



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PROMOÇÃO DE CUIDADOS ATRAUMÁTICOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

PROMOTION OF ATRAUMATIC CARE: INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH

Por:

Maria Hogan Teves de Almeida

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PROMOÇÃO DE CUIDADOS ATRAUMÁTICOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

PROMOTION OF ATRAUMATIC CARE: INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH

Por:

Maria Hogan Teves de Almeida

Sob a orientação de: Professora Doutora Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério

Lisboa, 2019

AGRADECIMENTOS

À minha família, por todo o carinho, educação e apoio, em todos os momentos!

Em especial à minha mãe e à minha avó, por todo o amor, todos os mimos e por acreditarem incondicionalmente em mim; à minha irmã mais velha, que me atura desde sempre e, mesmo longe, se mantém por perto e me continua a ensinar tanta coisa; ao meu avô, por todos os conselhos e conhecimentos e, no fundo, por ser o meu exemplo e o meu “super-avô”.

Ao Francisco, pela paciência infundável, por toda a dedicação, apoio e coragem para me acompanhar neste percurso...sem ti, não teria sido possível.

A todos os meus colegas de curso, especialmente à Maria, por toda a ajuda e motivação, mesmo nos momentos menos fáceis, e ao Gonçalo, por me ter acompanhado nesta aventura.

A todos os docentes da Universidade Católica Portuguesa e, em particular, à minha orientadora, Professora Doutora Margarida Lourenço, por todos os conselhos, conhecimentos partilhados e pela disponibilidade.

A todas as enfermeiras orientadoras e a todos os profissionais com quem contactei nos locais de estágio; pela partilha, integração, compreensão, dedicação e por terem contribuído para que eu me tornasse, sem dúvida, uma melhor enfermeira.

A todas as crianças, jovens e famílias com quem me cruzei ao longo deste percurso e com as quais trabalho diariamente...por todos os sorrisos, brincadeiras e partilhas que me fazem querer ser melhor, dia após dia.

A todos, o meu sincero e profundo, muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pretende descrever, de forma analítica e reflexiva, o percurso formativo realizado, que conduziu ao desenvolvimento e aquisição de competências pessoais, do Enfermeiro Especialista e, particularmente, do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Neste, sustentei a minha tomada de decisão na Teoria do Conforto, de Kolcaba, no Modelo de Parceria de Cuidados, de Casey, e numa revisão *scoping* que elaborei.

O recurso da criança/jovem aos cuidados de saúde constitui, frequentemente, um momento envolto em stress e ansiedade, vivenciado de forma negativa e perturbadora, com repercussões no seu crescimento e desenvolvimento saudável. Neste âmbito, o enfermeiro deve adequar a sua intervenção, ajudando-a a gerir as emoções negativas, otimizando o seu conforto e bem-estar e proporcionando-lhe uma experiência o menos traumática possível, onde veja satisfeitas todas as suas necessidades, de forma integral.

A temática do relatório centra-se na promoção dos cuidados atraumáticos, considerando-os fundamentais para assegurar cuidados de qualidade à criança/jovem e família e reconhecendo o seu cariz transversal a todos os níveis de prestação de cuidados (primário, secundário – envolvendo ou não a hospitalização – e terciário). Assim, desenvolvi atividades direcionadas a esta temática ao longo dos quatro estágios que compuseram este percurso, nomeadamente, numa unidade de cuidados de saúde personalizados, de cuidados intensivos neonatais, num serviço de internamento de pediatria e, por fim, de urgência pediátrica.

Em cada um destes contextos, foram definidos objetivos consonantes com o meu projeto individual de aprendizagem, que foram atingidos através da consecução de atividades nas quais procurei atender aos pilares da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, prestando cuidados atraumáticos e valorizando o envolvimento da família enquanto fonte de segurança e tranquilidade para a criança/jovem, reconhecendo a importância da parceria de cuidados.

No âmbito do estágio na unidade de cuidados de saúde personalizados, destaco: a realização de sessões de educação para a saúde direcionadas aos cuidadores; a elaboração de medalhas e diplomas de bom comportamento. Relativamente às atividades desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos neonatais, realço a realização de um plano de cuidados com ênfase no conforto do recém-nascido e a elaboração de um folheto informativo com vista à promoção de estratégias que visam minimizar o trauma vivenciado pela díade pais-bebé. No serviço de internamento de pediatria ressalvo a realização de uma sessão de formação à

equipa de enfermagem acerca da utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor. No contexto do serviço de urgência pediátrica, saliento a constante utilização do “kit sem dor”, bem como a elaboração de uma norma de procedimento referente à sua aplicação.

Considero que este percurso teve um papel enriquecedor no meu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando possível a consolidação de competências relacionais, técnico-científicas e ético-legais, desenvolvidas com base na partilha e reflexão acerca do papel do enfermeiro especialista ao nível da gestão e implementação de intervenções de enfermagem complexas, com recurso ao pensamento crítico e à tomada de decisão fundamentada e sustentada em evidência científica atual.

Palavras-chave: enfermagem, criança/jovem, família, cuidados atraumáticos, conforto.

ABSTRACT

The present work, developed in the scope of the Master Course in Nursing with specialization in Child and Pediatric Health Nursing, intends to describe, in an analytical and reflexive way, the training course carried out that led to the development and acquisition of personal skills and competencies of the Specialist Nurse, in particular the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health. I held my decision-making based on the Kolcaba's Theory of Comfort, Casey's Partnership in Care Model, and my own scoping review.

The use of health care by the child/youth is often a time of stress and anxiety, experienced in a negative and disturbing way, with repercussions on their healthy growth and development. In this context, the nurse must adapt his/her interventions in order to help the child/youth to manage their negative emotions, to optimize their comfort and well-being, and to provide them with the least traumatic experience. The child has to meet all their needs, fully and completely.

This report focuses on the promotion of atraumatic care, considering it fundamental for the provision of quality care to the child/youth and family and recognizing their crosscutting nature at all levels of care (primary, secondary – whether or not involving hospitalization – and tertiary care). Accordingly, I developed activities directly related with this theme throughout the four internships that composed this course, namely, in a personalized health care unit, in a neonatal intensive care unit, in a pediatric inpatient service and, finally, in a pediatric emergency department.

In each one of these contexts, objectives were defined in accordance with my individual learning project. The objectives were achieved through the accomplishment of activities in which I tried to attend to the pillars of child and pediatric health, providing atraumatic care and enhancing the involvement of the family as a source of security and tranquility to the child/youth, recognizing the importance of care partnership.

Under the internship in the personalized health care unit, I highlight: health education sessions directed to caregivers; the preparation of medals and diplomas of good behavior. Regarding the activities carried out in the neonatal intensive care unit, I underline the creation of a plan of care with emphasis on the comfort of the newborn, as well as the preparation of an information leaflet to promote strategies aimed at minimizing the trauma experienced by the father-baby dyad. In the pediatric inpatient service, I emphasize the training session to the nursing team about the use of non-pharmacological strategies to control the pain. In the context of the pediatric emergency department, I highlight the

constant use of the “painless kit”, along with the preparation of a standard procedure about it.

I believe that this journey had an enriching role in both my personal and professional development, making possible the consolidation of relational, technical-scientific and ethical-legal competences, developed based on the sharing and reflection about the role of the specialist nurse in the management and implementation of complex nurse interventions (with the use of critical thinking and informed decision-making based on current scientific evidence).

Key-words: nursing, child/youth, family, atraumatic care, comfort.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BT – Brincar Terapêutico

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

ed. – edição

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EFS – *Early Feeding Skills*

et al – e outros

JBI – *Joanna Briggs Institute*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PWP – *PowerPoint*

RN – Recém-nascido

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUPed – Serviço de Urgência de Pediatria

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. PROMOÇÃO DE CUIDADOS ATRAUMÁTICOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	17
1.1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	17
1.2. REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DO CONFORTO, DE KATHARINE KOLCABA	19
1.3. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS, DE ANNE CASSEY	22
1.4. O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DOS CUIDADOS ATRAUMÁTICOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA: REVISÃO <i>SCOPING</i>	23
1.4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
1.4.2. OBJETIVO DA REVISÃO.....	25
1.4.3. QUESTÃO DE REVISÃO	24
1.4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
1.4.5. METODOLOGIA/ ESTRATÉGIA DE PESQUISA	26
1.4.6. EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS	27
1.4.7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	27
1.4.8. DISCUSSÃO/ CONCLUSÕES	32
2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS	37
2.1. “A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA”	37
2.1.1. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS	37
2.2. “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”.....	46
2.2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS.....	46
2.2.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	54
2.2.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA	59
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	75
APÊNDICE I: CONSULTAS DE ENFERMAGEM - AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	77
APÊNDICE II: CARTAZ INFORMATIVO “MAIOR PREVENÇÃO, MAIOR PROTEÇÃO!”	103
APÊNDICE III: “MEDALHAS” DE BOM COMPORTAMENTO	107
APÊNDICE IV: “DIPLOMAS” DE BOM COMPORTAMENTO	111
APÊNDICE V: RELATÓRIO DA ATIVIDADE “O CENTRO DE SAÚDE VEM À ESCOLA”	115

APÊNDICE VI: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “O BRINCAR TERAPÊUTICO ENQUANTO ESTRATÉGIA PROMOTORA DOS CUIDADOS ATRAUMÁTICOS”	121
APÊNDICE VII: RELATÓRIO DA REUNIÃO ENTRE A COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS E O NÚCLEO DE APOIO À CRIANÇA E JOVEM EM RISCO	131
APÊNDICE VIII: RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA A UMA CRIANÇA REFERENCIADA PELO SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA	137
APÊNDICE IX: NORMA DE PROCEDIMENTO: “NORMA DE BOAS PRÁTICAS DE MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL DA CRIANÇA/JOVEM”	143
APÊNDICE X: FORMULÁRIO DO QUESTIONÁRIO “DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA”	151
APÊNDICE XI: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS “DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA”	155
APÊNDICE XII: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “DÚVIDAS DOS PAIS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA”	167
APÊNDICE XIII: SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIRECIONADAS AOS PAIS.....	175
APÊNDICE XIV: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS”	207
APÊNDICE XV: TEORIA SINATIVA DO DESENVOLVIMENTO E <i>NEWBORN INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESMENT PROGRAM</i>	217
APÊNDICE XVI: PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	227
APÊNDICE XVII: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “CUIDAR EM NEONATOLOGIA: BEBÉ REAL VS BEBÉ IMAGINÁRIO”	233
APÊNDICE XVIII: FOLHETO INFORMATIVO “COMO TORNAR O INTERNAMENTO MAIS FÁCIL PARA SI E PARA O SEU BEBÉ?”	243
APÊNDICE XIX: “MEDALHAS” COMEMORATIVAS DOS PROGRESSOS DO RECÉM-NASCIDO	247
APÊNDICE XX: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “A MORTE DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS”	251
APÊNDICE XXI: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “COMPETÊNCIAS PRECOCES NA ALIMENTAÇÃO ORAL”	261
APÊNDICE XXII: <i>CHECKLIST</i> DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO	275
APÊNDICE XXIII: GUIA DE APOIO À APLICAÇÃO DA <i>CHECKLIST</i> DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO	279
APÊNDICE XXIV: DIÁRIO DE BORDO (SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA)	295
APÊNDICE XXV: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “HIPNOSE NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA/JOVEM: A LUVA MÁGICA”	311
APÊNDICE XXVI: SESSÃO DE FORMAÇÃO “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DA DOR NO LACTENTE E TODDLER”	321
APÊNDICE XXVII: POSTER “SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE: RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO”	337

APÊNDICE XXVIII: NORMA DE PROCEDIMENTO “UTILIZAÇÃO DO KIT SEM DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA”	341
APÊNDICE XXIX: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “UTILIZAÇÃO DO KIT SEM DOR”.....	349
APÊNDICE XXX: FOLHETO INFORMATIVO “KIT SEM DOR – O BRINCAR TERAPÊUTICO”	359
ANEXOS	363
ANEXO I: CONSTITUIÇÃO DO “KIT SEM DOR”	365

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - <i>PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES</i> (PRISMA)	27
--	-----------

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - <i>ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SCOPING</i>	28
---	-----------

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge integrado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este, decorreu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP), culminando com a elaboração do presente documento, cujo objetivo consiste em analisar, de forma crítica e reflexiva, o meu percurso formativo ao longo dos vários momentos de estágio que realizei neste contexto. Para o seu desenvolvimento, recorri a uma metodologia reflexiva, descritiva e analítica, que pretende espelhar as experiências e oportunidades de aprendizagem que tive, bem como o seu impacto na minha formação pessoal e profissional e a sua influência no desenvolvimento e aquisição de competências de mestre e de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

O facto de exercer funções num serviço de internamento de pediatria, onde presto diariamente cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situação de doença complexa, estimulou a minha motivação para frequentar este curso de especialização, com vista à procura de conhecimentos científicos mais atuais e à aquisição de competências específicas do EESIP, investindo na minha formação contínua e valorizando a prática baseada na evidência (PBE), com o objetivo de melhorar e adequar a minha atividade profissional diária, prestando cuidados de excelência, que vão de encontro às necessidades específicas da criança, do jovem e da sua família.

Como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), o EESIP “*trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível*” (p.19192). Desta forma, elegi a temática da promoção de cuidados atraumáticos à criança/jovem e família, com vista ao desenvolvimento de competências que me permitam prestar cuidados especializados, que possibilitem minimizar o sofrimento da criança/jovem e família aquando da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, evitando traumas e situações que possam ser prejudiciais para o seu crescimento e desenvolvimento, humanizando os cuidados e garantindo-lhes o mais elevado estado de saúde possível, em todas as suas dimensões.

Como referencial teórico de apoio à elaboração deste trabalho, bem como à tomada de decisão, à reflexão e ao desenvolvimento do meu percurso formativo ao longo dos diversos ensinamentos clínicos que integraram esta fase final do curso de mestrado, optei por eleger a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba. Refletindo acerca daquela que é a minha área temática – a intervenção do enfermeiro enquanto promotor da prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem e família – esta foi uma Teoria que considerei oportuna, pelos pressupostos que elenca e pelo papel primordial que dá ao conforto enquanto elemento fulcral para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Considerei ainda pertinente realizar uma breve pesquisa e reflexão acerca do Modelo de Parceria de Cuidados, de Anne Casey, na medida em que este constitui também um importante suporte teórico no contexto da prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem e família, salientando um princípio de destaque no âmbito da filosofia de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica – os cuidados centrados na família, perspetivando-a como parceira no cuidar (Hockenberry e Wilson, 2014).

Relativamente à estrutura do trabalho, destacam-se dois capítulos distintos. No primeiro, é apresentada uma contextualização teórica, explicitando a identificação da problemática e a sua pertinência, explorando alguns conceitos que considerei relevantes [como por exemplo, cuidados atraumáticos e brincar terapêutico (BT)], clarificando as bases teóricas que sustentaram este percurso e, por fim, apresentando a revisão *scoping* realizada neste âmbito.

