dos RN estava já clinicamente estável e foi transferido para outra instituição, por necessidade da vaga para internamento de um outro RN que se encontrava em situação crítica. Foi uma situação difícil para os pais das crianças, que se viram com dois filhos RN, em situação de doença, em diferentes instituições e foi papel da equipa de enfermagem fornecer o suporte necessário para minimizar o impacto para os pais desta situação, nomeadamente através de valorizar o facto de que se o seu filho tinha condições para a transferência era porque a sua situação clínica se encontrava estabilizada e

informando-os acerca dos motivos que levaram a esta decisão, de modo a que melhor a compreendessem e aceitassem. Apesar de difíceis são situações necessárias, com vista ao cumprimento dos princípios de igualdade na prestação dos melhores cuidados a quem deles necessita a cada momento.

Em contexto de urgência a EESIP que me orientou é responsável pela gestão dos recursos humanos e materiais. Realiza os planos de distribuição dos elementos da equipa, por diferentes sectores da urgência, para os turnos seguintes e é quem decide qual o elemento da equipa que vai, por exemplo, ausentar-se para acompanhar uma criança numa transferência, responsabilizando-se, também, pelo transporte da criança e respetiva documentação. Em todos os turnos da manhã auxiliei-a na verificação da sala de emergência, nomeadamente no que concerne à medicação, material e seu funcionamento, como aspiradores, saídas de ar, oxigénio, insufladores e desfibrilhadores, deixando a sala com todos os recursos necessários para atuação em caso de emergência.

A atuação na sala de emergência é de um cariz muito particular pela necessidade de uma organização e comunicação eficaz para a prestação de cuidados coordenados e imediatos, que dependem de uma gestão adequada. Apreciei a rapidez com que a equipa se distribuiu por cada posto de trabalho, a liderança eficaz por parte do enfermeiro a quem cabe essa responsabilidade, a articulação entre as várias especialidades necessárias aos cuidados e a distribuição de tarefas por cada um, de modo a que cada profissional sabe o que deve fazer a cada momento. Dando resposta à necessidade de manter as famílias informadas no decorrer dos cuidados, destaco a celeridade e a forma humana e de atenção, numa situação de morte eminente, com que essa informação foi transmitida por parte do médico e do EESIP, que informaram acerca da situação clínica das crianças e dos cuidados que estavam a ser prestados.

### ***Competências desenvolvidas:***

*Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de Especialidade em ESIP;*

*Exercer supervisão do exercício profissional na área de Especialidade em ESIP;*

*Colaborar na integração de novos profissionais.*

### ***Objetivos específicos:***

- Conhecer a dinâmica dos diferentes serviços;
- Compreender o papel do EESIP enquanto líder e supervisor de equipas.

### ***Atividades:***

- Visitei os serviços em visita guiada pelos EESIP que me orientaram no estágio;
- Consultei os protocolos existentes nos contextos de estágio;
- Observei as técnicas de liderança e de supervisão dos EESIP;
- Refleti sobre o processo de integração de um novo profissional.

### ***Fundamentação e reflexão:***

A OE (2001), refere-se à pessoa como um ser único, referindo que toda a pessoa interage com o ambiente, modificando-o e sendo influenciada por ele. Na prática de enfermagem o enfermeiro tem de focar a sua intervenção na interdependência pessoa/ambiente do utente, mas também ele próprio tem um conjunto de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto do ambiente onde vive e se desenvolve e que podem interferir com os cuidados prestados.

Percebe-se, então, a importância dos ambientes da prática. Segundo Lake, (2002), citado por Jesus et al., (2015), as definições de ambientes da prática que reúnem mais consenso são as que retratam um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática de enfermagem. Aiken et al., (2002) e Estabrooks et al. (2005), citados por Jesus et al., (2015) defendem que ambientes de trabalho onde são promovidas boas relações entre diferentes profissionais, onde

são dadas condições adequadas para o desempenho das tarefas e onde há reconhecimento do trabalho dos enfermeiros levam a uma maior satisfação da classe o que se traduz em resultados mais favoráveis para os utentes.

Tal como refere Baumann (2007), os cuidados de enfermagem representam a maioria dos cuidados de saúde em quase todos os países, chegando a representar 80% desses cuidados. Independentemente do país ou do tipo de trabalho desempenhado, os enfermeiros são profissionais que prestam cuidados holísticos, com o foco centrado no cuidado integral à criança e família, assumindo a responsabilidade de todos os cuidados de enfermagem prestados. Quando os recursos (materiais ou humanos) não são suficientes há um conflito nessa prestação de cuidados.

A liderança eficaz de uma equipa é fundamental para promover bons ambientes de prática, prevenir o *burnout* dos profissionais e, conseqüentemente, prestar melhores cuidados aos utentes. A liderança está intimamente relacionada com a supervisão do exercício profissional dos enfermeiros. Proctor (1998) defende que o propósito central da supervisão é melhorar os cuidados aos utentes, trazendo, ao mesmo tempo, benefícios para os profissionais de saúde. O mesmo autor defende que é uma relação de trabalho entre o supervisor e o profissional que permite ao enfermeiro refletir sobre ele mesmo e receber feedback e acompanhamento apropriado. A supervisão deve ser encarada como um relacionamento para trabalhar as fraquezas e salientar as qualidades, identificar necessidades pessoais e promover o desenvolvimento de competências.

No seguimento do que defende Proctor (1998), os elogios são universalmente importantes e o feedback positivo é um grande motivador para a perpetuação de uma boa prática. Tal como já referi, a atuação na sala de emergência no SU foi um grande exemplo de uma liderança eficaz e, também, de um reforço positivo adequado, com um elogio a toda a equipa, por parte do enfermeiro que a liderou, no final da emergência, sendo uma importante fonte de motivação para todos os colegas.

É, também, função de um enfermeiro que lidera uma equipa, a gestão dos conflitos. Estes são inerentes à condição humana e, se bem geridos, podem até ser positivos, se tidos como um estímulo para a criação de soluções para determinado problema.

Assim, o enfermeiro que lidera a equipa deve procurar conhecer as causas desse conflito, geri-lo em conjunto com a equipa, mas não o reprimir. A comunicação adequada e a partilha de informação entre os elementos da equipa promovem aprendizagem e são relevantes para a prevenção e gestão destes conflitos, bem como para uma liderança e supervisão eficazes.

Um novo elemento numa equipa precisa de tempo e apoio para perceber a dinâmica do serviço, a organização dos cuidados, para conhecer os seus pares e criar laços que lhe permitam desenvolver boas relações profissionais. Em todos os contextos de estágio foi-me proporcionada uma visita guiada pelo espaço físico dos serviços, fui apresentada aos vários elementos da equipa multidisciplinar e foram-me fornecidas informações sobre os circuitos internos dos serviços e a sua articulação com outros recursos. Consultei os protocolos dos serviços e os projetos existentes nos mesmos, o que me ajudou a compreender as suas dinâmicas.

Apesar de não ter tido oportunidade de participar na integração de nenhum novo profissional nem de liderar uma equipa, reconheço a importância de uma integração adequada no serviço e pude observar o cuidado por parte de todos os colegas e, em particular, do enfermeiro gestor, no apoio prestado para a minha integração e dos elementos mais novos da equipa.

Não tendo desenvolvido, de forma autónoma, atividades de gestão de recursos humanos, supervisão e liderança de equipas, considero que possuo essas competências, devido à minha experiência profissional, pelo que não o considero uma lacuna na minha aprendizagem.

### 3.4. Domínio da Investigação

A OE (2006), afirma que a investigação em enfermagem é um processo que procura incrementar o conhecimento da disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para o benefício dos utentes, família ou comunidade. Engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado à pessoa ao longo de todo o ciclo vital. O conhecimento adquirido pela investigação em

enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados de saúde.

### **Competências desenvolvidas:**

*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 área de Especialidade em ESIP;*

*Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.*

### **Objetivos específicos:**

- Ler informações e resultados de investigação de forma crítica;
- Aplicar os conhecimentos adquiridos à prática assistencial.

### **Atividades:**

- Promovi a discussão construtiva sobre os cuidados prestados;
- Procurei informação em fontes bibliográficas credíveis;
- Refleti de forma crítica sobre os resultados da pesquisa;
- Apliquei as conclusões obtidas à minha prática assistencial.

### **Fundamentação e reflexão:**

A prática baseada na evidência teve origem, segundo Galvão et al., (2004), no trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane. O seu desenvolvimento ocorreu paralelamente ao desenvolvimento do acesso à informação e o avanço tecnológico desta época possibilitou intensificar o acesso aos resultados da pesquisa e o desenvolvimento da própria metodologia da pesquisa.

Como refere a OE (2006), a enfermagem, tal como todas as outras disciplinas, precisa de produção e renovação constante dos seus conhecimentos, o que só é possível com a investigação. Os resultados da investigação em enfermagem aumentam a relevância dos cuidados, ao contribuírem para um maior rigor, qualidade e segurança dos mesmos. Estes resultados fornecem as informações necessárias para que, de forma integrada com a experiência clínica e as expectativas do doente, possa ser tomada uma decisão quanto aos melhores cuidados.

Segundo a OE (2011), a tomada de decisão orienta o enfermeiro no exercício profissional autónomo. Com esta tomada de decisão e posterior implementação das intervenções o enfermeiro está a incorporar na prática os resultados da investigação. Depreendemos, então, que não é suficiente a realização da pesquisa na investigação, mas também o acesso aos seus resultados, por forma a que todos os profissionais possam melhorar a prestação dos seus cuidados e praticar uma enfermagem baseada na melhor evidência disponível a cada momento.

O mote para a investigação e, conseqüentemente, para a excelência dos cuidados, é dado apenas quando surgem questões relativamente a esses cuidados. Só com um olhar atento e crítico sobre as práticas, questionando-as e refletindo sobre elas, é que o enfermeiro se pode aperceber de quão fundamentadas elas são, aferir a atualização das mesmas e a necessidade, ou não, de procurar mais informação sobre elas. Durante os vários contextos de estágio, procurei ter uma postura de encontro a esta necessidade de reflexão e atualização constante.

A título de exemplo, no estágio de SU, surgiu-me a dúvida sobre a partir de que idade haveria evidência para o uso de anestésico local (EMLA), visto que neste contexto não é utilizado em RN. Procurei essa informação e fomentei uma discussão construtiva sobre uma prática comum no SU e creio que foi um passo para considerarem mais uma medida de controlo da dor no RN em ambiente hospitalar.

Tal como referi anteriormente, a investigação pode permitir melhores cuidados e com maior segurança, através da aplicação dos conhecimentos adquiridos para a nossa prática diária. Exemplo disso são alguns dos cuidados prestados ao RN em ambiente de Neonatologia. Devido à pele delicada, fina e frágil que estes RN

apresentam, em conjunto com a imaturidade dos seus órgãos e sistemas e a grande agressão que sofrem com a utilização de vários dispositivos médicos, estão em grande risco de desenvolver problemas na pele, em particular úlceras de pressão. A WHO (2007), citada por Martins et al. (2017), considera que a prevenção das lesões por pressão é um direito humano fundamental e, como tal, um direito da criança, que deve ser preservado através de práticas baseadas na evidência científica. No Serviço de Neonatologia tive oportunidade de constatar a aplicação desta evidência na prática com a utilização de colchões de gel para prevenção das referidas lesões, promovendo cuidados mais seguros para o RN.

O contexto de estágio de CSP foi, sem dúvida, aquele em que a procura de conhecimento esteve mais presente no meu dia a dia. Sendo um contexto com o qual não estou habituada a lidar e no qual não tinha experiência, foram várias as dúvidas que me foram surgindo e para as quais senti necessidade de efetuar pesquisa para melhorar os meus conhecimentos e, conseqüentemente, os incorporar na prestação dos cuidados.

Segundo a OE (2006), a educação para a saúde é um dos eixos prioritários da investigação. Assim, posso deduzir que a Saúde Escolar é um exemplo de excelência da investigação aplicada à prática, à população e de acordo com as suas necessidades. A área da Saúde Escolar é, provavelmente, a área na qual senti que tinha menos conhecimentos, sendo que para dar resposta a essa necessidade discuti os assuntos mais pertinentes e consultei o PNSE e os Programas de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES), nomeadamente o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) e o Programa Escolas Livres de Tabaco (PELT).

Também o PNV é outro dos grandes exemplos da aplicação dos resultados da investigação nos cuidados prestados. Pela atualização constante do padrão de doenças de uma população, este programa carece de atualização permanente de acordo com a evidência e ajustado à população a que se destina. Alguns exemplos demonstrativos são a alteração das recomendações para a vacina BCG, que deixou de ser recomendada de forma universal, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco; o aparecimento das vacinas penta e hexavalente,

reunindo numa só vacina várias que eram dadas de forma individual; as recomendações para a vacinação das mulheres grávidas com a vacina Tdpa (vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa, doses reduzidas); e a alteração dos reforços com Td (vacina contra o tétano e a difteria, doses reduzidas).

Os temas acima referidos são apenas exemplos que retratam a importância da investigação nos cuidados prestados em enfermagem. Muitos outros exemplos podem ser referidos, no que diz respeito à pesquisa bibliográfica em fontes credíveis e leitura crítica dos resultados encontrados, nomeadamente para cuidados como a amamentação, focos de enfermagem como a dor ou a febre, filosofias de cuidados como o NIDCAP ou métodos de trabalho como o sistema de triagem no SU, cuidados esses sobre os quais refleti ao longo deste relatório. Na verdade, a investigação está presente no quotidiano de qualquer profissional de saúde e é transversal a todas as áreas da prática.



## 4. CONCLUSÃO

No apoio à transição de papéis, o EESIP tem um papel primordial, promovendo a parentalidade e dando o suporte necessário que uma nova família precisa. Apoiamos o empoderamento da família, promovendo a sua autonomia e respeitando o facto de que a criança e a sua família são os atores principais nos seus projetos de vida. Na sociedade em que vivemos atualmente, estamos com as pessoas, numa parceria dos cuidados e negociação.

Considero-me privilegiada por, no desempenho da minha profissão, ter a oportunidade de cuidar da criança e família em toda a sua plenitude. Desde antes do nascimento e até à idade adulta, na prevenção da doença e na sua gestão, na educação para a saúde e na defesa dos seus direitos. Estou presente na vida dos utentes de quem cuido. Partilho, com eles, momentos de dificuldade, tristeza, por vezes em situação de morte, mas também de alegria, de cura ou de um recomeço na adaptação à doença.

O estágio final deste Mestrado foi uma experiência muito rica, pelos cuidados que prestei, pelas pessoas com que contactei - com crenças, culturas e saberes distintos -, pela atualização constante de conhecimentos e, essencialmente, pela reflexão que tudo isso me proporcionou, permitindo-me a reafirmação do meu “eu” enquanto enfermeira no cuidado à criança e à sua família.

Os CSP são uma oportunidade favorecida para a atuação do enfermeiro no contexto bio-psico-social da criança e sua família. Consegue-se uma atuação não só na pessoa, nas suas necessidades físicas e psíquicas, como também no ambiente onde ela se desenvolve, na comunidade e na escola. Visto que toda a minha experiência profissional decorreu em contexto hospitalar, esta era uma área com a qual não estava familiarizada e foi desafiante acompanhar o EESIP nas ações de educação para a saúde, nas idas à escola e a instituição de solidariedade social e nos cursos ministrados na UCC. Foi, também, gratificante, a realização de

consultas de saúde infantil e juvenil, pela oportunidade de prestar cuidados antecipatórios, percorrendo um caminho pouco frequente na minha prática – o cuidar da criança sem doença.

O SU permitiu-me treinar as minhas habilidades na observação rápida e precisa da criança, principalmente na triagem, onde são necessárias decisões céleres. Também as situações de emergência foram marcantes pela extrema prontidão com que toda a equipa se organiza e pela resposta organizada que dão, no salvar de uma vida, sempre sem esquecer a família, tendo sido um excelente exemplo de gestão e humanismo.

No Serviço de Neonatologia, toda a panóplia de equipamentos tecnológicos foram uma novidade, que exigiu uma aprendizagem sobre o seu manuseamento. O maior desafio, no entanto, foi prestar cuidados aos RN prematuros, com extremo baixo peso que, pela sua fragilidade, exigem cuidados diferenciados e por mãos experientes. Foi extraordinariamente compensador concluir este estágio com autonomia para a realização de algumas tarefas e com confiança suficiente para a prestação dos cuidados.

Embora sejam contextos de estágio distintos, a enfermagem e a Pediatria são disciplinas com uma linha base comum e, portanto, há princípios básicos que são transversais a todas as áreas de atuação. A comunicação eficaz com a criança e a família, a educação para a saúde, a gestão da dor, a promoção da parentalidade e do aleitamento materno, o incentivo à parceria de cuidados e o trabalho em equipa multidisciplinar são apenas alguns desses exemplos.

Apesar de toda o caminho até aqui ter sido uma experiência extremamente positiva, deparei-me, também, com algumas dificuldades. A gestão de tempo, para conseguir dar resposta às necessidades dos vários campos da vida – profissional, académico, pessoal – foi a principal. Também a necessidade de utilização constante de meios informáticos foi, para mim, um obstáculo. Contudo, cada dificuldade na vida deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria. Assim, melhorei as minhas habilidades na gestão do meu tempo, tendo conseguido dar a resposta necessária, sem descurar nenhum dos campos referidos. Também no que concerne à utilização das novas tecnologias, com a sua utilização constante, melhorei as minhas aptidões na utilização da informática como meio de trabalho.

Sendo uma competência, a capacidade de mobilizar adequadamente o conhecimento previamente adquirido, selecionando-o para dar resposta a questões ou problemas, não posso deixar de referir todo o conhecimento teórico que me foi transmitido ao longo deste Mestrado. Esse conhecimento, em conjunto com os conhecimentos adquiridos entre pares, através da observação dos cuidados prestados pelos EESIP e através do meu investimento na investigação, ao procurar informação em fontes bibliográficas credíveis, permitiram-me mobilizar o meu conhecimento prévio a este Mestrado, o conhecimento que adquiri de novo e o conhecimento que advém da minha existência enquanto pessoa, para aplicar à prática, prestando cuidados baseados na melhor evidência disponível, em prol de proporcionar os melhores ganhos em saúde.

Assim, considero que cumpri, de uma forma global, com todos os objetivos a que me propus para este Mestrado, nos quatro domínios: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Com isto, creio ter conseguido a aquisição e aperfeiçoamento das competências gerais do EESIP, defendidas pela OE (2010): assisti a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidei da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestei cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

Espero, com este relatório, ter conseguido relatar de forma clara todas as atividades e conhecimentos adquiridos e ter feito transparecer o quão enriquecedor foi este Mestrado.

Por fim, o culminar deste percurso faz-me refletir na necessidade de atualização constante, de olharmos para o nosso passado e para aquilo que aprendemos aquando da nossa formação inicial e termos a consciência de que para prestar os melhores cuidados, é nossa obrigação manter uma postura contínua e pró-ativa de aprendizagem para que, a cada momento, sejam prestados os cuidados mais adequados e seguros às nossas crianças.



## 5. BIBLIOGRAFIA

Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa. Sétima revisão. Artigo 69º. p 53

Assembleia da República (2014). Lei n.º 15/2014. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1ª série, n.º 57, 21 de março de 2014. pp 2129-2130

Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série, n.º 181, 16 de setembro de 2015. p 8078

Batalha L. et al. (2003). Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-Nascido. Acta Pediátrica Portuguesa, vol. 34, n.º 3. pp 159-163

Batalha L. et al. (2005). Avaliação da Dor no Período Neonatal. Acta Pediátrica Portuguesa, vol. 36, n.º 4. pp 201-207

Baumann, A., Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. pp 5-20

Campos e Domitti (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, vol. 23, n.º 2, pp 399-407

Casey A., Mobbs S. (1988). Partnership in Practice. Nursing Times November 2, vol. 84, n.º 44. pp 67-68

Castrillón MC. (2004). Trends and priorities in nursing research. Revista Latino-Americana de Enfermagem, julho-agosto, vol. 12, n.º 4. pp 583-588

Costa J. (1999). Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. pp 20-29

Direção Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. p 7

Direção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. pp 1-4

Direção Geral da Saúde (2007). Crianças e Jovens em Risco - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. pp 7-12

Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. p 5

Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. pp 6-8, 11,

Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. pp 4-5

Direção Geral da Saúde (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma n.º 002/2018. pp 9-11, 15-19

Galvão C. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, maio-junho, vol. 12, n.º 3. pp 549-556

Guimarães H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Nascer e Crescer. Revista de pediatria do centro hospitalar do Porto, vol XXIV, n.º 3. pp 99-102

Hockenberry M., Wilson D. (2014). WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª edição, vol. 1. pp 58-65, 240-244, 331-361. Loures: Lusociência

International Council of Nurses (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros, maio de 2016. pp 47, 54, 71

International Council of Nurses (2015). Enfermeiros: Uma força para a mudança. Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2015. Do original: Nurses: A force for change – Care Effective, Cost Effective: International Nurses Day 2015. pp 1-39

Levy L., Bértolo H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. pp 10-16

Magretta, J. (2010). O que é a gestão, como funciona e porque interessa a todos. pp 15-16, 23, 29-30, 41, 47. Lisboa: Actual Editora

Martinez E. et al. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. Revista Gaúcha Enfermagem, vol. 34, n.º 1. pp 37-44

Matos M. et al. (2013). RICHE Trajetórias para a Saúde da Criança e do Adolescente em Portugal. p 13

Mendes M., Martins M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, série III, nº 6, março. pp 113-121

Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República, 1ª série A, n.º 205, 4 de dezembro de 1996. pp 2959-2962

Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009. Diário da República, 1.ª série, n.º 193, 6 de outubro de 2009. pp 7298-7301

Ministério da Saúde (2014). – Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, 2.ª série, n.º 153, 11 de agosto de 2014. pp 20673-20678

Ministério da Saúde (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014. Diário da República, 1.ª série, n.º 149, 5 de agosto de 2014. pp 4069-4071

Ministério da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. – Despacho n.º 5613/2015. Diário da República, 2ª série, n.º 102, 27 de maio de 2015. pp 13550-13553

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 – Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série, n.º 28, 10 de fevereiro de 2015. pp 382(2-10)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. p 9

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de posição. pp 1-4

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia Orientador de Boa Prática – Entrevista ao adolescente. Promover o desenvolvimento infantil na criança. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, série 1, vol. 1, n.º 3. p 133

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. pp 1-5

Ordem dos Enfermeiros (2012). Divulgar. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. pp 5, 14-16, 23-24

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, série 1, vol. 8. p 11

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, 2.ª série, n.º 48, 10 de março de 2015. pp 5948-5952

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2ª série, n.º 119, 22 de junho de 2015. pp 16660-16665

Pinheiro G. et al. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, série IV, n.º 2, maio/junho. pp 101-109

Proctor B., Cutcliffe J. (1991). An alternative training approach to clinical supervision: 1. British Journal of Nursing, vol. 7, n.º 5. pp 281-285

Proctor B., Cutcliffe J. (1991). An alternative training approach to clinical supervision: 2. British Journal of Nursing, vol. 7, n.º 6. pp 344-350

Quelhas I. (2014). O Exercício da Maternidade em Reclusão. Uma oportunidade para a assistência de enfermagem. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. p 22

Santos P. et al. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 69, n.º 4. pp 603-609

Silva N. (2014). *Teoria da Vinculação*. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto. pp 11-14

Souza A. et al. (2018). Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele. *Revista CEFAC*, janeiro-fevereiro, vol. 20, n.º 1. p 54

World Health Organization (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health*, 2000. pp 1-2

World Health Organization (2006). *Defining sexual health*. Consultado em 6 de junho de 2018: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

World Health Organization (2014). *Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief*. p 1



## APÊNDICES



## APÊNDICE 1

Poster sobre PNV e reações adversas das vacinas



# PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Vacina   Doença	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pr13 1	Pr13 2		Pr13 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC 1							
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano <sup>1</sup>								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa <sup>2</sup>									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria <sup>2</sup>										Td	Td	Td

<sup>1</sup> Aplicável apenas à população em idade escolar e maior.