No segundo capítulo, é apresentada uma descrição e análise dos contextos de estágio onde tive a oportunidade de realizar ensino clínico, caracterizando sucintamente cada local e descrevendo os objetivos definidos em cada um deles, bem como as atividades executadas e as competências e habilidades desenvolvidas. Importa referir que, neste capítulo, os estágios apresentam-se pela ordem cronológica pela qual foram efetivamente realizados. O primeiro decorreu numa unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) em Lisboa, entre os dias 5 de fevereiro e 30 de março de 2018; o segundo foi realizado numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) de um hospital central da região de Lisboa, de 3 de setembro a 5 de outubro de 2018; o terceiro teve lugar num serviço de internamento de pediatria de um hospital de Lisboa, no período de 8 de outubro a 16 de novembro de 2018; e por último, o quarto estágio decorreu num serviço de urgência de pediatria (SUPed) de um hospital central da região de Lisboa, com início no dia 19 de novembro e término no dia 19 de dezembro de 2018.

Por fim, ressalvo que para a elaboração do presente trabalho, foi utilizada a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association*.

1. PROMOÇÃO DE CUIDADOS ATRAUMÁTICOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1.1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

No contexto do recurso aos cuidados de saúde, e quando a criança/jovem e a sua família se deparam com uma situação que pode ser stressante, assustadora ou perspectivada como ameaçadora, é importante que o enfermeiro consiga atuar no sentido de minimizar as emoções negativas experienciadas, ajudando a criança/jovem e o seu núcleo familiar a gerir-las da melhor forma, através da prestação de cuidados atraumáticos. Estes, de acordo com Hockenberry e Wilson (2014), referem-se à prestação de cuidados terapêuticos, fornecidos por profissionais de saúde especializados e competentes, através do uso de intervenções e estratégias que eliminem, atenuem ou minimizem o desconforto físico e psicológico experimentado pela criança/jovem e pelos seus familiares, tendo como principal objetivo não lhes causar qualquer tipo de dano no seu decurso.

Neste âmbito, destaca-se a importância do BT, devendo o recurso lúdico ser encarado, não apenas como um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas também como uma alternativa educacional (ao favorecer o desenvolvimento social, emocional e intelectual) e como uma alternativa terapêutica, auxiliando na diminuição do stress, do medo e da ansiedade, e facilitando a interação e o estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança/jovem e a equipa de saúde (Kiche e Almeida, 2012; Costa, 2016).

Tal como corrobora Castelo (2013), muitas vezes é através do ato de brincar que a criança/jovem comunica as suas necessidades e consegue expressar os seus sentimentos e emoções, utilizando esta estratégia como um meio natural de libertação de stress e de ansiedade em situações para ela complexas e delicadas. Desta forma, compreende-se que o BT constrói um canal de comunicação facilitador da aproximação do enfermeiro à criança/jovem, que permite então que alguém “estranho” entre no seu mundo e o explore em parceria consigo mesma e com os seus cuidadores.

Ainda como corroboram Menzani e Leiva (2017), a assistência em enfermagem não deve considerar apenas o cuidado físico, devendo ser valorizados todos os recursos ou medidas que possam proporcionar um cuidado mais humanizado, personalizado e completo à criança/jovem e família. No contexto particular da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é importante que o enfermeiro reconheça que se depara com um ser humano e com uma família em situações de grande vulnerabilidade psíquica, emocional, física e social, o que exige da sua parte uma compreensão que vai muito além do motivo que os conduziu aos cuidados de saúde e carece de uma sensibilidade apurada para reconhecer as suas particularidades e atuar em consonância com estas, perspetivando-os como seres holísticos e atendendo a todas as suas dimensões (Santos et al, 2016).

Tal como referem Pereira et al (2010), os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica têm vindo a transformar-se ao longo do tempo, particularmente no que concerne ao desenvolvimento de cuidados que têm em conta as necessidades específicas da criança/jovem e sua família, a prestação de cuidados atraumáticos e de cuidados centrados na família, perspetivando-a como parceira no cuidar e estimulando o seu envolvimento. Efetivamente, é importante que o enfermeiro seja capaz de reconhecer e implementar estratégias que tornem o contacto com os cuidados de saúde promotor de bem-estar, facilitando a adaptação da criança/jovem e família às circunstâncias em que se encontram e proporcionando-lhes uma experiência o menos traumática possível. Só assim, aliando os avanços científico-tecnológicos a que temos assistido nas últimas décadas, à humanização dos cuidados e à promoção de cuidados que perspetivem a criança/jovem como ser holístico e com necessidades peculiares, é possível prestar cuidados de enfermagem completos e de excelência (Cavalcante, 2015).

Também a OE (2013) defende que o modelo concetual de cuidados prestados pelo EESIP é centrado na necessidade de preservação, em qualquer circunstância, da segurança e bem-estar da criança/jovem e família, competindo ao enfermeiro a gestão diferenciada da dor e do bem-estar através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas e da mobilização de habilidades e conhecimentos que permitam a sua correta aplicação, bem como o controlo do medo, ansiedade e stress vivenciado pelas crianças/jovens [de acordo com Hockenberry e Wilson (2014) emoções muito frequentes aquando do confronto com os cuidados de saúde].

O enfermeiro, ao ser o profissional de saúde que mais tempo passa junto da criança/jovem e família, encontra-se numa posição privilegiada para intervir neste âmbito, tentando tornar a experiência de recurso aos cuidados de saúde o menos perturbadora

possível e contribuindo amplamente para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança/jovem, que sofre um enorme impacto das variações do ambiente físico, emocional e social em que esta se insere (Vieira et al, 2015). Assim, o enfermeiro deve assegurar que os acontecimentos que revestem o contacto com os cuidados de saúde não assumem um carácter traumático, prestando assistência que atenda às necessidades específicas da criança/jovem, prevenindo a criação de recordações negativas e perturbadoras, tanto para o presente como para situações futuras (*idem*).

Tal como referem Nilsson et al (2013), este constitui um aspeto importante na medida em que as recordações que a criança/jovem mantiver retidas da sua experiência de recurso aos cuidados de saúde irão ter um enorme impacto em situações semelhantes que venham a ocorrer posteriormente. Assim, se estas memórias forem negativas (associadas a angústia, dor e sofrimento), a criança/jovem terá tendência para adotar uma postura de afastamento em relação aos serviços de prestação de cuidados de saúde, ao invés da adoção de comportamentos promotores da saúde, com implicações negativas para o seu desenvolvimento global.

1.2. REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DO CONFORTO, DE KATHARINE KOLCABA

Para sustentar as intervenções de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem e sua família, optei por explorar a Teoria do Conforto, da autoria de Katharine Kolcaba. Esta, será então seguidamente apresentada, com o intuito de suportar a tomada de decisão que espelha o presente relatório.

De acordo com Apóstolo (2009), o conceito de conforto tem sido identificado como um elemento inerente aos cuidados de enfermagem, surgindo vinculado à sua origem e tendo vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados que se associam à evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e à evolução tecnocientífica, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem em particular. Também na perspetiva de Ponte e Silva (2016), o conforto é abordado como uma necessidade humana básica, constituindo um elemento indispensável e de carácter determinante para a prestação de cuidados de enfermagem numa perspetiva holística. Ainda na linha de pensamento dos autores anteriores, e tendo em consideração o foco atual dos cuidados na promoção da saúde, o conceito de conforto surge como essencial à manutenção e promoção do bem-estar, assumindo um valor relevante para a enfermagem.

Na sua Teoria, Kolcaba define vários conceitos, nomeadamente: necessidades de cuidados de saúde (identificadas como necessidades de conforto resultantes de situações de recurso aos serviços de saúde que possam causar tensão e incluindo necessidades em várias dimensões, inclusive físicas, psicológicas, espirituais, sociais e ambientais); medidas de conforto (definidas como intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específicas da pessoa, numa perspetiva holística); variáveis intervenientes (definidas pela autora como forças de interação que influenciam a perceção do recetor de cuidados em relação ao conforto total, podendo incluir fatores como a idade, experiências passadas, prognóstico, sistema de suporte, entre outras); conforto (apresentado como sendo a condição desejável experienciada pelos recetores das medidas de conforto); comportamentos de procura de saúde (que representam a categoria de resultados subsequentes relacionados com a procura de saúde conforme definida pelos recetores de cuidados) e integridade institucional (definida como a capacidade de uma instituição – como um hospital, uma escola ou outras – para ser considerada completa, íntegra, segura, honesta e sincera pelas suas qualidades) (Tomey e Aligood, 2004).

Para além disso, define ainda como conceitos meta paradigmáticos: enfermagem (enquanto apreciação intencional das necessidades de conforto e operacionalização/conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades, bem como a reapreciação dos níveis de conforto após a sua implementação); doente (perspetivado como a(s) pessoa(s) recetora(s) dos cuidados de enfermagem e podendo abranger indivíduos, famílias, instituições ou comunidades); ambiente (definido como qualquer aspeto do doente, família ou comunidade suscetível de ser manipulado e modificado pela intervenção da equipa de enfermagem ou pelos seus cuidadores, no sentido de melhorar o conforto) e saúde (que diz respeito ao funcionamento ótimo conforme as necessidades e os ideais de cada doente, família ou comunidade em particular) (*idem*).

Na Teoria do Conforto, Kolcaba defende que este é um conceito multidimensional, que diz respeito a uma “*experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)*” (Peterson e Bredow, 2008, p.254) defendendo que o conforto vai muito além da ausência de dor ou de outros desconfortos físicos, assumindo um cariz muito mais abrangente.

Relativamente aos tipos de conforto, o conceito de alívio surge associado ao estado no qual o doente vê satisfeitas as suas necessidades específicas; já a tranquilidade diz respeito a um estado de calma e/ou contentamento; por fim, a transcendência constitui um estado no

qual o doente consegue ultrapassar os seus problemas ou o seu sofrimento [Tomey e Aligood (2004), citando Fisher e Kolcaba (1996)].

No que diz respeito aos contextos em que ocorre a experiência do conforto, Kolcaba defende que o contexto físico está relacionado com sensações corporais e mecanismos homeostáticos do próprio organismo; o contexto psico-espiritual diz respeito à consciência interna de si mesmo, incluindo aspetos como a autoestima e o autoconceito; o contexto sociocultural envolve as relações interpessoais, familiares e sociais, bem como tradições familiares, rituais e práticas religiosas; e o contexto ambiental engloba aspetos do meio envolvente que influenciam a experiência humana, incluindo fatores como a temperatura, a iluminação, os ruídos, os odores, entre outros (*idem*).

Kolcaba e DiMarco (2005), aplicando os pressupostos básicos da Teoria do Conforto à prática da enfermagem em saúde infantil e pediátrica, defendem que a criança/jovem e a sua família têm respostas holísticas perante um estímulo complexo, devendo os enfermeiros identificar as suas necessidades de conforto que ainda não tenham sido satisfeitas e planear intervenções adequadas para as satisfazerem da melhor forma, assegurando uma prestação de cuidados integral.

Na perspetiva dos autores, e no caso específico da criança/jovem e família, a manutenção e otimização do conforto assume um carácter, por vezes, ainda melhor que o próprio tratamento e, nos casos em que o desconforto ambiental não poder ser prevenido, a criança/jovem e a sua família devem ser apoiadas no sentido de alcançar a transcendência através de estratégias de conforto que permitam a esperança, o sucesso e o suporte adequado perante situações de tensão, medo, dor, desconforto ou sofrimento. Assim, é importante que o enfermeiro considere a criança/jovem envolvida no seu contexto familiar e que promova o conforto de forma constante e regular, na medida em que, se este for atingido, a criança/jovem e família terão tendência para adotar comportamentos promotores da saúde.

Khan (2017), reconhece também a relevância da Teoria do Conforto desenvolvida por Kolcaba, destacando a importância de perspetivar este conceito como parte estruturante e indispensável para o cuidado de enfermagem. Assim, pretendo explorar a problemática do conforto numa perspetiva de cuidados humanizados à criança/jovem e família, considerando-o parte integrante da intervenção do enfermeiro e destacando o papel da prestação de cuidados traumáticos neste âmbito.

O conceito de conforto deve constituir um expoente máximo da intervenção do enfermeiro, devendo ser devidamente valorizado, mantido e promovido, constituindo um dos resultados *major* dos cuidados de enfermagem (Oliveira, 2013). No contexto da minha

temática e, debruçando-me particularmente na intervenção do enfermeiro enquanto elemento promotor da implementação da filosofia dos cuidados atraumáticos, considero o conforto um elemento fulcral, cuja satisfação depende diretamente da capacidade do enfermeiro para atuar neste campo, minimizando o impacto negativo que o contacto com os cuidados de saúde pode gerar na criança/jovem e sua família.

1.3. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS, DE ANNE CASSEY

A filosofia de enfermagem de saúde infantil e pediátrica baseia-se em princípios próprios, onde se inclui o dos cuidados centrados na família, envolvendo-a nos cuidados prestados e perspetivando-a como foco da intervenção de enfermagem, a par da criança/jovem alvo de cuidados (Mendes e Martins, 2012; Hockenberry e Wilson, 2014). Com base neste princípio, Anne Casey desenvolveu o seu Modelo de Parceria de Cuidados, no ano de 1988. Este, engloba cinco conceitos fundamentais (criança, família, enfermeiro, ambiente e saúde) e assenta no pressuposto da inclusão dos pais nos cuidados à criança/jovem, realçando o papel crucial do envolvimento e participação da família nos cuidados prestados, considerando-a imprescindível para a obtenção de ganhos efetivos em saúde (Ribeiro et al, 2015).

Efetivamente, a permanência dos pais junto da criança/jovem acarreta francos benefícios para esta díade e para a própria prestação de cuidados de saúde, facilitando a gestão de emoções negativas que a criança/jovem pode experienciar, aumentando os seus sentimentos de segurança e bem-estar e, conseqüentemente, constituindo um elemento facilitador no âmbito da prestação de cuidados atraumáticos (Al-Yateem et al, 2015).

Assim, o enfermeiro deve perspetivar o binómio criança – família, estimulando o envolvimento dos pais em todo o processo de saúde – doença da criança/jovem e fornecendo-lhes ferramentas que lhes permitam cuidar dos seus filhos com confiança, segurança e clareza (Casey e Mobbs, 1988). Na sua ótica, a intervenção do enfermeiro implica o fornecimento de suporte, apoio, ensino e encaminhamento à família, para que esta se torne apta na satisfação das necessidades da criança; assim, verifica-se fundamental o envolvimento dos pais, que ocorre pelo desenvolvimento de uma relação de ajuda estabelecida entre a tríade pais – criança/jovem – enfermeiro (Casey, 1995).

Desta forma, considerei pertinente explorar sucintamente este Modelo, que possui uma estreita ligação com a temática do presente relatório e sustentou também várias decisões espelhadas no mesmo, perspetivando-se a presença e envolvimento dos pais como uma

forma de promoção dos cuidados atraumáticos ao constituir uma estratégia que potencia e otimiza o bem-estar e conforto da criança/jovem, permitindo-lhe vivenciar uma experiência mais agradável e segura.

Tal como sugere Casey, citada por Glasper e Tucker (1993), para manter e promover o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, os cuidados que lhe são prestados devem sê-lo numa base de proteção, estímulo e amor; logo, os melhores cuidadores para cada criança são os seus próprios pais, que devem ser estimulados a adotar uma postura ativa neste contexto, reconhecendo a primazia do seu papel e o contributo único que podem trazer à vida dos seus filhos.

1.4. O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DOS CUIDADOS ATRAUMÁTICOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA: REVISÃO *SCOPING*

Atendendo ao papel primordial que a investigação assume atualmente na área da saúde, foi realizada uma revisão *scoping*, que visa obter conhecimentos atualizados e científicos para a prática de enfermagem e sustentar o meu percurso formativo, fundamentando-o de forma coesa e rigorosa. Tal como referem Dansky et al (2017), a PBE assume um papel de extrema importância no âmbito da prestação de cuidados de saúde, apoiando a pesquisa, o ensino e a prática de cuidados e constituindo uma das principais estratégias para sustentar a tomada de decisão.

Como sugerem os autores, nas últimas décadas tem ocorrido uma maior valorização do conhecimento científico disponível, devido à utilização da PBE e ao reconhecimento da sua importância perante um desenvolvimento tecnológico considerável, com incorporação de métodos cada vez mais avançados para prevenção, diagnóstico e tratamento, modificando o processo de cuidar e a prática profissional do enfermeiro e, conseqüentemente, exigindo a sua constante atualização e aprimoramento profissional.

Efetivamente, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas perante a realidade atual com que o enfermeiro se depara, no sentido de prestar cuidados de excelência (Martins, 2008). Desta forma, elaborei a presente revisão *scoping* no sentido de mapear a literatura e a evidência científica existente no âmbito da área dos cuidados atraumáticos e da intervenção preponderante do enfermeiro neste contexto. Esta, pressupõe uma metodologia exploratória, metódica e ordenada, permitindo uma compreensão dos dados encontrados e do modo como estes se relacionam entre si (Vilelas, 2017).

1.4.1. Enquadramento Teórico

Tal como é possível verificar através da identificação da problemática apresentada anteriormente, é notória a pertinência desta revisão *scoping*, na qual pretendo mapear o conhecimento existente nesta área temática de grande relevo para a prestação de cuidados à criança/jovem e família, identificando e refletindo sobre a importância da intervenção do enfermeiro neste contexto, intervenção esta que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2013).

Efetivamente, é importante que o enfermeiro que presta cuidados a crianças/jovens e suas famílias, intervenha privilegiando os cuidados atraumáticos, a parceria de cuidados com os pais e os cuidados centrados na família, sustentando a sua ação nestes três pilares da filosofia da enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Hockenberry e Wilson, 2014; OE, 2011).

Tal como sugerem Oliveira e Oliveira (2013), a meta prioritária na prestação de cuidados atraumáticos consiste precisamente em não causar nenhum dano à criança/jovem e família, o que certamente só será conseguido ao evitar o afastamento da criança/jovem dos seus familiares e dos seus hábitos e rotinas quotidianas, ao estimular o sentido de autocontrolo da criança/jovem e ao evitar ou minimizar qualquer lesão corporal ou dor. Para atingir esta finalidade, o enfermeiro reúne uma série de capacidades e uma panóplia de estratégias que se revelam extremamente úteis, tendo a obrigação de as mobilizar eficazmente, aplicando-as de forma adequada perante cada criança/jovem e família, ajustando-as a cada situação em particular (OE, 2018).

Desta forma, torna-se importante compreender que estratégias o enfermeiro pode utilizar para prestar cuidados à criança/jovem e sua família, minimizando o impacto negativo que estes podem acarretar para o seu bem-estar físico, psicológico, emocional e social e, conseqüentemente, para o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

1.4.2. Objetivo da revisão

O objetivo desta revisão é mapear a evidência científica sobre a importância da intervenção do enfermeiro enquanto promotor da prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem e sua família durante a prestação de cuidados de saúde.

1.4.3. Questão de revisão

Tal como sugere o *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2015), a questão de revisão foi estabelecida com recurso à metodologia PCC, uma mnemónica que auxilia na identificação dos tópicos chave (Sanches, Rabin e Teixeira, 2018).

- P (população) – crianças/jovens (0 aos 18 anos) e suas famílias;
- C (conceito) – cuidados atraumáticos;
- C (contexto) – em qualquer contexto da prestação de cuidados de saúde.

Assim, pretende-se uma resposta para a seguinte questão:

- “Qual a intervenção do enfermeiro enquanto promotor dos cuidados atraumáticos à criança/jovem e família no contexto da prestação de cuidados de saúde?”.

1.4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

De forma a direcionar a pesquisa bibliográfica e orientar a seleção da evidência científica, adequando a precisão e pertinência dos resultados à questão de revisão previamente enunciada, foram definidos critérios de inclusão e exclusão, considerando elegíveis apenas os estudos consonantes com os critérios delineados e anteriormente referidos na PCC, aquando da formulação da questão de revisão.

De forma a sustentar a revisão em informação atual, defini ainda como critério de inclusão o cumprimento de uma janela temporal de 5 anos [de acordo com Olson (2017) a mais aceite e recomendada pela comunidade científica atualmente], reduzindo os estudos incluídos àqueles que datam de janeiro de 2014 até janeiro de 2019.

Defini também como critérios de elegibilidade: estudos escritos em inglês [de acordo com Sanches, Rabin e Teixeira (2018) o idioma preferido para artigos na área da saúde], português ou espanhol e disponíveis gratuitamente e em texto integral, de forma a permitir a sua leitura e análise completa.

Por fim, relativamente às fontes de informação, defini como critério de inclusão: revisões sistemáticas da literatura, revisões *scoping*, revisões narrativas e integrativas, meta-análises, ensaios clínicos, estudos qualitativos, quantitativos e mistos.

Como critérios de exclusão foram definidos: estudos referentes à população adulta/idosa; associados à prestação de cuidados atraumáticos em outras áreas da saúde que não a enfermagem; relativos ao trauma perspectivado apenas do ponto de vista físico e textos noutros idiomas (pela barreira linguística).

1.4.5. Metodologia/ Estratégia de Pesquisa

Para a realização da revisão *scoping*, comecei por realizar uma pesquisa preliminar (com recurso ao motor de busca *Google Scholar* e ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) no sentido de identificar a literatura cinzenta atualmente existente sobre a temática em estudo.

Seguidamente, elaborei uma pesquisa nas plataformas de acesso online *PubMed* e *EBSCOhost* (utilizando as seguintes bases de dados eletrónicas: *Academic Search Complete*, *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*). Estas, foram bases de dados que considerei viáveis e oportunas perante o âmbito desta pesquisa e a respetiva área temática.

A pesquisa foi realizada no mês de janeiro de 2019 e, na sua consecução, foram utilizadas como palavras-chave: enfermagem, criança, família e cuidados traumáticos. Através da consulta dos descritores *Medical Subject Headings* e dos descritores em Ciências da Saúde, (de forma a utilizar linguagem indexada e sensível ao seu contexto) e da utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”, foi construída a seguinte equação de pesquisa: [*nurs* AND child* AND health care AND (traumatic OR atraumatic) AND (stress OR fear OR anxiety)*].

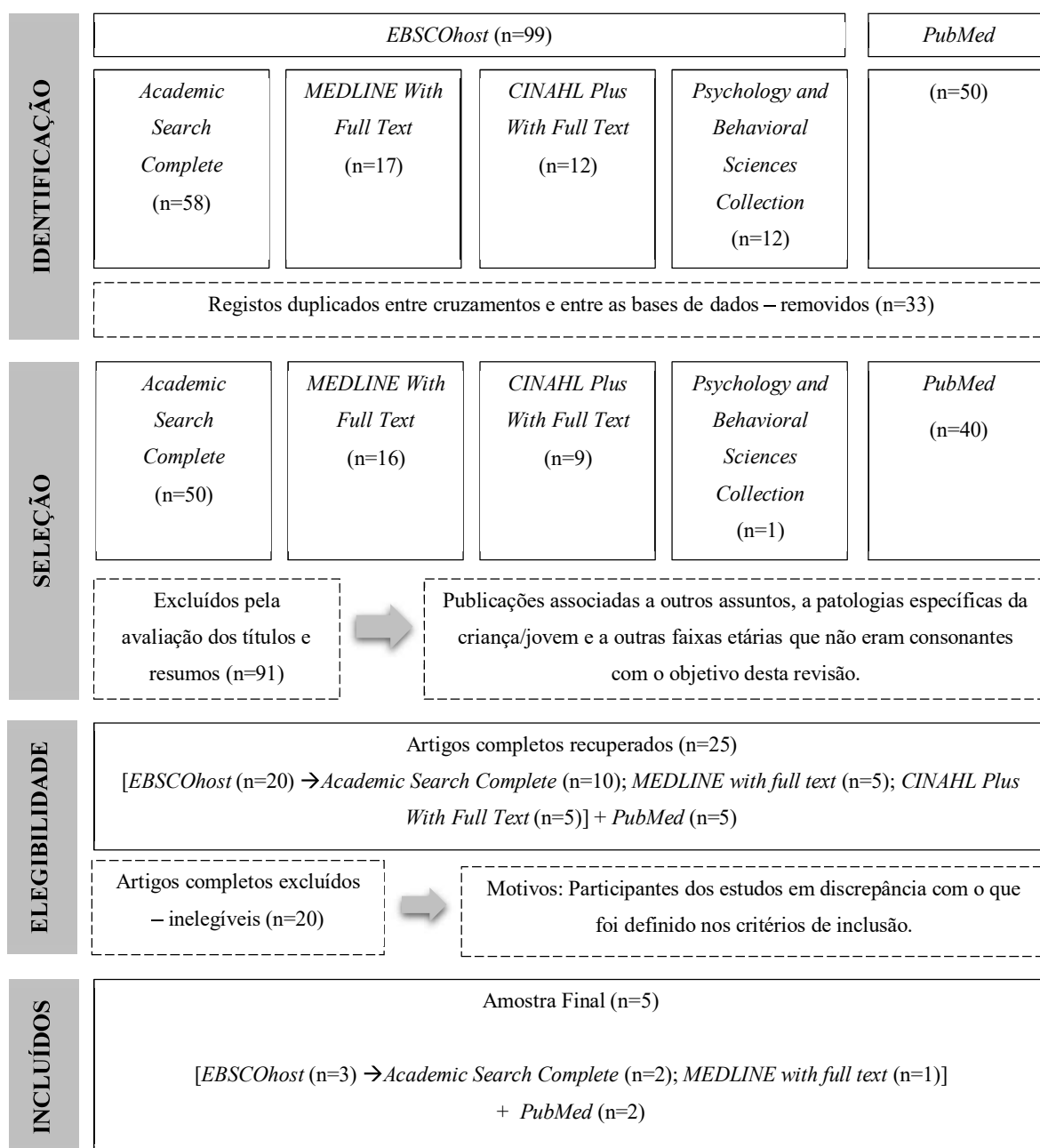
Após a realização da pesquisa inicial, foram obtidos 341 resultados na *EBSCOhost* e 390 na *PubMed*, que foram então sujeitos à submissão aos critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori* e, seguidamente, alvo de análise, tendo resultado um total de 5 artigos a ser incluídos na revisão *scoping*.

Este processo encontra-se descrito na figura seguidamente apresentada (figura 1), realizada conforme as indicações do JBI. Esta, esquematiza a forma como foram extraídos os resultados e ajuda a clarificar a descrição do processo da revisão, apresentando-o de forma clara, sistemática e sucinta (Moher, 2015).

Seguidamente, foi ainda realizada a pesquisa das referências bibliográficas dos estudos que constituíram a amostra final a incluir na revisão. Estas, demonstraram-se extremamente úteis na medida em que revelaram evidência científica coesa e fundamentada acerca da temática em análise no presente relatório; no entanto, não foram incluídas na amostra final da revisão *scoping* por não cumprirem todos os critérios de elegibilidade definidos anteriormente.

1.4.6. Extração dos resultados

Figura 1 - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)



1.4.7. Apresentação dos resultados

Após a extração dos resultados, importa analisar os estudos que reúnem todas as condições para serem incluídos na revisão *scoping*, de modo a tornar possível a consecução do objetivo definido, respondendo à questão de revisão. Assim, o quadro seguidamente

apresentado (quadro 1) espelha a análise dos estudos selecionados, explorando-os individualmente.

Quadro 1 - Análise dos estudos incluídos na revisão *scoping*

TÍTULO – <i>Nursing care through the perception of hospitalized children.</i>	
Autores (ano)	Santos et al (2016).
Tipo de Estudo	Natureza qualitativa; estudo descritivo e exploratório.
Participantes	10 crianças em idade escolar.
Objetivo do Estudo	Descrever a percepção da criança hospitalizada acerca dos cuidados de enfermagem e compreender quais constituem, na sua perspetiva, as melhores formas de abordá-la nesse contexto.
Intervenção	Colheita de dados realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (gravadas e, posteriormente, transcritas). No seu decorrer, foram adotados nomes de desenhos animados escolhidos por cada criança de forma a preservar a sua identidade.
Resultados/ Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Identificaram-se 2 categorias: “a percepção do escolar acerca dos cuidados de enfermagem”; “as melhores formas de abordagem para a realização dos cuidados de enfermagem na percepção da criança”. - Na primeira categoria, as crianças destacaram a importância de receberem informações sobre a sua condição clínica, os procedimentos a que são submetidas e a hipótese de virem a sentir dor ou desconforto, vendo as suas dúvidas esclarecidas e sentindo-se incluídas no seu próprio processo de saúde – doença. - Na segunda categoria, foi evidenciada a necessidade que as crianças sentem em que o enfermeiro recorra ao BT, à utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor, ao carinho, ao afeto e ao reforço positivo, explicando os procedimentos de forma tranquila e apropriada e utilizando recursos lúdicos para apoiá-las, encorajá-las e diminuir o seu medo e ansiedade. - Os investigadores concluíram que as crianças perspetivam que os cuidados de enfermagem adequados incluem uma intervenção humanizada dos enfermeiros, que devem respeitar os seus desejos, intervindo no sentido de minimizar o desconforto a vários níveis.