<sup>2</sup> Aplicável apenas à maioria gravida. Um dose em cada gravidez.

<sup>3</sup> De acordo com o calendário de doses, devem ser aplicadas as doses recomendadas entre duas, sendo duas referências à data de administração de cada dose. A partir do 10º aniversário a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há 10 anos.

## REAÇÕES ADVERSAS



Dor, rubor (vermelhidão) e tumefação (inchaço) no local, 1 a 3 dias após administração da vacina. Pode aparecer um nódulo (papo) indolor que geralmente é reabsorvido ao longo de várias semanas.

Febre (≥38°C), choro persistente (21 horas), agitação, sonolência/perturbações do sono, anorexia (diminuição do apetite), irritabilidade, vômitos e mialgias (dores musculares).



Dor, rubor (vermelhidão) e tumefação (inchaço) no local, 1 a 3 dias após administração da vacina. Pode aparecer um nódulo (papo) indolor que geralmente é reabsorvido ao longo de várias semanas.

Febre (≥38°C), choro persistente (durante 21 horas), agitação, sonolência/perturbações do sono, anorexia (diminuição do apetite), irritabilidade, vômitos, cefaleias (dores de cabeça) e mialgias (dores musculares) - efeitos mais frequentes nas primeiras 24 horas.



Dor, rubor (vermelhidão) e tumefação (inchaço) no local, 1 a 3 dias após administração da vacina. Pode aparecer um nódulo (papo) indolor que geralmente é reabsorvido ao longo de várias semanas.

Febre (≥38°C), choro persistente (durante 21 horas), agitação, sonolência, anorexia (diminuição do apetite), irritabilidade, vômitos, cefaleias (dores de cabeça) e mialgias (dores musculares) - efeitos mais frequentes nas primeiras 24 horas.



Dor, rubor (vermelhidão), tumefação (inchaço) e sensibilidade no local, que podem durar 1 a 3 dias;

Febre (≥38,4°C) - primeiras 24 horas ou mais tarde, 6 a 12 dias após a vacinação; erupções cutâneas vermelhas - 6 a 10 dias após a vacinação, que pode durar 1 a 2 dias; tumefação (inchaço) das parótidas - 10 a 34 dias após a vacinação; intolerância, anorexia (diminuição do apetite), sonolência/perturbações do sono, choro, náuseas, diarreia, dor abdominal, vômitos.



Dor, rubor (vermelhidão) e tumefação (inchaço) no local, 1 a 3 dias após administração da vacina. Pode aparecer um nódulo (papo) indolor que geralmente é reabsorvido ao longo de várias semanas.

Febre (≥38°C), choro persistente (durante 21 horas), agitação, sonolência, anorexia (diminuição do apetite), irritabilidade, vômitos, cefaleias (dores de cabeça) e mialgias (dores musculares) - efeitos mais frequentes nas primeiras 24 horas.



Dor, rubor (vermelhidão) e tumefação (inchaço) no local, 1 a 3 dias após administração da vacina. Pode aparecer um nódulo (papo) indolor que geralmente é reabsorvido ao longo de várias semanas.

Febre (≥38,4°C) - primeiras 24 horas ou mais tarde, 6 a 12 dias após a vacinação; agitação, cefaleias (dores de cabeça) e mialgias (dores musculares) - mais frequentes nas primeiras 24 horas; erupções cutâneas vermelhas - 6 a 10 dias após a vacinação, pode durar 1 a 2 dias; tumefação (inchaço) das parótidas - 10 a 34 dias após a vacinação; choro persistente (21 horas), irritabilidade, anorexia (diminuição do apetite), sonolência/perturbações do sono, náuseas, diarreia, dor abdominal, vômitos.



Dor à mobilização do braço, rubor (vermelhidão), tumefação (inchaço), prurido (comichão) e hematoma.

Febre, cefaleias (dores de cabeça), fadiga (cansaço), torcax, náuseas, anorexia e mal-estar (estas reações adversas são mais frequentes e intensas à medida que aumenta a idade e o número de doses administradas).



## APÊNDICE 2

Planeamento de Ação de Formação: “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Planeamento de Ação de Formação:

### **Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns**

**Elaborado Por:**

Maria de Fátima da Silva Aguiar

**Docente orientadora:**

Professora Doutora Isabel Quelhas

**Fevereiro 2018**



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO:.....	5
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: .....	7
3. OBJETIVOS DA SESSÃO: .....	9
4. METODOLOGIA: .....	11
5. RECURSOS: .....	13
6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO:.....	15
7. PLANIFICAÇÃO: .....	17
8. CONCLUSÃO:.....	19
9. BIBLIOGRAFIA:.....	21
APÊNDICES:.....	23
Apêndice I: Apresentação da sessão.....	25
Apêndice II: Questionário de avaliação inicial.....	39
Apêndice III: Questionário de avaliação final.....	41
Apêndice IV: Grelha de correção do questionário .....	43
Apêndice V: Análise dos resultados do questionário .....	45



# 1 INTRODUÇÃO:

A Ação de Formação “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, no contexto do campo de estágio em Cuidados de Saúde Primários.

Este estágio decorre no período de 5 de fevereiro a 24 de março do corrente ano, enquadrando-se no 2º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta ação de formação foi desenvolvida sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica que me orientou no presente estágio e da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

A elaboração deste planeamento da ação de formação tem como objetivo clarificar os aspetos organizacionais da mesma, bem como fundamentar a sua relevância no âmbito do estágio corrente.

Este documento é constituído por vários capítulos, que incluem a fundamentação teórica da formação, a apresentação dos objetivos da formação, a sua metodologia e os recursos utilizados e, por fim, uma conclusão e reflexão sobre a avaliação da mesma.



## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Tornar-se pai ou mãe é um dos maiores desafios que o ser humano enfrenta, pela responsabilidade inerente à tarefa e pelas mudanças que envolve, com o nascimento de uma nova família (OE, 2015).

Segundo a OE (2015), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, os pais são os melhores prestadores de cuidados das crianças, devendo respeitar-se e valorizar-se a sua experiência e contributo na prestação desses cuidados. Para tal, é necessário capacitar os pais e disponibilizar o suporte necessário para os dotar de competências de gestão proficiente nos cuidados dos seus filhos, visando a sua autonomia.

A parentalidade é um foco de enfermagem, tendo o EESIP um papel de destaque na sua promoção. A teoria da enfermagem sobre a transição, de Melleis, defende que o enfermeiro tem o dever de assistir os indivíduos e ajudá-los nas transições ao longo da vida.

Em contexto de cuidados de saúde primários a educação para o exercício da parentalidade assume grande potencialidade, na medida em que conhecemos a família no meio em que está inserida e pela proximidade que os profissionais de saúde conseguem ter com os seus utentes.

Segundo Barnes et al., (2008), quando questionadas sobre o sentimento de preparação para a maternidade, poucas foram as mães que referiram estar preparadas, com informação suficiente sobre os cuidados à criança. Nesse estudo, concluíram, também, que as mulheres sentem que há um foco de ensino importante sobre o momento do parto, mas que sentiam falta de mais informação acerca dos cuidados após o nascimento.

Durante o primeiro ano de vida da criança, existem alguns problemas mais frequentes na globalidade das crianças e que, por isso, são tidos como necessidades formativas para a generalidade dos cuidadores.

Neste sentido, a presente formação vai de encontro às necessidades formativas encontradas nos utentes da UCC que foram pais há pouco tempo, com o intuito de os capacitar para os melhores cuidados aos seus filhos.

### **3 OBJETIVOS DA SESSÃO:**

A sessão “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns” tem como principais objetivos:

- Capacitar os cuidadores para o reconhecimento dos problemas mais frequentes do bebê no primeiro ano de vida;
- Ensinar os cuidadores sobre a melhor abordagem a tomar, de acordo com cada problema.

Com o intuito de cumprir os objetivos acima referidos, foram selecionados para a ação de formação os seguintes temas:

- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Febre;
- Convulsão Febril;
- Obstrução Nasal;
- Obstipação;
- Diarreia;
- Vômitos;
- Eritema por calor;
- Primeiros dentes.



## **4 METODOLOGIA:**

Será realizada 1 sessão de formação, no dia 26 de fevereiro de 2018, para um grupo de pais, utentes da UCC onde decorre o estágio, integrada no projeto de enfermagem para a parentalidade.

Para esta ação de formação será utilizado método expositivo e interativo. Será utilizada uma apresentação em power point, adaptada de uma apresentação pré-existente e já utilizada nesta UCC e será dada oportunidade à discussão e esclarecimento de dúvidas sobre os temas abordados, entre todos os presentes.

A formação terá a duração prevista de 1h30m: 5 minutos para a introdução e fundamentação da sessão; 10 minutos para preenchimento do questionário de avaliação inicial; 40 minutos para a exposição dos conteúdos; 25 minutos para esclarecimento de dúvidas e discussão; e 10 minutos para o preenchimento do questionário final.



## 5 RECURSOS:

Os recursos necessários para esta ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** A própria aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto; Enfermeira orientadora, especialista em Saúde Infantil e Pediátrica;
- **Recursos Físicos:** Sala de Reuniões da UCC onde decorre o estágio;
- **Recursos materiais:** Um computador portátil e um projetor;
- **Recursos Financeiros:** Impressão de questionários, suportados pela própria.



## **6 AVALIAÇÃO DA SESSÃO:**

Em qualquer ação de formação a avaliação assume-se como um meio de perceção acerca do sucesso da mesma. Por este motivo, será feita uma avaliação de conhecimentos às formandas, através de um questionário que será distribuído antes da sessão e, novamente, no final, para deduzir se a ação de formação contribuiu para aumentar os conhecimentos dos presentes. O questionário será constituído por 10 perguntas, com resposta tipo “verdadeiro e falso” e o seu preenchimento será anónimo e voluntário.



## 7 PLANIFICAÇÃO:

<b>Formadoras:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maria de Fátima da Silva Aguiar</li> </ul> <p>Aluna do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto</p> <p><b>Tema:</b> Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns</p> <p><b>Duração:</b> 1h30m</p>		<b>Grupo destinatário:</b> Pais, utentes da Unidade de Cuidados à Comunidade, onde decorre o estágio <p><b>Local:</b> Sala de Reuniões da UCC</p> <p><b>Data:</b> 26 de fevereiro de 2018</p> <p><b>Hora:</b> 14h30</p>		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos	Avaliação
<b>Introdução e fundamentação da sessão</b>  <b>5 Minutos</b>	<p>Apresentação da ação de formação</p> <p>Referência aos conteúdos que irão ser abordados</p>	<p>Expositivo</p> <p>Descritivo</p>	<p>Projector</p> <p>Computador</p>	

<b>Avaliação inicial</b> <b>10 minutos</b>	Preenchimento do questionário de avaliação inicial	Expositivo Interativo Individual	Questionários de avaliação inicial impressos	Sumativa
<b>Exposição dos conteúdos</b> <b>40 Minutos</b>	Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; Febre; Convulsão Febril; Obstrução Nasal; Obstipação; Diarreia; Vómitos; Eritema por calor; Primeiros dentes.	Expositivo Descritivo Interativo	Projektor  Computador	
<b>Esclarecimento de dúvidas e discussão</b> <b>25 Minutos</b>	Discussão sobre as dúvidas levantadas pelos formandos	Interativo		Formativa
<b>Avaliação final</b> <b>10 minutos</b>	Preenchimento do questionário de avaliação final;	Interativo Individual	Questionários de avaliação final impressos	Sumativa

## **8 CONCLUSÃO:**

A literacia em saúde é uma necessidade constante nas populações e o EESIP é um pilar fundamental na promoção desta literacia.

O estado ansiogénico comum a muitos cuidadores na transição para a parentalidade pode ser minimizado com apoio por parte dos profissionais de saúde, ensinamentos e abertura para uma comunicação eficaz, em que os cuidadores possam expor as suas dúvidas e receios.

Com esta sessão creio ir de encontro a uma melhor proximidade, acessibilidade e continuidade dos cuidados, melhorando a prestação de cuidados de saúde à criança, através da capacitação dos pais para estes cuidados.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da ação de formação que me proponho desenvolver e acredito ser relevante para a concretização dos objectivos traçados.



## 9 BIBLIOGRAFIA:

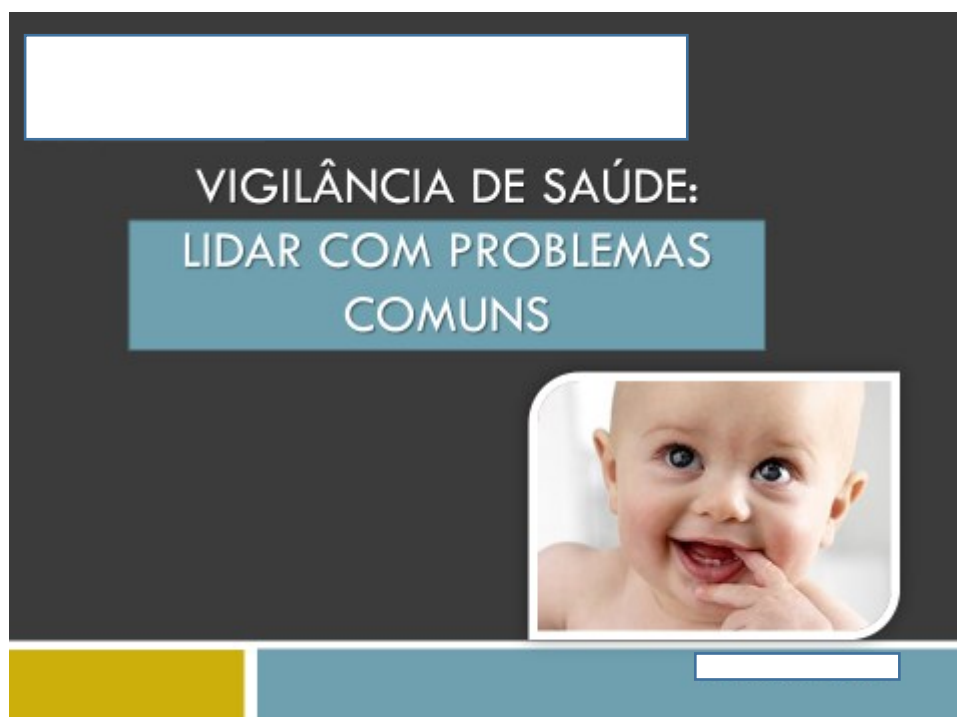
- Barnes et al. (2008). Learning About Baby: What New Mothers Would Like to Know. *Journal of Perinatal Education*, 17(3), pp 33-41
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização – Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos da OE, Série 1, Número 8*. pp 11
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, 2ª série, n.º 119, 22 de junho de 2015*. pp 16660-16665



## **APÊNDICES:**



## Apêndice I: Apresentação da sessão



### Sumário

- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
- Febre
- Convulsão Febril
- Obstrução Nasal
- Obstipação
- Diarreia
- Vômitos
- Eritema por calor
- Primeiros dentes



## Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

- Idade dos 0 aos 18 anos
- Crescimento
- Desenvolvimento
- Notas importantes
- Vacinação



## Vigilância de Saúde

### *Periodicidade das consultas no primeiro ano de vida*

- 1ª semana de vida
- 1º mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses



## Febre

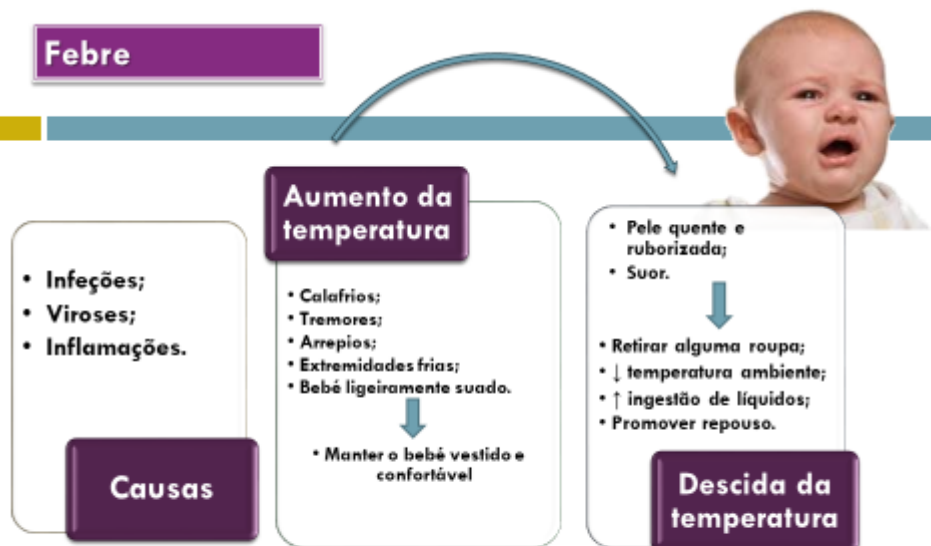


- A febre define-se como “a elevação da temperatura corporal acima da temperatura basal individual.”

DGS, 2017

Febre se: **Temperatura corporal igual ou superior a 38° C** independentemente do local de avaliação da temperatura.

## Febre



**Nota:** A administração de antipirético (ex.: Paracetamol) deve ser uma opção apenas quando a febre causa indisposição acentuada no bebê e se a temperatura axilar for superior a 38 – 38,5°C.

## Temperatura corporal



### Como/onde avaliar a temperatura:

#### ■ Com o termómetro:

- Na **axila**, colocar sob um dos braços da criança, assegurando-se que ele fica na axila o tempo suficiente.
- No **reto**, corre-se o risco de lesar a mucosa retal do bebé. Colocar o bebé em decúbito dorsal ou lateral, fletir ligeiramente as pernas e inserir o termómetro cerca de 1 cm, lubrificado.



## Convulsão Febril

6 meses a 5 anos

- ✓ **Contrações musculares involuntárias e repetitivas;**
- ✓ Existe predisposição familiar;
- ✓ Duram de alguns segundos até 2 minutos;
- ✓ Habitualmente SEM sequelas para o bebé;

- ✓ Se aparecerem antes dos 12 meses:
  - 50% hipóteses de voltar a repetir
- ✓ Se aparecerem depois dos 12 meses
  - 30% hipóteses de voltar a repetir

## Convulsão Febril

### Sinais:

- Perda de consciência;
- Olhar vago/fixo/revirar os olhos;
- Sem resposta a estímulos;
- Saída em excesso de saliva pela boca;

### Primeira convulsão



Recorrer **sempre** ao serviço de urgência do Hospital

### Medidas:

- Proteger a criança para que não se magoe;
- Colocar a criança de lado;
- Desapertar roupas apertadas;
- Ambiente calmo após a convulsão.

## Obstrução Nasal

### Sinais:

- Dificuldade em respirar pelo nariz;
- Respiração ruidosa;
- Dificuldade em alimentar-se;
- Sono agitado;
- Presença de secreções.



### Medidas de alívio:

- Manter o nariz limpo:
  - Limpar o nariz do bebê utilizando um torcido com compressa ou fralda limpa;
  - Usar soro fisiológico antes das refeições;
  - Aspirar as secreções com aspirador nasal.

## Obstipação

### Sinais:

Diminuição da frequência das dejeções;  
Fezes duras;  
Distensão abdominal;  
Choro intenso.



### Medidas de estimulação da eliminação intestinal

Antes da introdução de novos alimentos	Após a introdução de novos alimentos
Leite	Leite ou água
	Purés de verduras e frutas.
	Diminuir consumo de alimentos obstipantes (arroz, cenoura, batata e banana)
Banho (ajuda a relaxar)	
Massagem abdominal	
Estimulação com microclister, supositórios de glicerina ou vaselina	

## Diarreia



Aumento do número de dejeções e diminuição da sua consistência.

Causas: vírus, bactérias, parasitas, alimentos ou medicamentos

### Sinais associados à diarreia

Vômitos

Dor abdominal

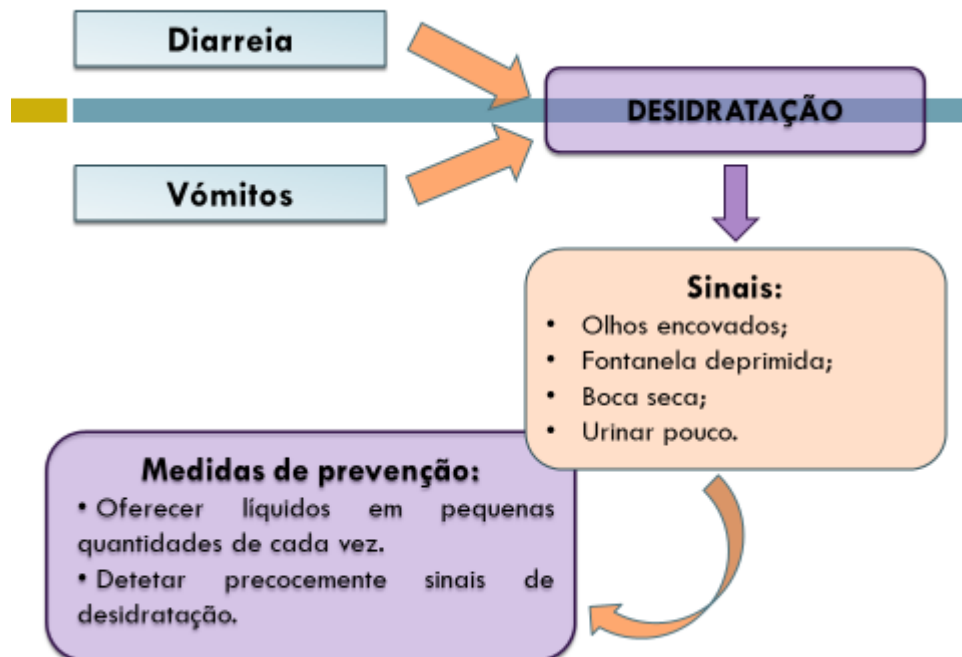
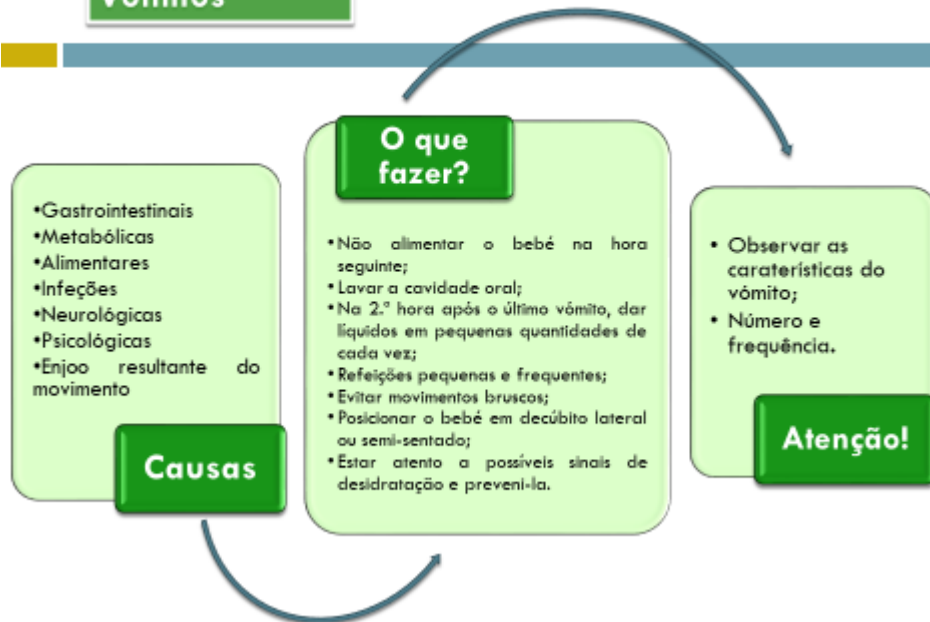
Febre