TÍTULO – Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional.	
Autores (ano)	Diogo et al (2016).
Tipo de Estudo	Natureza quantitativa; estudo descritivo e correlacional.
Participantes	82 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos.
Objetivo do Estudo	Explicitar o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros, com enfoque na análise dos medos das crianças em contexto hospitalar.
Intervenção	Aplicação de um questionário à amostra previamente seleccionada (nas crianças mais novas – 6 a 8 anos – foi utilizado o inquérito por questionário).
Resultados/ Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes demonstraram medos relacionados com o ambiente hospitalar, nomeadamente: a hipótese de não recuperarem totalmente da doença, medos associados ao desconforto/dor (relacionados, por exemplo, com a administração de injetáveis ou com as colheitas de sangue) e receio de comprometimento da sua aprendizagem. - As crianças referiram medo dos enfermeiros, considerando que estes os privam do convívio social e lhes impõem o cumprimento de normas e regras institucionais; manifestaram ainda receio que estes as critiquem, as tratem de forma inapropriada e desadequada à sua idade, as rejeitem, as castiguem ou as imobilizem. - As crianças consideraram os pais como figuras de apoio imprescindíveis para lidarem com situações geradoras de medo, destacando o medo de se sentirem abandonadas na sua ausência. - A maioria das crianças ajudam-se a si próprias através do autocontrolo e da adoção de estratégias de <i>coping</i>, identificando como atividades confortantes a distração, o jogo e a música. - Os enfermeiros têm características que influenciam positivamente a gestão do medo das crianças, nomeadamente: o afeto, o carinho, a simpatia, o sorriso, a confiança, a positividade, a compreensão, a empatia, o humor, a disponibilidade, o uso do BT e o fornecimento de informação clara sobre os cuidados. - Os investigadores concluíram que os enfermeiros ajudam a criança a gerir os seus medos, devendo privilegiar o envolvimento e a presença

	dos pais, prestando um cuidado humanizado e composto por intervenções que minimizem o sofrimento físico e emocional.
TÍTULO – <i>Playing in the child nursing care</i>	
Autores (ano)	Costa et al (2016).
Tipo de Estudo	Revisão integrativa.
Participantes	Crianças recetoras de cuidados por parte dos enfermeiros.
Objetivo do Estudo	Caracterizar a utilização do brincar, pelos enfermeiros, na prestação de cuidados à criança.
Intervenção	Realização de uma revisão integrativa, de forma a dar resposta à questão de investigação: como é que o brincar tem sido utilizado na assistência de enfermagem à criança?
Resultados/ Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Identificaram-se 2 categorias: “efeitos do brincar na assistência de enfermagem”; “conceções do enfermeiro e da equipa de enfermagem sobre o brincar”. - Na primeira categoria, destacou-se o papel do BT como elemento facilitador na realização de procedimentos, potenciando a calma e tranquilidade da criança, estimulando a sua familiarização com os materiais hospitalares e o ambiente que a rodeia e tornando-a mais cooperante. - Na segunda categoria, evidenciou-se que grande parte dos profissionais confere uma maior ênfase à prestação de cuidados técnicos, não incorporando de forma apropriada os cuidados que visam a satisfação das necessidades psico-emocionais da criança/jovem e família. - Os investigadores concluíram que o cuidado de enfermagem à criança/jovem com recurso a atividades lúdicas é importante no sentido de humanizar os cuidados prestados; no entanto, e embora este seja um aspeto reconhecido pelos próprios enfermeiros, nem sempre estes o têm em conta na sua prática profissional, o que exige uma sensibilização profunda dos profissionais para este fator.
TÍTULO – <i>Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children.</i>	
Autores (ano)	Caleffi et al (2016).

Tipo de Estudo	Natureza qualitativa; pesquisa convergente assistencial.
Participantes	7 crianças (com idades compreendidas entre os 5 e os 8 anos).
Objetivo do Estudo	Analisar de que forma a inclusão do BT estruturado no plano de cuidados de enfermagem contribui na melhoria dos cuidados prestados à criança.
Intervenção	Realização de uma entrevista aberta e observação participante de sessões de BT estruturadas (posteriormente transcritas e organizadas num diário de bordo).
Resultados/ Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> - Realçaram-se 3 categorias: “significados atribuídos pela criança à hospitalização e sua influência no cuidado de enfermagem”; “perceção quanto aos procedimentos terapêuticos por meio do brinquedo”; “importância da inserção da família no cuidado”. - Na primeira categoria, as crianças manifestaram sentimentos negativos associados ao ambiente hospitalar na medida em que este traz alterações ao seu quotidiano. Destacaram ainda a ansiedade da separação, a perda de controlo, o medo da lesão corporal e da dor. - Na segunda categoria, as crianças realçaram que, ao terem a oportunidade de brincar e manipular os materiais hospitalares, realizando de forma encenada os procedimentos aos quais elas próprias são submetidas, têm a possibilidade de ver esclarecidas as suas dúvidas e curiosidades, com conseqüente diminuição do medo e da ansiedade e compreendendo a sua necessidade e importância. - Na terceira categoria, destacou-se a necessidade da orientação e envolvimento da família no cuidado à criança, valorizando o vínculo existente entre ambas e otimizando-o, no sentido de aumentar a sensação de segurança, proteção e conforto da criança. - Os investigadores concluíram que o uso do BT estruturado e a inclusão/envolvimento da família nos cuidados prestados à criança, acarretam francos benefícios para esta, diminuindo as emoções negativas que pode experienciar, ajudando-a a compreender de forma mais clara a situação em que se encontra e os procedimentos que a rodeia e auxiliando no estabelecimento de uma melhor relação com os profissionais de saúde.

TÍTULO – <i>Influence of therapeutic play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial.</i>	
Autores (ano)	Silva et al (2017).
Tipo de Estudo	Ensaio clínico randomizado pareado piloto.
Participantes	28 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos.
Objetivo do Estudo	Avaliar os efeitos da aplicação da estratégia do BT estruturado no grau de ansiedade de crianças hospitalizadas.
Intervenção	Divisão da amostra em dois grupos aleatórios constituindo-se um grupo de intervenção e um grupo de controlo. O grupo de intervenção teve acesso às atividades lúdicas disponíveis no serviço e participou numa sessão de BT estruturada realizada pelos investigadores; o grupo de controlo teve apenas acesso às atividades lúdicas disponíveis no serviço. Recorrendo ao instrumento <i>Child Drawing:Hospital</i> (que avalia o grau de ansiedade das crianças), foi-lhes pedido que fizessem o desenho de uma pessoa no hospital.
Resultados/ Conclusões	<p>- A maioria das crianças manifestou vontade de ter os seus pais junto de si durante a realização do desenho, identificando-os como fontes de segurança, conforto e bem-estar.</p> <p>- Na aplicação do instrumento <i>Child Drawing: Hospital</i>, os investigadores, contrariamente ao que esperavam, verificaram que as crianças submetidas à sessão de BT estruturada não apresentaram menores graus de ansiedade do que as que não realizaram estas sessões. No entanto, destacam que este estudo realça a extrema importância de aplicar instrumentos de avaliação da ansiedade da criança, na medida em que estes permitirão utilizar estratégias adequadas, ajudando a criança a lidar com as emoções negativas e com as situações dolorosas de forma mais eficaz e, conseqüentemente, prestando cuidados atraumáticos.</p>

1.4.8. Discussão/ Conclusões

Após a leitura e análise dos artigos realço, antes de mais, a verificação da importância da intervenção do enfermeiro na promoção da prestação de cuidados atraumáticos à

criança/jovem e sua família. De facto, e tal como confirmam todos os estudos incluídos na revisão *scoping*, a criança/jovem experiencia frequentemente sentimentos e emoções negativas no contexto do recurso aos cuidados de saúde. Sendo este um aspeto consonante entre os autores dos cinco estudos incluídos na amostra final, torna-se notória a importância de intervir neste âmbito, proporcionando cuidados que permitam atenuar estes sentimentos negativos e evitar qualquer prejuízo que possa interferir no crescimento e desenvolvimento saudável da criança/jovem.

Tal como corroboram os cinco estudos anteriormente analisados, a hospitalização da criança/jovem constitui um momento rodeado por stress, medo e ansiedade, podendo assumir um carácter traumatizante na medida em que implica uma rutura com os seus hábitos e rotinas quotidianas e com as suas atividades e relações sociais habituais, surgindo uma série de componentes novas num ambiente incógnito, repleto de pessoas desconhecidas e onde, muitas vezes, se vêm submetidas a procedimentos dolorosos ou desagradáveis.

Em todos os artigos analisados no quadro 1, é possível verificar a alusão feita pelos autores relativamente aos benefícios do BT enquanto estratégia facilitadora no estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança/jovem, permitindo que esta se expresse de forma natural e tornando possível a prestação de cuidados humanizados e adequados às suas necessidades específicas.

Todos os autores identificaram ainda a relevância do papel da família, reconhecendo a importância do seu envolvimento e estimulando a sua inclusão nos cuidados prestados e em todos os momentos de acompanhamento da criança/jovem, considerando que esta assume um carácter facilitador na gestão das emoções e sentimentos da criança/jovem, tornando-a consequentemente mais cooperante na prestação de cuidados. Diogo et al (2016) destacam a pertinência deste aspeto ao identificar que um dos medos mais referidos pelas crianças/jovens é o receio de se sentirem abandonadas e de os seus pais não puderem acompanhá-las.

Através da análise do estudo de Costa et al (2016), é notória a importância de sensibilizar os profissionais para a valorização do BT e das atividades lúdicas enquanto estratégias promotoras da prestação de cuidados atraumáticos e, consequentemente, do conforto da criança/jovem e sua família. De acordo este estudo, embora os profissionais de saúde reconheçam a importância desta área de atuação, nem sempre a incluem de forma adequada no seu plano de cuidados de enfermagem, desvalorizando-a em detrimento da satisfação das necessidades físicas da criança/jovem e da realização de procedimentos técnicos. Os próprios enfermeiros assumem que o fazem devido a alguns aspetos inerentes aos seus locais

de trabalho e condições laborais, de onde destacam: a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo para despender junto da criança/jovem e família, a escassez de brinquedos e instrumentos disponíveis e a falta de ambiente e/ou estrutura adequada nos serviços de saúde em questão. Assim, verifica-se também emergente a necessidade de assegurar condições de trabalho adequadas, quer relativamente aos rácios enfermeiro – utente, quer quanto aos espaços físicos e aos recursos materiais disponíveis nos serviços de saúde, que infelizmente nem sempre são os mais adequados.

No seu estudo, Silva et al (2017) concluem que, embora o BT constitua um elemento importante para a vivência da criança aquando do confronto com os cuidados de saúde, o mais importante diz respeito ao espaço que lhe é disponibilizado para brincar com os brinquedos de que gosta, otimizando os momentos de lazer que pode ter neste âmbito. Os autores deste estudo [contrariamente ao que verificaram Caleffi et al (2016)], não reconheceram diferenças significativas nos graus de ansiedade identificados em crianças submetidas a sessões de BT estruturadas e em crianças que não participaram nestas sessões estruturadas e tiveram acesso apenas aos brinquedos disponíveis no serviço em questão. No entanto, reconhecem a importância do brincar e da sua promoção enquanto estratégia promotora da prestação de cuidados atraumáticos, realçando a importância de avaliar os níveis de ansiedade da criança, intervindo de forma ajustada às necessidades específicas e individuais de cada uma delas.

Assim, e indo de encontro a todos os autores cujos estudos foram incluídos nesta revisão, conclui-se que o lúdico constitui um meio facilitador para a aprendizagem da criança/jovem, contribuindo simultaneamente para a promoção da saúde e para a gestão de emoções negativas como o stress, o medo e a ansiedade.

Caleffi et al (2016) e Costa et al (2016) consideram que uma excelente estratégia que pode ser facilmente implementada e utilizada pelos enfermeiros consiste em proporcionar à criança/jovem a oportunidade de brincar com o próprio material do procedimento a que foi ou a que irá ser submetida, manipulando-o e explorando-o livremente; este, é um processo que a auxilia no esclarecimento de dúvidas e estimula a expressão de medos e receios associados, ajudando-a a sentir-se mais familiarizada com os instrumentos utilizados e, conseqüentemente, atenuando a sua insegurança e potenciando o seu conforto, conceito central da prática de enfermagem, que deve ser assegurado a par de todas as necessidades de outras dimensões (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Outro dos aspetos que surge de forma transversal em todos os artigos analisados, é precisamente o reconhecimento da importância de valorizar todas as dimensões da

criança/jovem e família, perspectivando-os como seres holísticos e não privilegiando a sua componente física e biológica em detrimento das outras, assegurando um conforto integral, que tenha em conta as suas necessidades a todos os níveis.

Em suma, a evidência científica obtida através da realização da presente revisão, destaca que o enfermeiro deve incluir no seu plano de cuidados de enfermagem estratégias que lhe permitam prestar cuidados atraumáticos, humanizando os cuidados prestados e proporcionando a melhor experiência à criança/jovem e família que recorre aos cuidados de saúde. Para isto, é importante que mobilize e utilize estratégias que potenciem o conforto e o bem-estar da criança/jovem e dos seus cuidadores, como é o caso: do BT e da otimização de todos os momentos em que a criança/jovem possa retirar todos os benefícios inerentes ao mesmo e da implementação de estratégias não farmacológicas de controlo da dor perante procedimentos dolorosos (como a distração, a música, a imaginação guiada, o reforço positivo e o próprio BT).

O enfermeiro deve ainda estimular o envolvimento do núcleo familiar, prestando cuidados centrados na família e promovendo a sua participação nos cuidados prestados, reforçando junto da mesma os benefícios que a sua presença e envolvimento acarretam e atuando de acordo com os pressupostos do Modelo de Parceria de Cuidados, de Anne Casey, que percebe os pais como os melhores cuidadores para a criança/jovem, constituindo figuras de apoio e orientação importantes (Casey e Mobbs, 1988).

Por fim, e sustentando-me nos estudos de Santos et al (2016), Diogo et al (2016) e Caleffi et al (2016), destaco ainda a importância do enfermeiro comunicar com a criança/jovem de forma apropriada à sua idade e estágio de desenvolvimento, explicando-lhe a sua situação clínica e os procedimentos realizados de forma simples, clara e abrindo um espaço para que exprima as suas dúvidas e curiosidades. Assim, na perspectiva dos autores, a criança/jovem sentir-se-á mais preparada, tendo a possibilidade de adotar algumas estratégias de *coping* que a ajudem a enfrentar a situação de forma eficaz.

Outro dos aspetos referido neste âmbito diz respeito à postura dos enfermeiros, que segundo os estudos de Santos et al (2016) e de Diogo et al (2016), assume um papel determinante na forma como a sua representação é criada na mente da criança/jovem e dos seus familiares. De acordo com os autores, o enfermeiro potencia o bem-estar da criança/jovem e família, facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança com esta, ao adotar uma postura de simpatia, carinho, compreensão, afeto e disponibilidade.

Tal como sugerem José, Nunes e Lourenço (2013), e como confirma o estudo de Diogo et al (2016), o humor constitui também uma estratégia extremamente importante neste

âmbito, auxiliando a criança/jovem e família a adaptar-se às circunstâncias em que se encontram e permitindo-lhes interpretar o contexto de doença de forma a maximizar o seu bem-estar.

Considero que foi possível responder de forma completa e adequada à questão de revisão previamente delineada, mobilizando conhecimentos atuais e relevantes para a temática em estudo. Através da presente revisão *scoping*, julgo que consegui mapear os conhecimentos existentes, relacionando-os entre si de forma a compreendê-los e integrá-los na minha prática profissional, sustentando a minha tomada de decisão de forma fundamentada e inequívoca.

Considero ainda importante enfatizar o facto de grande parte dos artigos analisados se debruçarem sobre a perspetiva das crianças/jovens, explorando diretamente aquilo que estas sentem e o que consideram útil para gerirem as suas emoções da melhor forma, possibilitando uma compreensão profunda daquilo que é a representação social do enfermeiro e dos momentos de contacto com os cuidados de saúde para a população infantil e pediátrica.