Mal-estar geral

Desidratação

Lavagem das mãos

## Vômitos





## Eritema pelo Calor



### Manifestações



- ✓ Aparecem na pele "altos" minúsculos rosados
- ✓ Rubor
- ✓ Prurido (comichão)



## Eritema pelo Calor



### Modo de Atuação

Dar banho com água tépida, sem sabão

Evitar banho quente, pois pode aumentar o prurido

Secar dando palmadinhas com a toalha e evitar esfregar

Vestir a criança com roupa limpa, seca e leve

Manter a pele fria e seca, com ambiente adequado

## Primeiros Dentes



### Quando surgem os primeiros dentes?

- Por volta dos 6 meses, podem começar a surgir os primeiros dentes;
- Este processo decorre geralmente até aos 12 meses.

### Quais os sinais que o poderá evidenciar?

- Irritação;
- Mastigação de tudo o que encontram na tentativa de diminuir o desconforto das gengivas doridas e inchadas;
- Salivação em excesso (pode irritar a pele do queixo ou do pescoço);

### Alívio do Desconforto

- Oferecer objetos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para ele morder;
- Massajar as gengivas inflamadas com a ponta do dedo limpo;
- O frio ajuda a diminuir a dor e a desinflamar os tecidos.
- **Paracetamol em sos**



Argolas de dentição  
que se colocam no  
frigorífico

### Higiene Oral

- Deve começar antes dos dentes irromperem;
- Usando uma compressa ou fralda húmida envolvida num dedo;
- Passar por toda a boca, limpando gengiva, bochechas e língua;
- Sempre que o bebé come à noite, as gengivas e dentes deverão ser limpos.
- Após a erupção dentária, colocar na escova a quantidade de pasta de dentes equivalente ao tamanho da unha do dedo “mindinho” do bebé.



### Cuidados a ter com os primeiros dentes



Lavar os dentes pelo menos 2x dia, após o pequeno-almoço e ao deitar

Introduzir os alimentos sólidos a partir do 1ºano e substituir o biberão por copo e colher, pois mastigar ajuda a desenvolver os maxilares e os dentes

#### Cuidados com os Primeiros Dentes

Evitar doces entre refeições

Promover a autonomia da criança para escovagem dos dentes a partir dos 3 anos

**Sinais que justificam recorrer ao profissional de saúde:**



Choro excessivo  
acompanhado de  
irritabilidade



Diminuição do  
apetite/Recusa  
alimentar



Cianose

**Sinais que justificam recorrer ao profissional de saúde:**



Febre

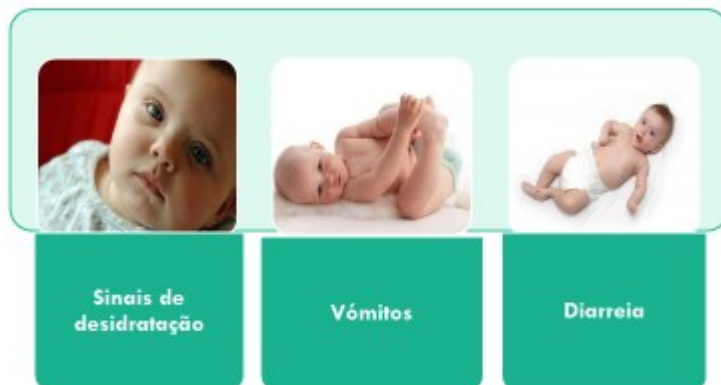


Hipotonia (moleza  
exagerada, sem  
força no corpo)



Dificuldade em  
respirar

## Sinais que justificam recorrer ao profissional de saúde:



## A quem recorrer?

- 
- **Médico de Família**
  - 2º a 6º feira, das 8h às 19,45h
    - O médico de família poderá referenciar a criança para que esta possa ser consultada na pediatria do
- **SASU**
  - 2º a 6º feira, das 20h às 22h45m
  - Sábado, Domingo e Feriados, das 9h às 18h45m
- **Atendimento permanente referenciado (APR)**
  - 2º a 6º feira, das 8h às 18h
    - O Pediatra avaliará a criança na consulta de pediatria do
- **Linha de Saúde 24 (808 24 24 24)**
- **Urgência Pediátrica**
  -



**Obrigada pela atenção!**

## Bibliografia

- Alfaro, Maria – *Obstipação no bebé* [Em linha]. Algarve: AR5 Algarve. [Consult. 16 Jan. 2013]. Disponível em: WWW:<URL: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/pais/iframe/obstipacao bebe.php>>.
- Asociación de Farmacéuticos Adjuntos de Huelva: *La fiebre en el niño*. Pautas de actuación. Huelva, 2011, n.º 3.
- CARDOSO, Alexandrina – *Competências Parentais: Avaliação das Necessidades de Aprendizagem Parentais (Especificações)*. 2008.
- FREITAS, Ariel A. G. de – *Avaliação da concordância entre diferentes termômetros na aferição da temperatura corporal de crianças*. Porto Alegre, Brasil: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Dissertação de Mestrado.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON; WINKELSTEIN - Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.ª edição. Campus Elsevier, 2006.
- *Jornal de Pediatria: A criança com febre no consultório*. Brasil, 2003, vol. 79, supl. 1. ISSN 0021-7557.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica*. ISSN 0871-2786. Vol I e II. (2004).
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - *Programa de saúde oral*. Lisboa : DGS, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Grupo Mundial de Trabalho para controlo da cólera – Primeiras medidas para gestão de um surto de diarreia aguda*. OMS, 2006.



## Apêndice II: Questionário de avaliação inicial

Sou Enfermeira do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, e encontro-me a desenvolver um Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

No âmbito da Educação Parental, foi-me proposta a apresentação de uma Ação de Educação para a Saúde, subordinada ao tema “Vigilância de Saúde: Lidar com Problemas Comuns”. Este questionário tem como objetivo avaliar os vossos conhecimentos para perceber, no final da sessão, se esta vos foi útil.

O questionário é anónimo e de fácil resposta. Agradeço a vossa colaboração.

<b>Selecione V (verdadeiro) ou F (falso):</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
O boletim de saúde infantil e juvenil só acompanha a criança até aos 10 anos de idade		
Considera-se febre uma temperatura superior a 37.5°C		
Duas das medidas a adotar numa convulsão febril são colocar a criança de lado e protege-la para que não se magoe		
Devemos limpar o nariz do bebé com soro fisiológico quando este está obstruído		
Alimentos como arroz, cenoura e batata agravam a obstipação		
A diarreia define-se como o aumento do número de dejeções e diminuição da sua consistência		
Quando o seu bebé está com vômitos a posição mais adequada para o colocar é de barriga para cima		
O eritema pelo calor caracteriza-se por “altos” na pele, com rubor e comichão		
Com o aparecimento dos primeiros dentes devemos oferecer ao bebé objetos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para ele morder		
Um dos motivos que deve levar a recorrer ao serviço de urgência é um tom de pele rosado no seu bebé		



### Apêndice III: Questionário de avaliação final

Com este questionário final pretendo perceber se esta sessão contribuiu para melhorar os vossos conhecimentos sobre os temas abordados.

O questionário é anónimo e de fácil resposta. Agradeço a vossa colaboração.

<b>Selecione V (verdadeiro) ou F (falso):</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
O boletim de saúde infantil e juvenil só acompanha a criança até aos 10 anos de idade		
Considera-se febre uma temperatura superior a 37.5°C		
Duas das medidas a adotar numa convulsão febril são colocar a criança de lado e protegê-la para que não se magoe		
Devemos limpar o nariz do bebé com soro fisiológico quando este está obstruído		
Alimentos como arroz, cenoura e batata agravam a obstipação		
A diarreia define-se como o aumento do número de dejeções e diminuição da sua consistência		
Quando o seu bebé está com vómitos a posição mais adequada para o colocar é de barriga para cima		
O eritema pelo calor caracteriza-se por “altos” na pele, com rubor e comichão		
Com o aparecimento dos primeiros dentes devemos oferecer ao bebé objetos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para ele morder		
Um dos motivos que deve levar a recorrer ao serviço de urgência é um tom de pele rosado no seu bebé		



## Apêndice IV: Grelha de correção do questionário

<b>Selecione V (verdadeiro) ou F (falso):</b>	<b>V</b>	<b>F</b>
O boletim de saúde infantil e juvenil só acompanha a criança até aos 10 anos de idade		<b>X</b>
Considera-se febre uma temperatura superior a 37.5°C		<b>X</b>
Duas das medidas a adotar numa convulsão febril são colocar a criança de lado e protege-la para que não se magoe	<b>X</b>	
Devemos limpar o nariz do bebé com soro fisiológico quando este está obstruído	<b>X</b>	
Alimentos como arroz, cenoura e batata agravam a obstipação	<b>X</b>	
A diarreia define-se como o aumento do número de dejeções e diminuição da sua consistência	<b>x</b>	
Quando o seu bebé está com vómitos a posição mais adequada para o colocar é de barriga para cima		<b>X</b>
O eritema pelo calor caracteriza-se por “altos” na pele, com rubor e comichão	<b>X</b>	
Com o aparecimento dos primeiros dentes devemos oferecer ao bebé objetos firmes, lisos, limpos e inquebráveis para ele morder	<b>X</b>	
Um dos motivos que deve levar a recorrer ao serviço de urgência é um tom de pele rosado no seu bebé		<b>X</b>



## Apêndice V: Análise dos resultados do questionário

Gráfico 1. Número de respostas corretas aos questionários apresentados na ação de formação

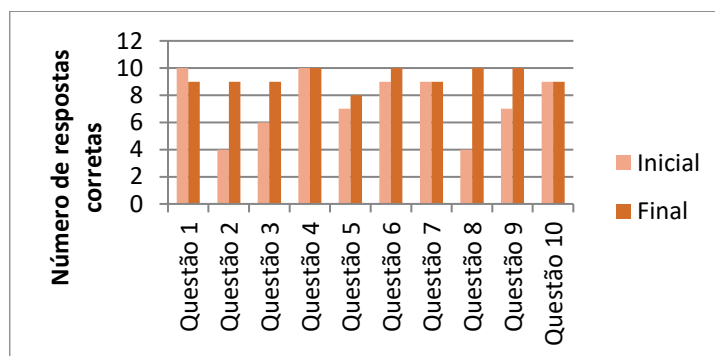


Gráfico 2. Percentagem de respostas corretas aos questionários apresentados na ação de formação

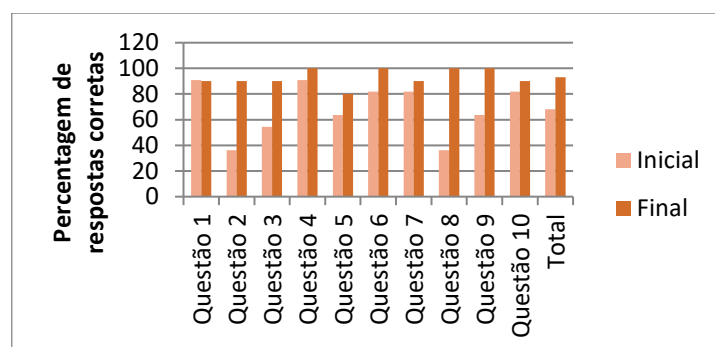
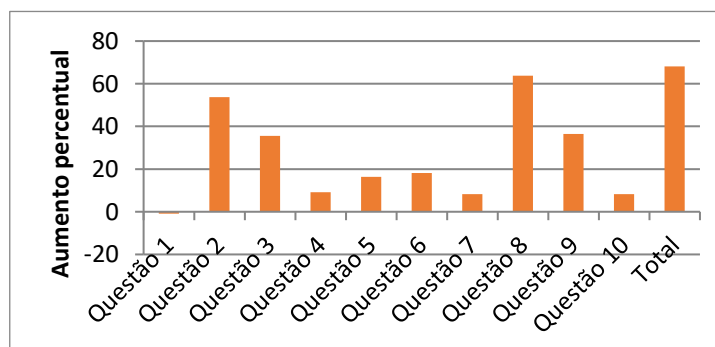


Gráfico 3. Aumento percentual de respostas corretas no questionário final



## **Reflexão:**

Aquando do questionário inicial existiam 11 formandas, uma das quais abandonou a sessão enquanto a mesma decorria, pelo que respondeu apenas ao questionário inicial e não ao final.