Após a realização desta revisão *scoping*, sugiro a realização de mais estudos relativos à intervenção do EESIP enquanto promotor dos cuidados atraumáticos, principalmente em faixas etárias que se verificaram menos abordadas e exploradas na pesquisa efetuada (como é, por exemplo, o caso do adolescente) e em contextos também com menos evidência ainda disponível (como é o caso dos cuidados de saúde primários, comparativamente a situações que envolvem a hospitalização da criança/jovem).

Considero ainda que é necessário um investimento contínuo na sensibilização dos enfermeiros para os ganhos efetivos em saúde que podem ser obtidos aquando da consciencialização de que o conforto da criança/jovem e família acarreta francos benefícios para toda a equação criança/jovem – pais – equipa de saúde.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DOS ESTÁGIOS

Integrados nas unidades curriculares “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica” e “Estágio Final e Relatório”, desenvolveram-se quatro ensinamentos clínicos, em contextos bastante distintos da prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família. Estes, proporcionaram-me a oportunidade de consolidar, integrar e/ou adquirir habilidades e conhecimentos em vários níveis de prestação de cuidados de saúde, mas também de refletir acerca das práticas e experiências vividas, permitindo o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista (EE), especificamente do EESIP.

Neste capítulo será apresentado, numa perspetiva analítica e crítico reflexiva, o percurso formativo que compôs os vários estágios, realçando os objetivos delineados para cada um deles e as atividades desenvolvidas no sentido da sua consecução, analisando todos os ganhos formativos e as competências de mestre e de EESIP desenvolvidas.

Os quatro estágios serão abordados por ordem cronológica e sequencial, incluindo em cada um deles uma breve caracterização do serviço em que me inseri, com a finalidade de proporcionar aos leitores um enquadramento no contexto em questão.

Em cada local de ensino clínico foi elaborado um portefólio, composto por uma compilação de todos os documentos consultados e elaborados no seu decorrer.

2.1. “A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA”

2.1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O primeiro momento de estágio decorreu numa UCSP da região de Lisboa, com a duração de 180 horas de contacto. Esta, é composta por uma equipa multidisciplinar e especializada, que presta cuidados de saúde primários, considerados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2008) como o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Tal como define o Decreto-Lei nº28/2008, os cuidados de saúde primários constituem um dos pilares centrais do sistema de

saúde, assumindo importantes funções ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados em situação de doença e referenciação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, sempre que necessário.

A UCSP onde decorreu o estágio surge integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte e situa-se num edifício com vários andares, ficando a área da saúde infantil e pediátrica localizada no primeiro piso; no seu espaço físico, é possível encontrar um ambiente adequado, estando todos os espaços onde se espera que a criança/jovem venha a estar presente em algum momento da sua permanência na unidade decoradas com painéis de imagens e reproduções de desenhos animados e dispondo de um parque infantil, de brinquedos, livros e alguns jogos para usufruto da população infantil e pediátrica, proporcionando-lhes atividades lúdicas adequadas a várias faixas etárias.

No edifício, existem ainda outras unidades funcionais do ACES, que articulam entre si a sua intervenção, nomeadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que me proporcionou a oportunidade de colaborar em alguns projetos, seguidamente referidos.

A intervenção da UCSP estende-se a várias faixas etárias e pretende fornecer a todos os cidadãos cuidados de saúde especializados e direcionados às suas necessidades, a nível comunitário. Mais especificamente no contexto da saúde infantil e pediátrica, são prestados cuidados de enfermagem ao nível do diagnóstico precoce (com a realização do teste de Guthrie), são realizadas consultas de enfermagem para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil [com base naquilo que é preconizado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)] e são prestados cuidados no âmbito da vacinação nacional [de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV) proposto pela DGS, bem como com algumas vacinas extraplano]. Todo este trabalho, é desenvolvido em equipa, de forma articulada com outras áreas distintas (como, por exemplo, a saúde escolar, a saúde oral e a visitação domiciliária – projetos coordenados e organizados por outras unidades funcionais integrantes do ACES), de forma a responder de forma completa e eficaz à complexidade dos problemas e das necessidades de saúde atuais, que requerem, cada vez mais, atuações multiprofissionais e interdisciplinares.

Numa fase inicial deste ensino clínico procurei integrar-me eficazmente na equipa, compreendendo a organização e a dinâmica da UCSP, na tentativa de tornar possível a identificação das necessidades da população infantil e pediátrica neste âmbito. Do diagnóstico de situação, elaborado com recurso à leitura de documentação que me foi disponibilizada pela UCSP – como o seu plano de ação e o seu regulamento interno – e à observação participada da atuação da equipa de enfermagem em vários momentos de

prestação de cuidados à criança/jovem e família, emergiram objetivos que considerei oportunos neste contexto em particular e, simultaneamente, consonantes com o meu projeto individual de aprendizagem, com as necessidades formativas da equipa de enfermagem e com as necessidades das crianças/jovens e suas famílias.

Como objetivos gerais, foram definidos: desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, em contexto comunitário; promover a parceria de cuidados, estimulando a capacitação para o autocuidado e a maximização da saúde da criança/jovem e das suas famílias.

Objetivo específico I – Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, em contexto comunitário.

- Execução de quadros que sintetizem aspetos fulcrais da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil/ que constituam um suporte nos momentos de consulta.

A realização desta atividade emergiu de uma necessidade formativa pessoal, que se evidenciou numa fase muito preliminar deste ensino clínico. Efetivamente, o facto de nunca ter tido contacto com a prestação de cuidados de saúde primários na área da saúde infantil e pediátrica (nem ao nível da minha atividade laboral diária – que decorre num contexto de internamento de pediatria oncológica – nem pela realização de um estágio curricular neste âmbito durante o curso de licenciatura), despertou em mim a necessidade de investir na minha própria formação nesta vertente, de modo a intervir de um modo fundamentado e baseado em evidência científica coesa e atualizada.

Tal como defende a OE (2011), o EESIP tem de deter conhecimentos e habilidades específicas que lhe permitam prestar cuidados de qualidade à criança/jovem e família, avaliando adequadamente o seu crescimento e desenvolvimento com competências técnicas, científicas e relacionais que devem ser regularmente atualizadas, sendo a formação contínua um fator determinante para o sucesso.

Desta forma, considero que a execução dos quadros síntese acerca da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (apêndice I) constituiu um apoio fundamental à minha intervenção, aumentando exponencialmente a minha autonomia no decorrer das consultas de saúde infantil e juvenil e permitindo-me executá-las de forma mais organizada e fundamentada. Esta, foi elaborada de acordo com os aspetos preconizados no PNSIJ (2013), espelhando as recomendações da DGS para uma avaliação completa e adequada da criança/jovem ao longo do seu desenvolvimento no ciclo vital.

- Realização de um cartaz informativo para promoção da vacinação infantil (“Maior prevenção, maior proteção!”).

Tal como consta no PNV (2017), a vacinação é atualmente reconhecida como um direito fundamental, tendo um importante impacto ao nível da saúde pública. Efetivamente, e tal como sugere a DGS (2017), uma elevada cobertura vacinal permite, não só imunizar quem é vacinado, como também evitar a propagação de doenças, na medida em que a imunidade de grupo impede a circulação e propagação de agentes patogénicos.

No decorrer do meu estágio, confrontei-me com algumas situações em que os pais recusavam que fossem administradas vacinas aos seus filhos; através de um diálogo informal com a enfermeira orientadora, apercebi-me que, embora toda a informação atualmente existente quanto aos benefícios da vacinação, esta ainda era uma situação bastante frequente, que culminava com o incumprimento do esquema vacinal por muitas crianças e jovens. Assim, para além da promoção da vacinação e da explicitação da sua importância junto das crianças/jovens e das suas famílias nos momentos de contacto com estas, considerei oportuna a elaboração de um cartaz informativo neste âmbito (apêndice II), que foi afixado na sala de vacinação e na sala de consultas de saúde infantil e pediátrica.

- Elaboração de “medalhas” e “diplomas” de bom comportamento.

Durante os momentos em que tive oportunidade de prestar cuidados na sala de vacinação, constatei que esta era experienciada pela grande maioria das crianças de forma stressante, assustadora e traumática, principalmente tratando-se de crianças em idade pré-escolar. De facto, tal como confirma a revisão *scoping* realizada e tal como reforçam ainda Pontes et al (2015), os procedimentos dolorosos causam medo e sofrimento físico e emocional à criança e, na fase pré-escolar, a sua estrutura cognitiva, psicológica e emocional encontra-se ainda em desenvolvimento, sendo os recursos para enfrentar as situações dolorosas imaturos e, conseqüentemente, limitados. Assim, considerei pertinente o desenvolvimento desta atividade, direcionada à criança no sentido de lhe proporcionar um momento de bem-estar associado à necessidade de recurso aos cuidados de saúde para cumprimento do esquema vacinal. De acordo com a OE (2013), o reforço positivo constitui uma técnica importante na gestão da dor, tendo um grande impacto na experiência vivenciada pela criança; esta técnica, promove o seu elogio e/ou recompensa após a realização de procedimentos dolorosos, como é o caso da vacinação, permitindo-lhe reter muito mais do que o momento doloroso em si.

Para além da elaboração de “medalhas” (apêndice III) e “diplomas” de bom comportamento (apêndice IV), com vista à implementação do reforço positivo, procurei

realizar a vacinação com competências técnicas adequadas e adotando outras estratégias promotoras dos cuidados atraumáticos, ajustadas à etapa de desenvolvimento da criança/jovem (como a distração, o BT e a imaginação guiada – também destacadas nos resultados da revisão *scoping* anteriormente apresentada). Estas, permitiram-me obter uma maior colaboração da criança/jovem durante os procedimentos, e simultaneamente, promover o seu conforto, integrando este conceito como parte envolvente dos cuidados prestados e reconhecendo a sua importância, tal como é destacada por Kolcaba na sua Teoria.

Objetivo específico II - Colaborar ativamente no planeamento e execução de projetos desenvolvidos pela UCSP.

- Participação num projeto de saúde escolar (desenvolvido pela UCC).

Durante o período em que decorreu o meu estágio, a UCC encontrava-se a desenvolver um projeto de saúde escolar no qual fui convidada a participar pela minha enfermeira orientadora. Este, intitulado “O Centro de Saúde vem à Escola”, desenrolou-se em jardins de infância e escolas do primeiro ciclo do ensino básico, com o objetivo de proporcionar às crianças a oportunidade de levar um dos seus bonecos a um centro de saúde modelo, onde pudessem prestar-lhe cuidados, num cenário de representação.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), a escola é considerada um espaço seguro e saudável, devendo facilitar a adoção de comportamentos promotores da saúde e ocupando uma posição privilegiada para a promover e manter no seio da comunidade educativa e da comunidade envolvente. Assim, e tal como preconiza a OE (2018), o EESIP deve intervir em programas de saúde escolar, compreendendo o seu carácter primordial e potenciando as características benéficas que a escola pode assumir neste contexto.

Foi elaborado um relatório da atividade (apêndice V), no qual é apresentada de forma sucinta a minha colaboração na mesma e de que forma considero que esta desempenha um papel importante na educação e desenvolvimento das crianças e, simultaneamente, na minha consolidação e/ou aquisição de competências do EESIP. No decorrer deste projeto, no qual é patente a utilização do BT enquanto estratégia promotora dos cuidados atraumáticos, senti ainda a necessidade de realizar uma análise crítico-reflexiva neste âmbito (apêndice VI). Para além disso, destaco a relevância do mesmo no contexto da preparação da criança para os momentos de contacto com os cuidados de saúde, potenciando o seu conforto e à vontade nas situações em que este se verifica necessário, estimulando o seu bem-estar e a sua familiaridade com alguns materiais e instrumentos de enfermagem e, conseqüentemente, a

procura e adoção de comportamentos promotores de saúde, tal como defendem os estudos de Caleffi et al (2016) e de Costa et al (2016), incluídos na revisão *scoping* realizada.

- Compreensão da articulação da UCSP com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

De acordo com a DGS (2007), os profissionais de saúde devem ter formação que lhes permita detetar, acompanhar, encaminhar e educar as crianças/jovens em risco e as suas famílias. Assim, e com a finalidade de envolver os cuidados de saúde primários nesta missão, foram criados grupos de trabalho, denominados Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), que visam a prestação de assistência, detetando riscos de carácter psicossocial e dando resposta às situações de risco, em articulação com outras instituições sempre que necessário.

No decorrer do meu estágio na UCSP, tive a oportunidade de contactar com o NACJR da unidade (equipa que desenvolve a sua atividade na UCC). Este, é um núcleo que se encontra em constante articulação com todas as unidades funcionais do ACES, na tentativa de abranger o maior número de casos que necessitem de intervenção neste âmbito. Neste contexto, tive a oportunidade de assistir a uma das reuniões que ocorrem entre a CPCJ de Lisboa Norte e o NACRJ, realizando um breve relatório acerca da mesma (apêndice VII).

- Colaboração numa visita domiciliária a uma criança referenciada pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Ainda em articulação com a UCC, tive a possibilidade de participar numa visita domiciliária a uma criança referenciada pelo SNIPI; este, engloba um conjunto organizado de entidades, que procura assegurar condições de desenvolvimento das crianças com alterações limitativas ou dificultadoras do seu crescimento pessoal, social e da sua participação nas atividades próprias para a idade, bem como das crianças com grave risco de atraso no desenvolvimento (Decreto-Lei nº 281/2009). Assim, considerei esta atividade desafiante para mim do ponto de vista pessoal e, simultaneamente, enriquecedora do meu percurso formativo e profissional, possibilitando-me o desenvolvimento de competências específicas numa área totalmente nova para mim.

A meu ver, e tal como espelha o relatório da atividade (apêndice VIII), estas visitas constituem momentos cruciais para a criança/jovem e sua família, tendo um papel importante na prevenção do aparecimento e/ou agravamento dos problemas da criança/jovem e reforçando as competências e habilidades familiares, permitindo uma maior autonomia

perante a necessidade de lidar com as problemáticas existentes ou potenciais e, conseqüentemente, apoiando os pais nos cuidados à criança/jovem e estimulando a sua participação em todo o processo de saúde-doença do seu filho (Casey e Mobbs, 1988).

- Elaboração de uma norma de procedimento intitulada “Norma de boas práticas de monitorização e controlo da temperatura corporal da criança/jovem”.

Da observação participada dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, evidenciou-se o facto de não ser transmitida sempre a mesma informação aos pais, relativamente aos valores de temperatura corporal que deveriam ser considerados febre ou não. Efetivamente, os valores referidos pelos vários profissionais eram discrepantes, originando dúvidas nos cuidadores, que se deparavam com informações divergentes.

Tal como referem Melo et al (2014), é importante que o enfermeiro seja capaz de reconhecer a importância do papel dos pais enquanto parceiros no cuidar, potenciando o seu envolvimento e capacitando-os para a adoção de comportamentos favoráveis à saúde. Assim, destaca-se também como dever do enfermeiro assegurar a transmissão de informação adequada e atualizada, realizando ensinamentos coesos e fundamentados, que orientem os pais no sentido da promoção e manutenção da saúde. Neste contexto, realça-se a importância de uniformizar a informação que lhes é transmitida, tornando-a clara e inequívoca, pelo que considere importante elaborar uma norma de procedimento (apêndice IX).

Esta, foi apresentada à equipa de enfermagem num momento informal, onde foi possível reunir quatro enfermeiras que prestam cuidados na saúde infantil e pediátrica da UCSP, uma enfermeira que se encontrava em processo de integração e duas alunas do curso de licenciatura em enfermagem. Embora a norma ainda aguardasse aprovação pela direção de enfermagem aquando do término do meu estágio, os elementos aos quais esta foi apresentada verbalizaram a sua importância e utilidade, aplicando-a nos ensinamentos realizados aos pais durante o restante período do meu ensino clínico. A sua importância foi referida também por alguns elementos da equipa médica, que manifestaram interesse em consultar a norma de forma a tomar conhecimento das atualizações que tinham sido realizadas nas recomendações da DGS no ano de 2017 (nas quais se baseou a norma realizada).

Objetivo específico III - Estimular a aprendizagem da criança/jovem e família, sempre que possível, perspetivando os pais como parceiros no cuidar.

- Realização de um questionário para explorar quais as áreas em que incidem as principais dúvidas, medos e preocupações dos pais/cuidadores no cuidado à criança.

Para a operacionalização desta atividade optei por elaborar um questionário (cujo formulário se encontra em apêndice – apêndice X), no sentido de realizar um levantamento que me permitisse compreender quais as áreas em que os pais/cuidadores sentiam mais dúvidas e dificuldade no cuidado à criança.

Através da análise dos registos informáticos de enfermagem disponíveis relativamente aos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018 (os dois meses anteriores ao início do meu estágio neste contexto), elegi como população alvo para o desenvolvimento desta atividade, pais e/ou cuidadores de bebés com idades compreendidas entre os 0 e os 12 meses, na medida em que esta foi a faixa etária que mais frequentemente recorreu à UCSP, correspondendo a 62% das crianças que receberam cuidados de enfermagem no período analisado. Para além disso, e pelo que verifiquei durante o meu ensino clínico, esta constituía também a faixa etária na qual os cuidadores manifestavam mais dúvidas e incertezas no cuidado à criança.

Os questionários foram distribuídos em todos os momentos de contacto com os pais/cuidadores das crianças que cumprissem os critérios de inclusão, abrangendo consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento, momentos de vacinação infantil ou situações em que o recurso aos cuidados de saúde tenha ocorrido por outros motivos.

Após a análise dos dados obtidos (apêndice XI), destacaram-se então três áreas temáticas: higiene nasal, febre e diversificação alimentar. Por aconselhamento da enfermeira orientadora, não foi aprofundada a temática da diversificação alimentar uma vez que já existia na UCSP uma norma direccionada a este tema, atualizada anualmente (com data da última atualização no mês de janeiro de 2018).

Assim, foram escolhidos para temas a aprofundar: higiene nasal e febre. Desta forma, foi possível atuar junto dos pais/cuidadores de forma fundamentada, fornecendo-lhes informação e suporte nas áreas que eles próprios apontaram como sendo causadoras de dúvidas e inquietações para eles no cuidado aos seus bebés.

Gostaria ainda de ressaltar que, aquando da análise dos questionários preenchidos, verificou-se a dificuldade que alguns pais/cuidadores sentiram em selecionar apenas três áreas de destaque nas quais sentiam alguns problemas e julgavam necessitar de ajuda e ensinamentos específicos e direccionados, o que desencadeou uma análise crítico-reflexiva, no sentido de explorar o motivo que originou este obstáculo por eles sentido (apêndice XII).

Esta, revelou-se uma atividade benéfica para o binómio pais – criança/jovem, potenciando o conforto dos pais ao capacitá-los para cuidar da criança/jovem de forma segura e consistente e, simultaneamente, o conforto da criança/jovem, cujos melhores

cuidadores são os seus pais, que devem ser ensinados e envolvidos nos cuidados, tal como corrobora Anne Casey no seu Modelo de Parceria de Cuidados (Pedroso, 2017).

- Execução de sessões de educação para a saúde/ Elaboração de folhetos informativos no sentido de promover comportamentos favoráveis à saúde.

Após o levantamento das necessidades sentidas pelos pais/cuidadores, foi planeada a realização de sessões de educação para a saúde neste contexto. Efetivamente, o EESIP tem o dever de atuar em parceria com a criança/jovem e família, prestando cuidados à criança saudável e/ou doente e facultando momentos de educação para a saúde, explorando, identificando e mobilizando recursos de suporte à família (OE, 2018).

Tal como corroboram Queiroz e Jorge (2006), na prestação de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, é notória a estreita ligação entre educação para a saúde e promoção da saúde, na medida em que as ações implementadas, para além de tratarem e/ou prevenirem problemas atuais ou potenciais destinam-se, simultaneamente, a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspetiva de bem-estar e qualidade de vida.

Para servir de apoio às sessões executadas, e no sentido de proporcionar aos pais/cuidadores um suporte físico com informação acerca das áreas abordadas, foram realizados dois folhetos informativos, cujos temas foram consonantes com aqueles que foram referidos pelos próprios na atividade anteriormente descrita, indo de encontro às necessidades verificadas. Assim, foi realizado um folheto acerca da higiene nasal no bebé e um outro acerca da febre (apresentados no fim do apêndice XIII, que contempla a descrição das sessões de educação para a saúde, desde o seu planeamento, à sua execução e avaliação).

Síntese das competências desenvolvidas

Considero que a realização das atividades descritas ao longo do meu percurso neste estágio conduziram ao alcance dos objetivos a que me propus na fase inicial do mesmo e, consequentemente, possibilitaram o desenvolvimento de competências do EESIP, das quais destaco: a procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem, facilitando e promovendo a adoção de comportamentos potenciadores de saúde; a intervenção em programas no âmbito da saúde escolar; o apoio da inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais; a identificação de situações de risco para a criança/jovem; a gestão da dor e bem-estar da criança/jovem através de estratégias como a distração, o BT e o reforço positivo nos momentos dolorosos ou desagradáveis; a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, avaliando-o de forma coesa, com base

em conhecimentos científicos e numa intervenção fundamentada, transmitindo orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; a comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada à sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família e relacionando-se com esta no respeito pelas suas crenças e valores pessoais (OE, 2018).

A realização deste estágio, motivou também a execução de uma análise crítico-reflexiva acerca da importância da articulação eficaz entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados/hospitalares, reconhecendo a relevância da mesma para a obtenção de cuidados de qualidade. Esta análise (apêndice XIV), motivada pelo confronto da minha experiência laboral em contexto hospitalar com a realização deste ensino clínico na área dos cuidados de saúde primários, conduziu à reflexão sobre uma questão complexa de âmbito profissional, bem como ao reconhecimento da importância da intervenção do EESIP ao nível da prestação de cuidados de saúde nos diferentes níveis de intervenção, zelando pela qualidade dos cuidados prestados.

Para além das competências do EESIP referidas, ressalvo ainda a aquisição de competências de mestre, das quais salvaguardo: a demonstração de consciência crítica para os problemas da prática profissional; a colaboração na integração de novos profissionais (não só pela sua participação na apresentação da norma de procedimento elaborada e apresentada à equipa como também pelos documentos deixados no local de estágio, que poderão servir de apoio ao processo de integração de novos elementos); a identificação de necessidades formativas na área de especialização; a capacidade de comunicar as minhas conclusões e os meus conhecimentos à equipa e às crianças/jovens e suas famílias, de forma clara e inequívoca (UCP, 2017).

2.2. “ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO”

2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A unidade de neonatologia onde desenvolvi este estágio (com a duração de 115 horas de contacto) surge integrada num hospital central de Lisboa. Esta, é composta por uma UCIN (onde realizei praticamente a totalidade dos turnos) e por uma unidade de cuidados intermédios (na qual realizei apenas um turno por uma questão de organização do serviço e de gestão de turnos com a enfermeira orientadora). Até há cerca de um ano e meio, dispunha

ainda de uma sala de pré-saída, atualmente encerrada por motivos organizacionais da unidade.

A UCIN dispõe de um total de oito incubadoras e admite recém-nascidos (RN's) em estado crítico, que necessitem de vigilância contínua e/ou cuidados especiais, como por exemplo ventilação mecânica invasiva, administração de óxido nítrico ou realização de hipotermia induzida. A unidade de cuidados intermédios apresenta uma lotação de dez berços/incubadoras, e recebe RN's que, embora hemodinamicamente estáveis, necessitem de vigilância para assegurar uma evolução favorável do seu estado clínico. A sala de pré-saída tinha capacidade para quatro berços e direcionava-se, por norma, à admissão de RN's com peso superior a 1900 gramas, para adquirirem autonomia alimentar antes do momento da alta para o domicílio.

A unidade presta cuidados diferenciados de saúde ao RN (abrangendo bebés dos 0 aos 28 dias de vida), procurando dar resposta a patologias do RN e complicações da prematuridade e assegurando a continuidade de cuidados através de contactos com outros serviços do hospital, com outros hospitais e através da referenciação para o centro de saúde aquando da alta hospitalar. Esta, dá especial importância ao estabelecimento da relação precoce entre o RN e a sua família, procurando que os pais façam parte integrante da prestação de cuidados, sempre que possível.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos neonatologistas, enfermeiros, auxiliares de ação médica, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala, dietista e secretária de unidade e o método de trabalho adotado é o do enfermeiro responsável.

Relativamente aos objetivos gerais para este estágio, destaco: desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados ao RN com necessidades especiais e sua família; promover o conforto do RN e dos seus pais, prestando cuidados atraumáticos no sentido de minimizar o trauma associado ao internamento na UCIN.

Objetivo específico I – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e sua família, no contexto de uma UCIN.

- Execução de uma pesquisa bibliográfica para adquirir, aprofundar ou consolidar conhecimentos teóricos na área da neonatologia.

De forma a tornar possível a minha participação na prestação de cuidados ao RN hospitalizado na unidade e sua família, concretizando com sucesso o objetivo a que me propus, senti necessidade de, numa fase inicial do ensino clínico, realizar uma pesquisa

bibliográfica acerca da prematuridade, das particularidades dos RN's pré-termo e das principais patologias do RN. Para a sua elaboração, sustentei-me em livros e outros documentos disponibilizados pela enfermeira orientadora e consultei o site da Sociedade de Portuguesa de Neonatologia.

Este, foi um estágio desafiante para mim a nível pessoal e profissional, na medida em que me deparei com uma realidade totalmente nova, que não conhecia em termos práticos.

Assim, considero que a consolidação e aquisição de conhecimentos teóricos me permitiu uma maior confiança e autonomia nos cuidados ao bebé e à sua família, tornando-me mais apta para intervir junto dos mesmos de forma correta e fundamentada. Para além disto, destaco ainda o carácter construtivo desta pesquisa enquanto potenciadora do meu raciocínio clínico e tomada de decisão neste contexto, técnica e emocionalmente complexo.

Objetivo específico II – Colaborar ativamente no planeamento e execução de projetos desenvolvidos pela unidade.

- Participação numa reunião entre pais que têm atualmente os seus filhos internados na unidade e pais cujos filhos necessitaram do apoio da unidade após o nascimento e estão atualmente saudáveis.

O planeamento desta atividade surgiu numa fase inicial deste estágio, emergindo do diálogo informal com a enfermeira orientadora e da observação participada daqueles que eram os recursos existentes no serviço no sentido de apoiar o bebé e os pais na minimização do trauma associado ao internamento na unidade.

Estas reuniões ocorrem, por norma, mensalmente, em datas definidas apenas no início de cada mês e afixadas num documento no serviço para que todos os pais tomem conhecimento da sua existência. Infelizmente, e devido à duração do estágio e à organização das mesmas por parte do serviço, não foi possível assistir a nenhuma delas. Tendo uma frequência mensal, aquando da elaboração do projeto de aprendizagem inicial e definição das atividades a realizar, julguei ter a oportunidade de o fazer, o que não veio a verificar-se na medida em que a reunião que decorreria no meu período de estágio (inicialmente prevista para o dia 4 de outubro) foi adiada para a semana seguinte (tendo o meu estágio neste contexto terminado no dia 5 de outubro).

No entanto, ressalvo a importância destas reuniões através do *feedback* que obtive das mesmas junto de vários pais de crianças internadas com quem contactei, que em momentos de diálogo informal as realçaram como sendo uma fonte importante de esperança e positividade. Tal como sugerem Diaz, Fernandes e Correia (2014), a partilha de experiências,

emoções e sentimentos ajuda os pais a lidar com a ansiedade e stress que experienciam em situações complexas e delicadas como o internamento do RN, motivando o seu bem-estar e tranquilizando-os relativamente ao futuro do bebé.

Para além disso, a relação de mutualidade entre pais, que envolve a partilha de vivências e a troca de experiências relacionadas com sentimentos, dificuldades, vitórias e alegrias sentidas no cuidado aos seus filhos proporciona um suporte informativo, formativo, instrumental e emocional entre ambos (Charepe, 2014), auxiliando-os na gestão de emoções.

Objetivo específico III – Prestar cuidados atraumáticos ao RN hospitalizado na unidade.

- Prestação de cuidados com base em princípios promotores do conforto do RN.

Tal como refere Tamez (2013), o conforto do RN assume um papel de notória importância para o seu desenvolvimento biopsicofisiológico, devendo o enfermeiro atuar no respeito pelo mesmo, prestando-lhe cuidados que otimizem o seu bem-estar. De forma a prestar cuidados atraumáticos ao RN de modo fundamentado, perspetivando o conforto como elemento base da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba e DiMarco, 2005) sustentei a minha intervenção em princípios promotores do conforto, potenciando-o sempre que possível.

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de realizar uma observação atenta do bebé e das suas respostas fisiológicas e comportamentais, de modo a intervir de forma adequada e ajustada às suas necessidades. Neste âmbito, realizei uma breve pesquisa acerca do programa de intervenção *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) e da Teoria Sinativa do Desenvolvimento (apêndice XV), ambas com um papel preponderante na prestação de cuidados de excelência ao RN, evidenciando a importância da observação atenta por parte dos profissionais de saúde. Efetivamente, o RN exige uma observação minuciosa e competente, que garanta uma adaptação satisfatória à vida extrauterina (Hockenberry e Wilson, 2014), sendo imprescindível valorizar a observação do seu comportamento, que se revela essencial para que seja possível moldarmos a nossa atuação de forma a perturbá-lo o menos possível, assegurando que o respeitamos integralmente, prestando-lhe cuidados de qualidade.

Com base nesta premissa, na pesquisa bibliográfica efetuada (anteriormente referida no objetivo específico I) e na partilha de informações com a enfermeira orientadora, prestei cuidados com base em princípios como, por exemplo: a manutenção de um correto alinhamento corporal do bebé, o posicionamento dos membros superiores e inferiores em

flexão privilegiando a posição mãos-boca, a realização de contenção (física ou por intermédio de dispositivos próprios como os “frogs”), a otimização do ambiente físico da unidade da criança (gerindo fatores como o ruído, a temperatura e a luminosidade) , o respeito pelos seus ciclos de sono e o agrupamento de manipulações e procedimentos, sempre que possível.