À exceção da questão número 1, em que existiu uma descida percentual das respostas corretas (<1%), em todas as outras questões verificou-se uma estabilidade ou aumento desse mesmo número. Em termos globais, entre o questionário inicial e o questionário final existiu um incremento de 24.9% de respostas corretas e, em algumas questões, esse aumento atingiu os 63.7%.

Posso, então, concluir, que a sessão cumpriu com os objetivos a que se destinava, tendo contribuído para a literacia das formandas nos temas abordados.

## APÊNDICE 3

Panfleto de divulgação dos cursos de educação parental





PARA SE INSCREVER CONTACTE O SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA OU:

**CURSOS PARA QUANDO O SEU BEBÉ NASCER**

ESPERAMOS POR SI E PELO SEU BEBÉ

2204/02



**CURSOS PARA QUANDO O SEU BEBÉ NASCER**

O seu centro de saúde tem à sua disposição:

**CURSO DE EDUCAÇÃO PARENTAL**  
São abordados temas como:  
 > Introdução de alimentos no 1º ano de vida  
 > Prevenção de acidentes  
 > Vigilância de saúde no 1º ano de vida  
 > Amamentar e regressar ao trabalho  
 > O sono do bebé  
 > Estimulação do desenvolvimento do bebé  
 > ...entre outros



**CURSO DE MASSAGEM INFANTIL**  
(5 sessões)  
Massagem realizada pelos pais com o objectivo de promover a ligação entre os pais e bebés.  
Curso certificado pela APMI (Associação Portuguesa de Massagem Infantil)



**CURSO DE RECUPERAÇÃO FÍSICA DA MÃE**  
Sessões de exercício físico para ajudar a mãe na sua recuperação pós parto.





## APÊNDICE 4

Poster para sinalização do cantinho da amamentação na UCC



**CURSOS PARA QUANDO O SEU BEBÉ NASCER**

ESPERAMOS POR SI E PELO SEU BEBÉ

**CURSOS PARA QUANDO O SEU BEBÉ NASCER**

O seu centro de saúde tem à sua disposição:

**CURSO EDUCAÇÃO PARENTAL**  
São abordados temas como:  
 > Introdução de alimentos no 1º ano de vida  
 > Prevenção de acidentes  
 > Vigilância de saúde no 1º ano de vida  
 > Amamentar e regressar ao trabalho  
 > O sono do bebé  
 > Estimulação do desenvolvimento do bebé  
 > ...entre outros

**CURSO DE MASSAGEM INFANTIL**  
(5 sessões)  
Massagem realizada pelos pais com o objectivo de promover a ligação entre os pais e bebés.  
Curso certificado pela APMI (Associação Portuguesa de Massagem Infantil)

**CURSO DE RECUPERAÇÃO FÍSICA DA MÃE**  
Sessões de exercício físico para ajudar a mãe na sua recuperação pós parto.

PARA SE INSCREVER CONTACTE O SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA OU:



## APÊNDICE 5

Poster sobre o Aleitamento Materno



# ALEITAMENTO MATERNO

## ALIMENTO VIVO, COMPLETO E NATURAL

- Diminui o risco de cancro infantil, alergias, obesidade e diabetes
- Diminui o risco de Síndrome de Morte Súbita Infantil
- Protege contra infeções
- Promove o crescimento
- Facilita a introdução de novos alimentos
- Promove o vínculo afetivo entre mãe e filho
- Diminuição da hemorragia pós parto
- Recuperação do peso pré-gestacional
- Diminuição do risco de osteoporose e de cancro da mama, útero e ovário
- Diminuição de custos com doenças
- Embalagem é ecológica
- O leite materno é gratuito

**AMAMENTAR HOJE É PENSAR NO FUTURO**

Bibliografia:  
Lowdermilk D., Perry, S. (2006). Enfermagem na Maternidade, 7ª edição.  
Levy, L., Bértolo, H. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional  
Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (2012). Manual de Aleitamento Materno

XI Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa  
Maria de Fátima da Silva Aguiar  
Sob Orientação da Enft. [ ]



## APÊNDICE 6

Planeamento de Ação de Formação: Suporte Básico de Vida Pediátrico





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Planeamento de Ação de Formação:

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Elaborado Por:

Maria de Fátima da Silva Aguiar

Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira

Maio 2018



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

**Planeamento de Ação de Formação:  
Suporte Básico de Vida Pediátrico**

Docente orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Maio 2018



## **ÍNDICE**

1. INTRODUÇÃO: .....	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:.....	9
3. OBJETIVOS DA SESSÃO: .....	11
4. METODOLOGIA:.....	13
5. RECURSOS: .....	15
6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO:.....	17
7. PLANIFICAÇÃO:.....	19
8. CONCLUSÃO: .....	21
9. BIBLIOGRAFIA:.....	23
APÊNDICES: .....	25
Apêndice I – Apresentação da Sessão.....	27
Apêndice II – Questionário de Avaliação .....	47
Apêndice III – Análise dos resultados do questionário .....	49
Apêndice IV – Questionário de Avaliação da Sessão .....	51
Apêndice V – Resultados da análise de respostas à avaliação da formação .....	53



## 1. INTRODUÇÃO:

A Ação de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, decorrente na UCC

Este estágio decorre no período de 9 de Abril a 26 de Maio do corrente ano, enquadrando-se no 2º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Formação foi desenvolvida sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil  da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de formação

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma fundamentação teórica da formação, seguida da apresentação dos objetivos; seguidamente é apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

O socorro imediato à vítima está ligado a um aumento da sobrevivência e menorização de sequelas.

É fulcral que os profissionais de saúde estejam preparados para uma resposta adequada em caso de emergência pediátrica, que tem especificidades muito díspares da emergência em adultos.

Foi identificada a necessidade da equipe da  de uma formação sobre suporte básico de vida pediátrico, em que se sentiam com muitas dúvidas, muitos admitindo não saberem o que fazer em caso de paragem respiratória na criança.

Tendo a criança diferenças anátomo-fisiológicas que as diferenciam dos adultos na etiologia da paragem cardiorrespiratória, os procedimentos a adotar em situação de emergência são diferentes, sendo importante que quem lida habitualmente com crianças tenha essa perceção e seja capacitado para agir em conformidade.

As manobras de suporte de vida devem ser mais suaves, pois as estruturas anatómicas das crianças são extremamente frágeis e mais propensas a traumatismos.

Habitualmente a causa de paragem na criança inicia-se pela via aérea e respiração, sendo as obstruções da via aérea bastante comuns pelo menor diâmetro da mesma e pela língua maior que nos adultos.

O metabolismo na criança, diferente dos adultos, leva a frequências respiratórias e cardíacas mais elevadas. A capacidade compensatória na

criança é mais limitada, levando ao esgotamento dos mecanismos de compensação e paragem cardiorrespiratória.

As causas cardíacas na criança, salvo doença prévia, são raras. A maior causa de paragem cardiorrespiratória na criança é a hipoxia e, por falência dos mecanismos compensatórios, a circulação fica também comprometida.

A prioridade no socorro à criança é a via aérea e a oxigenação e a ativação precoce do circuito de emergência.

Esta ação de formação assume extrema importância dada a afluência de crianças na UCC, permitindo se necessário um socorro atempado e adequado.

### 3. OBJETIVOS DA SESSÃO:

Foram definidos como objetivos gerais para as sessões de formação sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico na

- Capacitar os Profissionais de Saúde para o reconhecimento precoce de situações que possam comprometer a via aérea da criança;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para a atuação rápida em caso de obstrução da via aérea;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para executarem suporte básico de vida pediátrico;

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Suporte Básico de Vida:
  - Importância de atuação precoce;
  - Algoritmo de reanimação em pediatria;
  - Técnicas de suporte básico de vida nas diferentes idades da criança (lactente, criança até 8 anos e criança maior);
  - Atuação em caso de trauma vertebro-medular;
  - Reanimação com insuflador manual.

- Obstrução da via aérea:
  - Conceito e diferenças entre a criança e adulto;
  - Técnicas de atuação em caso de:
    - Criança com tosse eficaz;
    - Criança com tosse ineficaz;
    - Criança inconsciente.

#### **4. METODOLOGIA:**

Será realizada 1 sessão de formação, no dia 8/5 de 2018, para um grupo de Profissionais da UCC  constituída por 13 Enfermeiros, 1 Administrativa e 1 Nutricionista.

Para esta sessão de formação será utilizado método expositivo e interativo. Será feita uma apresentação em power point, com demonstração prática nos modelos de suporte básico de vida (lactente e criança).

No final os formandos serão divididos por duas bancas práticas (Suporte Básico de Vida no Lactente/ Suporte Básico de Vida na Criança), onde poderão praticar habilidades e esclarecer dúvidas.

A formação terá a duração de 1h, 5 minutos para a introdução e fundamentação da sessão; 25 minutos para apresentação teórica e prática; 30 minutos para treino dos formandos e avaliação sumativa.



## 5. RECURSOS:

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** Alunas do 11º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação da Enfermeira , especialista em Saúde Infantil da UCC ;
- **Recursos Físicos:** Sala de Reuniões da UCC
- **Recursos materiais:** Um computador portátil; um projetor; 2 colchões; 2 modelos de simuladores de reanimação (lactente e criança); protetores faciais, um insuflador manual.
- **Recursos Financeiros:** suportados pela UCC



## **6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO:**

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Será feita avaliação escrita no início e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que já possuíam e quais adquiriram com a sessão. As respostas são de forma anónima e voluntária.

Serão criadas duas bancas práticas de suporte básico de vida (uma do lactente e outra da criança), onde os formandos poderão praticar e esclarecer dúvidas.