Desta forma, considero que prestei cuidados atraumáticos ao RN, integrando a promoção e manutenção do seu conforto nas intervenções de enfermagem planeadas e implementadas, reconhecendo o seu carácter fulcral para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebé.

- Elaboração de um plano de cuidados com ênfase na prestação de cuidados atraumáticos ao RN.

Através da implementação de um plano de cuidados adequado é possível promover a prestação de cuidados ao RN consoante as suas necessidades afetadas em cada momento, o que permite a personalização dos cuidados, perspetivando-o enquanto ser holístico. Este, é um instrumento que, de acordo com Soares et al (2015), se inicia com a identificação de problemas e levantamento de diagnósticos de enfermagem, estabelecendo intervenções que culminam com a satisfação dos resultados esperados e a sua posterior avaliação.

No âmbito desta atividade, e após uma discussão informal do assunto com a enfermeira orientadora, optei por dirigir o presente plano de cuidados (apresentado em apêndice XVI) às necessidades relacionadas com o conforto do bebé; esta decisão foi sustentada pelo facto de este ser um conceito central da minha temática e do presente relatório e de, tratando-se de um plano de cuidados de enfermagem referente a um RN internado numa UCIN e ao tempo de ensino clínico disponível para a sua elaboração, ser muito extenso englobar os diagnósticos referentes a todas as necessidades fisiológicas do bebé.

Para a sua realização recorri à utilização da taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association*, *Nursing Interventions Classification* e *Nursing Outcomes Classification*. Através do seu planeamento e operacionalização considero que os resultados esperados foram atingidos com sucesso, otimizando o bem-estar do bebé hospitalizado e trazendo francos benefícios para o mesmo.

Objetivo específico IV – Apoiar os pais e integrá-los, facilitando a sua adaptação à UCIN, no sentido de minimizar o trauma por estes vivenciado.

- Elaboração de folheto informativo para apresentar aos pais nos momentos em que estes permanecerem na unidade.

De acordo com Ribeiro et al (2015) e Hockenberry e Wilson (2014), a UCIN constitui um ambiente tecnologicamente complexo e avançado, que se torna um foco de ansiedade para o binómio pais – bebé, que se encontra numa posição muito vulnerável. Como sugerem os autores, o impacto do confronto com a UCIN logo após o nascimento do bebé, que se idealizava saudável, é enorme e constitui um fator de stress que os pais têm dificuldade em gerir. Neste âmbito, e no sentido de explorar as suas vivências, aumentando a minha própria compreensão sobre elas, elaborei uma análise crítico-reflexiva acerca das experiências e emoções dos pais perante o confronto do bebé imaginado com o bebé real (apêndice XVII).

Assim, e identificando o impacto significativo que a UCIN tem junto dos pais, considerei benéfica a realização de um folheto informativo que lhes apresente, de forma simples, sucinta e clara, sugestões de estratégias que estes podem utilizar para promover o conforto do seu bebé e para gerirem da melhor forma o stress que eles próprios vivenciam durante o internamento, sentindo-se também eles próprios mais confortáveis. Este folheto, intitulado “Como tornar o internamento mais fácil para si e para o seu bebé?” (apêndice XVIII), foi fornecido aos pais durante a sua permanência na unidade, tendo-lhes sido feita uma breve apresentação do mesmo de forma individual.

Embora não tenha sido realizada uma avaliação formal do mesmo, verificou-se que muitos pais adotaram estratégias sugeridas no folheto, como por exemplo a realização de um diário de registo da evolução do bebé e a decoração da unidade do RN com objetos personalizados (como fotografias e desenhos dos irmãos), realçando a sua importância e partilhando com a equipa a sua utilidade.

- Incentivo dos pais para celebrar todos os progressos e conquistas do bebé – elaboração de “medalhas” para fornecer aos pais aquando de algum progresso do RN.

De acordo com Martins et al (2012), o nascimento de um bebé representa, na maioria das vezes, a celebração de expectativas para os pais e para toda a sua família, que o idealizaram durante todo o processo de gestação. Assim, esta é uma etapa envolta em sonhos e desejos relativamente ao bebé. No entanto, quando a realidade não corresponde ao que era esperado e a criança necessita de cuidados especiais logo após o nascimento, os pais deparam-se com um conjunto de conflitos e frustrações, cuja gestão deve ser apoiada pelo enfermeiro, de forma a minimizar a situação de crise familiar e de vulnerabilidade acrescida que estes enfrentam.

Efetivamente, o enfermeiro tem o dever de perspetivar o binómio criança – família, sustentando a sua intervenção na filosofia dos cuidados centrados na família e tendo em

atenção o cuidado aos pais (Amorim et al, 2016). Neste sentido, optei por realizar “medalhas” comemorativas dos progressos do RN ao longo do internamento (apêndice XIX), incluindo frases como: “Já tenho um quilo!”; “Já tenho um mês!”; “Já consigo comer sem sonda!”; “Já passei para um berço!”. Estas, foram colocadas na unidade da criança em momentos oportunos, no sentido de incentivar a celebração dos progressos do RN, promovendo a esperança dos pais relativamente à evolução clínica favorável do seu filho.

Através da sua implementação, que felizmente foi possível várias vezes ao longo do meu estágio, o *feedback* obtido por parte dos pais foi bastante positivo, referindo alguns terem ficado emocionados pelo gesto da equipa de enfermagem em ter valorizado o progresso do RN. Verifiquei ainda que, ao deparar-se com a medalha, a generalidade dos pais referiu sentimentos de orgulho para com o bebé, sentindo-se mais otimistas e confiantes por vê-lo evoluir positivamente.

Tal como defende a OE (2011), a esperança é um elemento que assume um cariz relevante no contexto da prática de enfermagem, surgindo como um aspeto de carácter vital que fortalece as defesas físicas e psicológicas aquando da vivência de situações delicadas e complexas, às quais surge associado stress e incerteza quanto ao futuro, como é o caso de muitos dos pais que vêm os seus filhos internados na UCIN.

- Realização de uma análise crítico-reflexiva acerca da morte do RN na UCIN.

Infelizmente, e embora o avanço científico e tecnológico conduza à sobrevivência de muitos RN's com necessidade de cuidados especiais e hospitalização na UCIN, ocorrem ainda um número considerável de óbitos neste contexto. Quando isto acontece, os pais iniciam um processo de luto pela perda do bebé, vivenciando um turbilhão de emoções complexas e delicadas. Embora a morte seja sempre um momento doloroso e de sofrimento, no contexto da neonatologia esta assume um carácter ainda mais marcado, considerando-se uma afronta ao ciclo natural da vida (Tamez, 2013).

Tal como referem Silva, Valença e Germano (2010), a morte do RN constitui uma vivência de sentimentos conflituosos e, muitas vezes, dolorosos até mesmo para a equipa de enfermagem, que tem de gerir as suas emoções de forma a apoiar os pais ao longo deste processo. Pessoalmente, o confronto com a morte de um RN no decorrer deste estágio, gerou sentimentos de tristeza, dor, impotência e frustração, estimulando a realização de uma análise crítico-reflexiva acerca desta situação (apêndice XX). No entanto, ressalvo que fiquei extremamente impressionada com a atuação da equipa de enfermagem perante tal acontecimento, intervindo no sentido de dignificar a morte da criança através de ações como

a realização do batismo de urgência, a elaboração de um cartão com as pegadas do bebê e a colocação da pulseira de identificação do RN numa caixa para ser entregue aos pais, caso fosse essa a sua vontade.

Foi ainda oferecida aos pais a possibilidade de estes se despedirem do bebê, estando com ele a sós durante algum tempo e, se for esse o seu desejo, dando-lhe colo, participando no momento do banho e escolhendo uma roupa para que lhe seja vestida.

Importa ressaltar que, embora o envolvimento dos pais nas situações de limitação terapêutica possa ser benéfico, abrindo possibilidade à atribuição de significados face a uma situação de fim de vida e dignificando a vivência da morte do RN, podendo facilitar posteriormente o processo de luto (Soares et al, 2013), é importante que o enfermeiro tenha em conta que, embora possa e deva incentivá-lo, deve acima de tudo respeitar a individualidade e a escolha dos pais em cada situação, respeitando a sua vontade.

Síntese das competências desenvolvidas

Após o término deste ensino clínico destaco o seu caráter construtivo e enriquecedor para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Considero que o desenvolvimento das atividades descritas potenciou as oportunidades de aprendizagem que o contexto de estágio me proporcionou, possibilitando-me a consolidação e desenvolvimento de competências do EESIP, das quais destaco: a procura de evidência científica para fundamentar a tomada de decisão no contexto da prática clínica; o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados aplicando conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto; a promoção da vinculação de forma sistemática, especificamente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, avaliando o desenvolvimento da parentalidade, utilizando estratégias promotoras da esperança realista, estimulantes do contacto físico pais/RN e negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebê, incentivando-o de forma regular e consistente; a facilitação e incentivo da comunicação expressiva de emoções e o reconhecimento da sua importância para a gestão das emoções e vivências dos pais (OE, 2018).

Ressalvo ainda a oportunidade de desenvolver e consolidar competências do grau de mestre, nomeadamente: a incorporação na prática dos resultados de investigação válidos e relevantes na área de especialização e a demonstração de consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o RN e a sua família, atuando em conformidade com os mesmos no sentido de os minimizar (UCP, 2017).

2.2.2. Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio desenvolvido no contexto de internamento de pediatria realizou-se num serviço de internamento de um hospital na cidade de Lisboa, com a duração de 130 horas de contacto. Este, admite crianças desde o nascimento até aos dezoito anos de idade (menos um dia), tendo uma capacidade de dezoito camas distribuídas por nove quartos equipados de acordo com a patologia e o grupo etário específico a que se destinam. Destes, dois dos quartos encontram-se destinados a receber única e exclusivamente RN's que nunca tenham ido a casa (transferidos diretamente da unidade de neonatologia ou do serviço de obstetrícia do hospital) – este, é um aspeto de destaque na medida em que grande parte da população alvo do serviço são precisamente estes RN's, frequentemente admitidos para aquisição de autonomia alimentar, aumento de peso ou outras situações que exijam o apoio da equipa hospitalar antes do momento da alta.

No serviço, existem ainda três quartos de isolamento (todos eles equipados com antecâmara de acesso ao quarto e casa de banho individual) e um quarto onde se realiza monitorização remota de vídeo de eletroencefalograma (sendo considerado um centro de referência para a epilepsia refratária na criança e jovem).

É ainda de realçar a existência de uma sala exclusivamente destinada para usufruto dos pais das crianças internadas e de duas salas de atividades (uma direcionada a crianças em idade pré-escolar/escolar e outra mais adaptada aos adolescentes).

Neste serviço, são admitidas crianças/jovens provenientes do serviço de urgência pediátrica, da unidade de cuidados especiais pediátricos, da unidade de neonatologia, da consulta externa do hospital ou transferidos de outras unidades hospitalares. Este, dispõe do apoio permanente de especialistas de cardiologia, cirurgia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e outras especialidades, com as quais é estabelecido o contacto sempre que necessário. Conta ainda com o apoio de uma educadora de infância, uma assistente social, uma dietista e uma fisioterapeuta, que desenvolvem a sua atividade profissional junto das crianças e jovens internados e suas famílias.

O método de trabalho adotado é o do enfermeiro responsável.

Como objetivos gerais após o diagnóstico de situação, foram traçados: desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à criança/jovem hospitalizado e sua família; promover o conforto da criança/jovem e dos seus pais, estimulando a prestação de cuidados atraumáticos em todos os momentos do internamento, estimulando o conforto e bem-estar.

Objetivo específico I – Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem hospitalizada e sua família.

- Aplicação da escala de *Early Feeding Skills* (EFS).

Neste estágio, e atendendo ao âmbito em que este surge inserido, realço a necessidade que sinto em desenvolver e aperfeiçoar competências do EESIP, explorando aquele que é o meu tema e otimizando todas as oportunidades de aprendizagem que o contexto de ensino clínico têm para me proporcionar. Assim, destaco o conhecimento da EFS, uma escala de observação das competências do RN para a alimentação oral que é aplicada no serviço com bastante regularidade, na medida em que, como referido anteriormente, grande parte das crianças internadas são bebés que necessitam de adquirir autonomia alimentar antes do momento da alta para o domicílio. Esta, despertou o meu interesse, na medida em que nunca tinha tido contacto com a mesma, desconhecendo a sua existência e importância para o desenvolvimento saudável do bebé.

Através da sua utilização de forma consistente e regular, é possível obter uma franca maximização da saúde do RN, dando resposta às necessidades do seu ciclo de vida e de desenvolvimento, neste caso específico promovendo a aquisição de competências que lhe permitam a alimentação oral segura e eficaz. Assim, realizei uma leitura do manual de aplicação da EFS (disponível em formato físico no serviço), implementando de seguida a escala junto de alguns bebés com o apoio da enfermeira orientadora.

Devido ao tempo de permanência dos bebés no serviço de internamento, tive a possibilidade de aplicar a escala ao mesmo bebé em momentos distintos, sendo possível comprovar a sua utilidade na progressão do RN quanto às suas competências orais.

Realizei ainda uma análise crítico reflexiva acerca da importância da escala (apêndice XXI) e do seu papel construtivo para o meu desenvolvimento profissional.

Objetivo específico II – Colaborar ativamente no planeamento e execução de atividades/ projetos desenvolvidos no serviço.

- Elaboração de *checklist* (“Preparação para a alta do RN”) e respetivo guia de apoio à sua aplicação.

Esta atividade surgiu após a leitura das normas e protocolos existentes no serviço, dos quais destaco a existência de um protocolo relativo à promoção da parentalidade, onde é realçada a importância da inclusão dos pais nos cuidados à criança/jovem, tal como preconiza Anne Casey no seu Modelo de Parceria de Cuidados e como sugerem os resultados obtidos na revisão *scoping*.

Assim, e atendendo ao facto de grande parte da população alvo do serviço corresponder a bebés RN's, considerei benéfica a realização de uma *checklist* de preparação para a alta do RN (apêndice XXII). Esta, pretende servir de apoio aos profissionais do serviço, promovendo uma transmissão de informação adequada, clara e concisa, com o objetivo de proporcionar aos pais informação e aquisição de competências, garantindo a sua preparação para cuidar do bebé após a alta. Na sua elaboração, foram englobadas as principais temáticas que devem ser abordadas pela equipa de enfermagem ao longo do internamento, no sentido de preparar adequadamente o momento da alta do RN desde cedo, capacitando os pais para o cuidar da criança e, conseqüentemente, ajudando-os a adquirir confiança em si próprios, de forma a que se sintam confortáveis para cuidar do seu bebé com segurança.

Foi ainda realizado um guia de apoio à aplicação da *checklist* (apêndice XXIII), no qual é apresentada uma descrição sucinta do que deve ser abordado nas diferentes áreas temáticas.

Na fase final do meu estágio, a *checklist* e o respetivo guia de apoio encontravam-se a aguardar aprovação da direção de enfermagem para serem posteriormente implementados. No entanto, foi realizada uma revisão dos documentos numa reunião entre mim, a minha enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora do serviço, onde foram realizadas algumas sugestões e ajustes, que foram efetuados. Caso os documentos obtenham aprovação, a intenção da enfermeira coordenadora seria acoplar uma *checklist* à folha de prescrição de terapêutica de cada criança, promovendo a sua aplicação regular e constante.