## 7. PLANIFICAÇÃO:

<b>Formadoras:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira</li> <li>• Maria de Fátima da Silva Aguir</li> </ul> <p>Alunas do 11º MESIP UCP</p> <p><b>Tema:</b> “Suporte Básico de Vida Pediátrico”</p> <p><b>Duração:</b> 1h</p>		<b>Grupo destinatário:</b> Profissionais da UCC <input type="text"/> (13 Enfermeiros, 1 Administrativa e 1 Nutricionista)		
		<b>Local:</b> Sala de Reuniões UCC <input type="text"/>		
		<b>Data:</b> 8 Maio de 2018		
		<b>Hora:</b> 13h30		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos	Avaliação
<b>Introdução</b>  <b>5 Minutos</b>	Apresentação da acção de formação; Referência aos conteúdos que irão ser abordados;	Expositivo  Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projetor</li> <li>• Computador</li> </ul>	

<p><b>Desenvolvimento</b></p> <p><b>25 Minutos</b></p>	<p>Definição de Suporte Básico de Vida Pediátrico;</p> <p>Diferenças entre a criança e o adulto;</p> <p>Algoritmo suporte básico de vida pediátrico;</p> <p>Manobras de desobstrução da via aérea;</p> <p>Demonstração prática das técnicas abordadas.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Descritivo</p> <p>Interativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projetor</li> <li>• Computador</li> <li>• Modelos práticos para reanimação</li> </ul>	
<p><b>Conclusão</b></p> <p><b>30 Minutos</b></p>	<p>Treino prático dos formandos nos modelos de reanimação: Banca de SBV Lactente/banca de SBV criança</p> <p>Avaliação da acção de formação através de questionário;</p>	<p>Interativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projetor</li> <li>• Computador</li> <li>• Modelos práticos para reanimação</li> </ul>	<p>Sumativa</p>

## 8. CONCLUSÃO:

A evolução dos cuidados depende da atualização permanente dos profissionais de saúde sobre os resultados mais recentes de investigação. Um enfermeiro especialista deve ser rigoroso, comunicando aos seus pares os últimos achados científicos de forma clara e envolvendo-os no seu processo de formação. Na UCC  é de suma importância os profissionais que lá trabalham saibam identificar atempadamente situações de emergência e agir em conformidade.

Com esta sessão pensamos ir de encontro a esse objetivo, permitindo salvar vidas com o mínimo de sequelas possível.



## **9. BIBLIOGRAFIA:**


- European Resuscitation Council. 2015. Recomendações 2015 para a Reanimação do European Resuscitation Council.
- Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM- versão 3.0 - 1ª Edição 2017



## **APÊNDICES**



## Apêndice I – Apresentação da Sessão



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# Suporte Básico de Vida Pediátrico

[Redacted], 8 de Maio de 2018

Maria de Fátima da Silva Aguiar e Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira  
Mestrandas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa

[Redacted]

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

- Suporte Básico de Vida Pediátrico



- Manobras de Desobstrução da Via Aérea



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

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

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

- 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.

## Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



## Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

Na criança, o reconhecimento precoce da gravidade da situação e o pedido de ajuda para prevenir a paragem cardiorrespiratória é de extrema importância:

- A prioridade é otimizar a oxigenação (com insuflações iniciais e SBV);
- **Ligar 112:** para pedir ajuda diferenciada;
- Suporte Avançado de Vida/Desfibrilhação/ Cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

Aproximação segura

Verificar resposta

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 Insuflações iniciais

15 compressões: 2 insuflações  
durante 1 minuto

Ligar 112

15 compressões: 2 insuflações

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Aproximação segura:

- Avaliar as condições de segurança para o reanimador, para a vítima e para terceiros, antes de abordar a criança.

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Verificar resposta:

- Avaliar a reatividade da criança.
- Se a criança responder, deve avaliar a situação em causa e potenciais riscos e, se necessário, deixá-la na posição em que está e ligar 112, reavaliando-a frequentemente.
- Se a criança não responder, passe ao “Pedido de Ajuda”.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Pedido de Ajuda:

- Se estiver sozinho, peça ajuda gritando em voz alta “Preciso de ajuda! Está aqui uma criança desmaiada!”
- No entanto, não abandone a criança para ir pedir ajuda nem atrase o início do SBV e avance para o passo seguinte.
- Se houver uma segunda pessoa presente, peça-lhe que ligue para o 112, enquanto prossegue com o algoritmo.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Permeabilizar Via Aérea:

- Extensão da cabeça – elevação do queixo
- Coloque a palma de uma mão na testa da criança e incline cuidadosamente a cabeça para trás;
- Com a outra mão faça a elevação do queixo, colocando os dedos indicador e médio no bordo do maxilar inferior (mento ou queixo). Deve ter cuidado para não pressionar os tecidos moles abaixo do queixo, pois pode causar obstrução da via aérea.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Permeabilizar Via Aérea:

- No lactente, a cabeça fica habitualmente fletida em relação ao pescoço. A extensão da cabeça deve ser efetuada de forma a obter uma “posição neutra”, isto é, a face do lactente ficar paralela ao plano onde está deitado (a orelha alinhada com o eixo do tronco).



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Permeabilizar Via Aérea:

##### Subluxação da mandíbula

- Esta manobra é a mais eficaz para abertura da via aérea e é a indicada nas situações em que há necessidade de imobilizar a coluna cervical por suspeita de trauma, ou se não estamos a ser eficazes com a técnica da extensão da cabeça e elevação do queixo.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Verificar Respiração:

- Após ter efetuado a permeabilização da via aérea deve:
- Avaliar se respira normalmente. Para verificar este aspeto a melhor técnica é “ver, ouvir e sentir” (VOS), efetuada durante, no máximo, 10 segundos.
- **VER** - se existem movimentos torácicos;
- **OUVIR** - se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;
- **SENTIR** - na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Verificar Respiração:



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Verificar Respiração:

- Se a criança respira normalmente e não há evidência de trauma, coloque-a em posição de recuperação (se existe história de trauma, a lesão da coluna cervical deve ser considerada)
- Se a criança não respira normalmente, mantenha a permeabilidade da via aérea, remova cuidadosamente qualquer obstrução óbvia e inicie a ventilação com ar expirado, efetuando 5 insuflações.

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### 5 Insuflações Iniciais:

##### Nos Lactentes:

- Técnica de ventilação boca a boca-nariz



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### 5 Insuflações Iniciais:

##### Nas crianças:

- Técnica de ventilação boca a boca



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

#### Se Insuflações Ineficazes:

- Rever a via aérea, com reposicionamento da cabeça;
- Garantir que há boa selagem antes de tentar a próxima insuflação;

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Circulação

- Após as 5 insuflações iniciais, o reanimador deve:
- Determinar se a criança tem sinais de vida ou se necessita de compressões torácicas.

A pesquisa de sinais de vida não deve demorar mais do que 10 segundos.

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Circulação

- No lactente deve palpar o pulso braquial, na parte interna do braço, e na criança o pulso carotídeo. Em qualquer dos grupos pode palpar o pulso femoral;
- Se não houver sinais de vida deve iniciar de imediato compressões torácicas, mantendo uma alternância de 15 compressões com 2 insuflações.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Compressões Torácicas:

No lactente:

- Coloque 2 dedos no meio da linha intermamilar
- Comprima a metade inferior do esterno com as pontas de dois dedos pelo menos 1/3 da profundidade do tórax (cerca de 4 cm).

Técnica dos 2 dedos



Técnica do abraço



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Compressões Torácicas:

Na criança pequena:

- Coloque a base de uma mão sobre a metade inferior do esterno. Levante os dedos para garantir que não aplica pressão nas costelas da criança. Posicione-se verticalmente acima do tórax da vítima e, com o braço estendido, comprima o esterno deprimindo-o pelo menos 1/3 da profundidade do tórax (cerca de 5 cm)



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Compressões Torácicas:

Na criança maior:

- Colocar as mãos entrelaçadas na metade inferior do esterno (um dedo acima do apêndice xifóide). Deve levantar os dedos de forma a que só a base da mão faça pressão. De seguida, mantendo o braço esticado, sem fletir o cotovelo, e de forma que o ombro fique perpendicular ao ponto de apoio da mão, pressiona o tórax cerca de um terço da sua altura (5 cm na criança), usando o peso do seu corpo.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Quando Parar?

- Quando chegar a ajuda de profissionais diferenciados.
- Quando estiver fisicamente exausto.
- Quando a criança começar a respirar normalmente.

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Suporte Básico de Vida Pediátrico

Aproximação segura

Verificar resposta

Gritar por ajuda

Permeabilizar Via Aérea

Verificar respiração

5 Insuflações iniciais

15 compressões: 2 insuflações  
durante 1 minuto

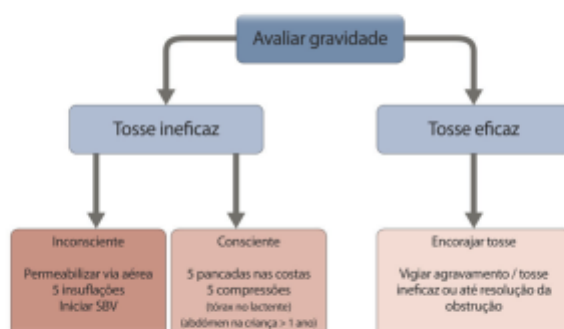
Ligar 112

15 compressões: 2 insuflações

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos

- A obstrução da via aérea nas crianças é uma situação frequente.
- A maioria das situações 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.

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos – Criança Consciente

1

- Se a criança tosse eficazmente, não são necessárias outras manobras. Encorajar a tosse e vigiar continuamente.
- Se a tosse é, ou se está a tornar ineficaz, deve gritar por ajuda de imediato e avaliar o estado de consciência.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos – Criança Consciente

2

- Aplicar até 5 pancadas nas costas (inter-escapulares)
- Vigiar se a situação se resolve



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos - Criança Consciente

3

Nos lactentes:

- Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares, passar à aplicação de até 5 compressões torácicas



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Desobstrução da Via Aérea – Obstrução por corpos estranhos - Criança Consciente

3

Nas crianças com mais de 1 ano de idade:

- Se a obstrução não for resolvida com a aplicação das pancadas interescapulares, passar à aplicação de 5 compressões abdominais (Manobra de Heimlich)



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Obstrução Total da Via Aérea - Criança Consciente

- Após as 5 compressões torácicas ou abdominais verifique se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto **apenas se for visível**.
- Repita sequências de 5 pancadas interescapulares / 5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser resolvida.



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente

- **Se uma criança/lactente com Obstrução da Via aérea por corpo estranho está, ou se entretanto fica inconsciente, o reanimador deve colocá-la sobre uma superfície plana e dura e iniciar SBV.**



## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente

- **Permeabilizar e Pesquisar a Via Aérea**
- **VOS**
- **5 Insuflações Iniciais**
- **SBV durante um minuto**
- **Ligar 112**

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente

- **Após cada 15 compressões, o reanimador deve permeabilizar a via aérea e pesquisar a cavidade oral antes de tentar efetuar as 2 insuflações; se for observado um corpo estranho, deve tentar removê-lo através da manobra digital.**
- **Ao fim de 1 minuto (5 ciclos de 15:2), se ainda estiver sozinho deve ativar o sistema de emergência médica ligando 112.**

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Obstrução Total da Via Aérea - Criança Inconsciente

- Se a criança recuperar consciência e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocada na posição de recuperação, vigiando e reavaliando continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada da ajuda diferenciada.

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

### Bibliografia:

- Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico - INEM - versão 3.0 - 1ª Edição 2017
- Paediatric basic life support, Guidelines 2015 – European Resuscitation Council

## Suporte Básico de Vida a Crianças e Jovens

**Obrigada**



## Apêndice II – Questionário de Avaliação

**Formação em Serviço**

### Questionário de avaliação de conhecimentos

#### Identificação da Ação: Suporte Básico Vida Pediátrico

Designação: SBV Pediátrico

Data: 08/05//2018

Antes da ação

Depois da ação

#### Instruções de preenchimento

- Para cada uma das questões colocadas assinale com um X o local respetivo, sendo que “V”, considera a questão verdadeira, “F”, considera a questão falsa;
- Caso não saiba o que responder numa determinada questão, coloque um X na opção “NS”/“NR”, não sei/não responde.

	V	F	NS/NR
1. A Cadeia de sobrevivência pediátrica consiste em: Prevenir, Reanimar, Ligar 112 e Estabilizar.	X		
2. A Subluxação da mandíbula é a técnica mais comum de permeabilização da via aérea na criança.		X	
3. Quando avaliamos a respiração na criança, devemos Ver, Ouvir e Sentir durante 30 segundos.		X	
4. A relação compressões/insuflações na criança é 30:2.		X	
5. O SBV Pediátrico, inicia-se com 5 insuflações e um minuto de suporte de vida e só depois se liga 112.	X		
6. A técnica de compressão com 2 dedos deve ser usada em crianças entre os 5 e os 8 anos.		X	
7. Numa criança com obstrução da via aérea, com tosse eficaz, devemos impedir a tosse.		X	
8. Na criança de 9 meses com Obstrução da Via Aérea, consciente, com tosse ineficaz, a sequência de atuação é 5 pancadas interescapulares/ 5 compressões torácicas.	X		
9. Na pesquisa da via aérea, se encontrarmos um corpo estranho, devemos sempre removê-lo o mais depressa possível.		X	
10. A posição lateral de segurança deve ser usada em todos os casos em que a criança recupere respiração eficaz.		X	

Nome (opcional): \_\_\_\_\_



## Apêndice III – Análise dos resultados do questionário

Gráfico 1. Percentagem de respostas corretas ao questionário apresentado na ação de formação

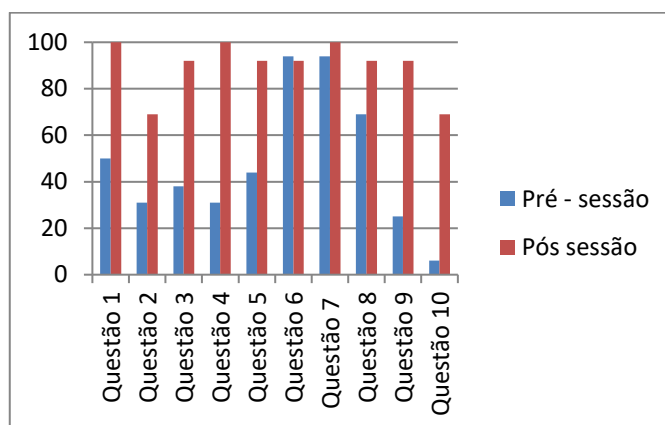
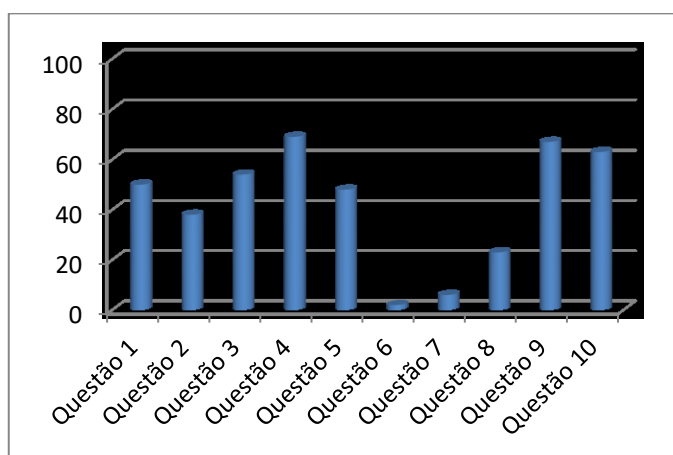


Gráfico 2. Aumento percentual de respostas corretas no pós-teste



### Reflexão:

Após observação dos resultados, podemos inferir com segurança que houve um nítido aumento no número de respostas corretas após a formação.



## Apêndice IV – Questionário de Avaliação da Sessão



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Formação Suporte Básico de Vida Pediátrico –

Mestrandas:

Maria de Fátima Aguiar e Sílvia Helena Ferreira Gonçalves Pereira

<b>1. CONTEUDO PROGRAMÁTICO</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>
Objetivos da Ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corresponde às Expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>
Documentos Utilizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilização dos recursos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. FORMADOR</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>
Domínio do Assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Método relativamente aos objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linguagem Utilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamento com os Participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Apêndice V – Resultados da análise de respostas à avaliação da formação

Gráfico 3. *Objetivos da Ação*

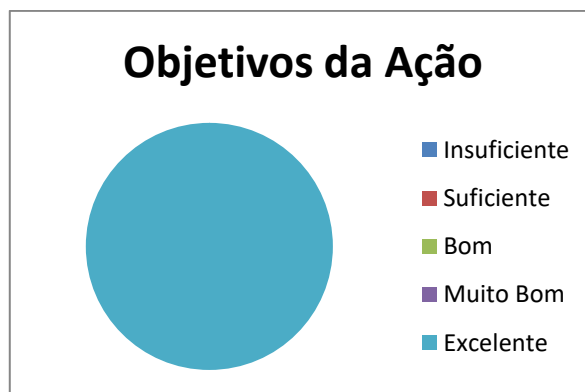


Gráfico 4. *Utilidade dos Conteúdos*

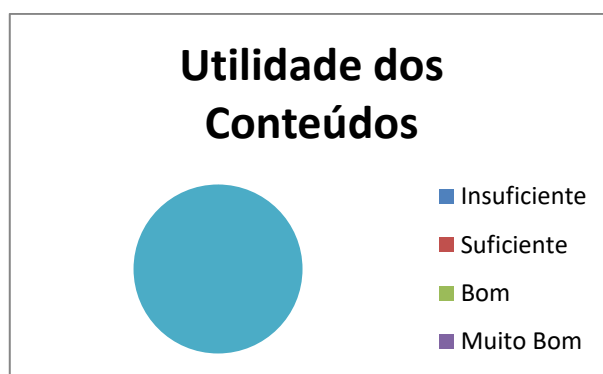


Gráfico 5. *Corresponde às expetativas*



Gráfico 6. Documentos Utilizados

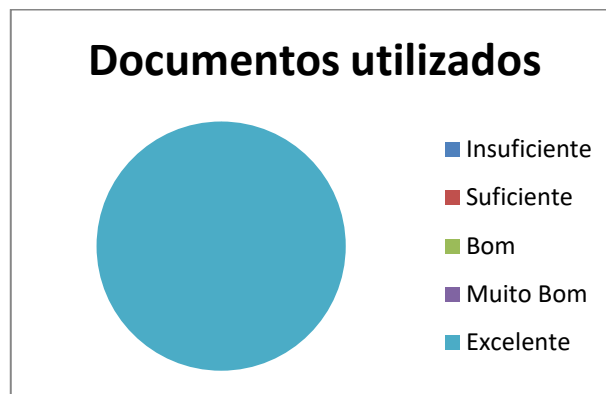


Gráfico 7. Meios Audiovisuais

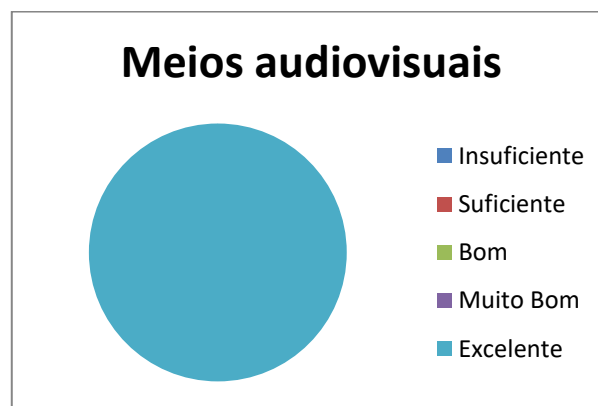


Gráfico 8. Utilização dos recursos didáticos

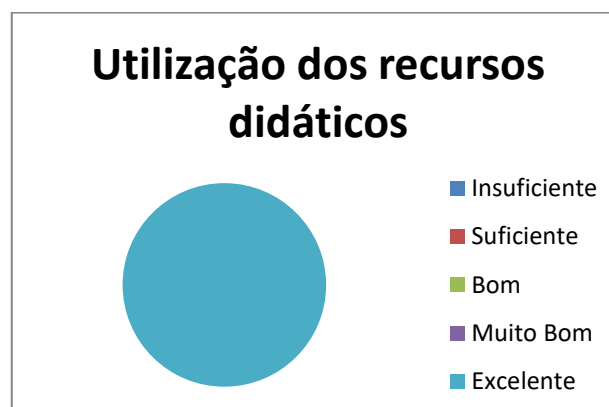


Gráfico 9. Domínio do assunto

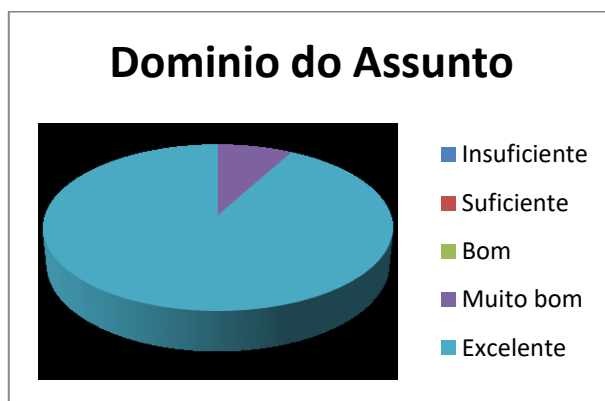


Gráfico 10. Método relativamente aos objetivos



Gráfico 11. Linguagem utilizada

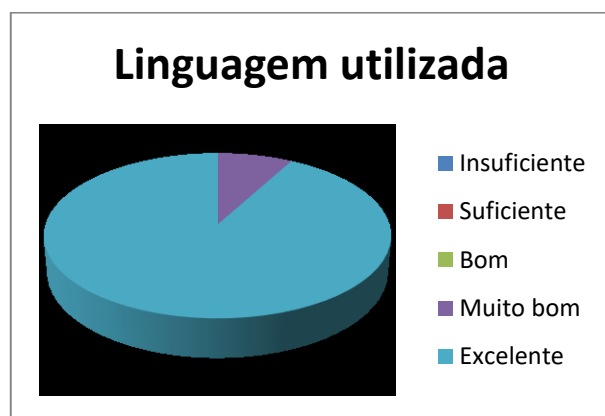


Gráfico 12. *Empenho*

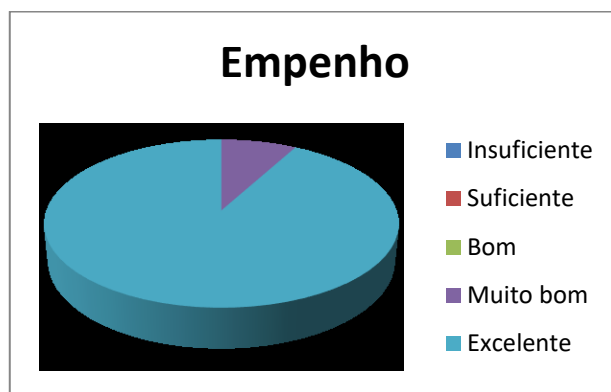
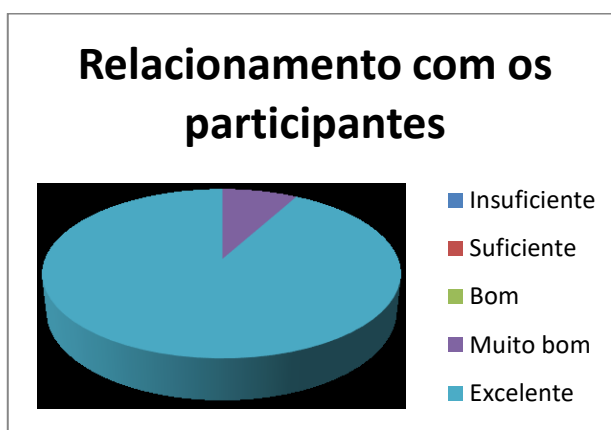


Gráfico 13. *Relacionamento com os participantes*



**Reflexão:**

Após análise dos resultados podemos concluir que a grande maioria dos formandos classificaram a formação e as formadoras com excelente.