Objetivo específico III – Prestar cuidados atraumáticos à criança/jovem hospitalizada e sua família, promovendo o conforto.

- Realização de um diário de bordo.

A realização do diário de bordo (apêndice XXIV) pretende descrever situações com as quais me deparei ao longo deste estágio, espelhando algumas das experiências e vivências que ocorreram neste contexto. Esta, é uma metodologia importante na medida em que permite explorar situações vivenciadas, atribuindo-lhes um significado, analisando e refletindo acerca da sua importância (Santos et al, 2013). Neste âmbito, optei por incluir no diário de bordo situações que comprometam o bem-estar da criança/jovem em qualquer circunstância do internamento, destacando aquelas em que recorri à utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor na prestação de cuidados e realçando a sua importância enquanto estratégias promotoras dos cuidados atraumáticos. De facto, e tal como corrobora a OE (2013), a dor (reconhecida pela DGS como o quinto sinal vital) não pode ser minorizada, merecendo uma atenção especial por parte do enfermeiro, de forma a

tornar possível a minimização do trauma da criança/jovem aquando da necessidade de hospitalização e submissão a procedimentos dolorosos. Assim, é imprescindível que o enfermeiro inclua no seu plano de cuidados de enfermagem a utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor, associando-as sempre que necessário a estratégias farmacológicas, de forma a proporcionar o máximo conforto e bem-estar à criança/jovem, perspetivando-o como indispensável para a sua recuperação (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Esta atividade pretende espelhar precisamente a utilização destas estratégias, bem como apresentar os resultados obtidos junto das crianças/jovens alvo da prestação de cuidados.

Ainda no âmbito deste objetivo específico que me propus atingir, destaco a realização de uma análise crítico-reflexiva acerca da utilização da estratégia da “luva mágica” enquanto técnica de hipnose no controlo da dor durante a realização de procedimentos dolorosos na criança/jovem (apêndice XXV). Optei por não a incluir no diário de bordo uma vez que apenas assumi um papel de observadora nesta situação, tendo a estratégia sido implementada por uma médica pediatra que possui uma formação na área da hipnose clínica.

- Realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem acerca da utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

Ainda no âmbito da utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor realizei uma sessão de formação à equipa de enfermagem. Após a observação participada dos cuidados prestados pela equipa e uma conversa informal com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do serviço, elegemos como população-alvo para abordar nesta sessão as faixas etárias do lactente e do toddler. Esta, foi uma decisão sustentada pelo facto de estes constituírem a segunda faixa etária mais prevalente no serviço de internamento de pediatria e de serem as faixas etárias em que a generalidade dos enfermeiros do serviço reconhece ter mais dificuldade em atuar nesta área temática (conforme apurei em momentos de contacto informal com vários elementos da equipa de enfermagem). Nesta sessão, optei por não abordar a utilização destas estratégias no RN uma vez que, embora a maioria das crianças admitidas no serviço estejam dentro desta faixa etária (de acordo com informação disponibilizada pela enfermeira chefe e em consonância com aquilo a que assisti durante o meu ensino clínico) existe um protocolo de atuação já realizado neste contexto.

A sessão formativa foi divulgada em momentos de passagem de turno e através de um documento afixado na sala de trabalho da equipa de enfermagem. Esta, realizou-se no dia 15 de novembro, pelas 14 horas, na sala de reuniões do serviço, contando com a presença da enfermeira chefe, da enfermeira coordenadora, de 7 elementos da equipa de enfermagem e

de uma estudante do curso de licenciatura em enfermagem que se encontrava a realizar ensino clínico no serviço. Teve a duração de cerca de 30 minutos e foi sustentada por um documento em formato de *PowerPoint* (PWP). No final da apresentação e de um momento disponibilizado para a colocação de dúvidas e discussão em grupo, foi distribuído um questionário de avaliação da sessão, que foi preenchido por todos os participantes.

No apêndice XXVI encontra-se o plano de sessão elaborado para a realização desta formação à equipa, bem como os diapositivos utilizados na apresentação em PWP, o formulário do questionário de satisfação e uma breve análise das respostas da equipa relativamente à utilidade da sessão de formação, que foi reconhecida como fundamental para que melhorem a sua prática no âmbito do controlo da dor nestas faixas etárias.

Síntese das competências desenvolvidas

A meu ver, e refletindo criticamente sobre o meu percurso formativo neste estágio, analisando as atividades desenvolvidas e os objetivos operacionalizados, considero que aperfeiçoei e desenvolvi competências específicas do EESIP, das quais destaco: a implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade, negociando a participação da criança/jovem e sua família em todo o processo de cuidar, com vista à independência e ao bem-estar; a comunicação com a criança/jovem e sua família utilizando técnicas e estratégias adequadas à sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura; a procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e sua família, no sentido da adoção de comportamentos promotores de ganhos em saúde; a facilitação da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e sua família, realizando ensinamentos direcionados à criança/jovem e família no sentido da promoção da saúde e prevenção de acidentes; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as suas respostas e assegurando a garantia da gestão e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor (OE, 2018).

Para além disso, ressalvo ainda que, no âmbito da *checklist* de preparação para a alta do RN, capacitando os pais e incluindo-os nos cuidados ao bebé com segurança, foi elaborado um poster intitulado “Síndrome de Morte Súbita do Lactente: Recomendações para a Prevenção” (apêndice XXVII). Este, foi submetido e aceite no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”. Assim, considero ainda que desenvolvi a capacidade de comunicar as minhas conclusões, os meus conhecimentos e resultados de aprendizagem de uma forma adequada, através de um poster num evento científico (UCP, 2018).

Considero ainda que as atividades operacionalizadas neste estágio me permitiram mobilizar conhecimentos da minha formação académica anterior e da minha experiência pessoal e profissional/laboral, facilitadores da capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar. Destaco ainda como competências de mestre desenvolvidas neste contexto: a promoção do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, explorando as suas necessidades formativas e comunicando os meus conhecimentos e conclusões através da realização de uma sessão de formação no sentido de as explorar e colmatar, promovendo o seu desenvolvimento profissional, com conseqüente melhoria na qualidade dos cuidados prestados; a demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização, abordando questões complexas relacionadas com a criança/jovem e família no sentido de melhorar os cuidados prestados (UCP, 2017).

2.2.3. Serviço de Urgência de Pediatria

O último estágio teve lugar num SUPed de um hospital central de Lisboa, com a duração de 115 horas de contacto. Este, é um serviço que presta cuidados à criança/jovem desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, qualquer que seja a patologia médica ou cirúrgica que motiva o recurso aos cuidados de saúde. Encontra-se em funcionamento 24 horas por dia, todos os dias do ano, sendo um serviço sem limitação de área geográfica, que recebe crianças e jovens provenientes do domicílio, de outras instituições de saúde ou de outros serviços do hospital, encaminhando também, sempre que necessário, a criança/jovem para outra especialidade, de forma a responder ao seu problema de forma eficaz.

No espaço físico do SUPed destaca-se a existência de diversas salas: triagem (onde o enfermeiro observa e avalia a criança/jovem, determinando o grau de gravidade da situação e estabelecendo a prioridade de atendimento, de acordo com a triagem de Manchester, fazendo o respetivo encaminhamento); aerossóis (destinada à receção de crianças/jovens que necessitem de realização de aerossol ou oxigenoterapia); tratamentos (onde são executados vários procedimentos, como é o caso da colocação de acessos venosos periféricos, da administração de terapêutica intramuscular, entre outros); vigilância (composta por 2 macas, nas quais podem permanecer crianças/jovens que não seja aconselhado aguardarem na sala de espera por vários motivos; por exemplo, por necessitarem de uma maior vigilância e monitorização, por se encontrarem a realizar terapêutica endovenosa, entre outros); reanimação (que recebe crianças/jovens em situação de emergência); pequena cirurgia (onde se realizam intervenções com necessidade de sedação e analgesia adequada à realização de

procedimentos pelas especialidades cirúrgicas, como por exemplo, a cirurgia plástica e a ortopedia); sala de observação (com capacidade para seis camas, constituindo uma unidade de internamento de curta duração, onde as crianças/jovens permanecem para estabilização clínica após cirurgias ou exames de diagnóstico, até indicação médica para alta para o domicílio, para transferência para outro piso de pediatria ou para outro hospital).

O circuito de atendimento da criança/jovem começa com a sua inscrição à chegada ao serviço de urgência, sendo logo que possível chamada à sala de triagem. De seguida, o seu percurso é variável consoante a sua situação clínica.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares da ação médica e secretária de unidade, sendo o método de trabalho o do enfermeiro responsável.

Após o diagnóstico de situação, foram definidos como objetivos gerais: desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, em contexto de urgência pediátrica; promover o conforto da criança/jovem e dos seus pais, estimulando a prestação de cuidados atraumáticos.

Objetivo específico I - Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família no SUPed.

- Prestação de cuidados à criança/jovem e família ao longo do seu percurso pelo SUPed.

O SUPed é um serviço com uma grande riqueza de oportunidades de aprendizagem, não só pela grande diversidade de crianças e jovens com diferentes patologias que a ele recorrem, como pelas várias salas que o compõem, nas quais se pressupõe uma atuação fundamentada e eficaz na resposta ao problema da criança/jovem, bem como o apoio constante às suas famílias. No decorrer do meu ensino clínico, tive a oportunidade de prestar cuidados nas salas de triagem, de aerossóis, de tratamentos e de observação, o que constituiu uma mais valia para o meu percurso formativo neste âmbito, enriquecendo-o com diferentes experiências em vários contextos. Considero que adotei uma intervenção fundamentada, acompanhando e compreendendo o circuito da criança/jovem no serviço, prestando cuidados nas várias vertentes que engloba o SUPed e investindo na prestação de cuidados atraumáticos em todos os momentos de contacto com a criança/jovem e sua família.

Embora o SUPed seja um serviço no qual se pressupõe uma atuação rápida, compreendi e considero de notória importância ressaltar que, sempre que a condição clínica da criança/jovem o permitir, é uma mais valia investir algum tempo na minimização do stress da criança/jovem e família, diminuindo o trauma por eles vivenciado e obtendo francos ganhos em saúde, quer no presente quer no futuro.

Objetivo específico II - Colaborar ativamente no planeamento e execução de atividades/ projetos desenvolvidos no serviço.

- Elaboração de norma de procedimento acerca da utilização do “kit sem dor”.

De forma a integrar-me na equipa multidisciplinar e nos projetos e atividades desenvolvidas no serviço, foram-me disponibilizadas algumas normas de procedimento e protocolos existentes no mesmo. Da sua leitura e da observação participada dos recursos existentes no serviço, surgiu a necessidade de elaborar uma norma de procedimento relativa à utilização do “kit sem dor” junto da criança/jovem e sua família (apêndice XXVIII). Este instrumento já se encontrava elaborado e “construído” no serviço e tem como finalidade espelhar a utilização do BT enquanto estratégia não farmacológica do controlo da dor. Engloba uma caixa composta por vários brinquedos e instrumentos lúdicos adequados a várias faixas etárias (conforme é possível observar na tabela apresentada no anexo I), que podem ser disponibilizados à criança/jovem para promover a sua distração, sendo úteis na gestão do medo, do stress e da ansiedade que, como referem Gomes e Nóbrega (2015), surgem frequentemente associados a procedimentos dolorosos ou situações percebidas pela criança/jovem como desagradáveis e/ou desconfortáveis.

Com esta norma, pretendo sensibilizar os profissionais para a sua utilização, promovendo-a no sentido de proporcionar a prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem através da utilização do BT, elemento facilitador da adaptação da criança/jovem à hospitalização (Lima et al, 2014). Para além disso, considero ainda que esta desempenha um papel importante ao uniformizar a sua aplicação e utilização pelos elementos da equipa de enfermagem. No final do meu estágio, a norma aguardava aprovação pela direção de enfermagem. No entanto, foi apresentada de forma informal aos elementos da equipa nos momentos de passagem de turno, tendo o *feedback* obtido sido positivo.

Objetivo específico III - Prestar cuidados atraumáticos à criança/jovem e sua família, promovendo o conforto.

- Utilização do “kit sem dor”/ Execução de análise crítico-reflexiva sobre a sua importância.

Na sequência da atividade anterior e otimizando os recursos existentes no serviço, apliquei o “kit sem dor” de forma regular e consistente junto das crianças/jovens com quem contactei ao longo do estágio em momentos de dor, stress ou ansiedade. Neste contexto, elaborei uma análise crítico-reflexiva (apêndice XXIX) que pretende espelhar uma das situações alvo da sua aplicação, refletindo acerca dos seus benefícios e da sua utilidade para a promoção do conforto e humanização dos cuidados prestados à criança/jovem e família.

- Realização de folheto informativo acerca do “kit sem dor” na vivência da criança/jovem no contacto com os cuidados de saúde.

Ainda no âmbito da utilização do “kit sem dor”, considerei oportuna a realização de um folheto informativo direcionado aos pais das crianças/jovens alvo de aplicação do mesmo (apêndice XXX). Desta forma, tornou-se facilitadora a inclusão dos pais na própria atividade de utilização do kit junto da criança/jovem, estimulando o seu envolvimento e fazendo-os compreender a sua real importância e o impacto deste junto da criança/jovem.

Para além disso, o folheto revelou-se ainda importante numa fase inicial da atividade de utilização do kit junto da criança/jovem, constituindo um suporte físico que permitiu aos pais tomarem conhecimento da atividade e dos seus objetivos, enaltecendo a importância do BT enquanto estratégia promotora da prestação de cuidados atraumáticos e enquanto facilitador da adaptação da criança/jovem perante a hospitalização, tal como apontam os resultados da revisão *scoping*.

Síntese das competências desenvolvidas

Após a análise crítico-reflexiva do meu percurso neste estágio e das atividades desenvolvidas no seu decorrer, considero que foi possível dar resposta aos objetivos delineados, otimizando os recursos existentes no serviço em prol da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Considero que este foi um contexto enriquecedor para a minha formação académica e profissional, ao ter-me oferecido a possibilidade de explorar uma área de prestação de cuidados totalmente diferente daquele em que exerço a minha atividade profissional diária, numa multiplicidade de vertentes, munindo-me de ferramentas específicas do EESIP, das quais realço: a intervenção nas situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e intervindo de acordo com estas; a gestão de conhecimentos e habilidades que me permitiram implementar eficazmente medidas não farmacológicas de alívio da dor; a comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e à sua cultura (OE, 2018).

Considero ainda ter adquirido competências de mestre, das quais destaco: a capacidade para integrar conhecimentos, desenvolver soluções e refletir sobre as suas implicações práticas, de modo estruturado; a promoção do desenvolvimento profissional de outros enfermeiros, estimulando a utilização do kit sem dor de forma regular (UCP, 2017).

CONCLUSÃO

Na fase final deste trabalho, considero que os objetivos previamente delineados para o mesmo foram atingidos com sucesso. Neste, encontra-se espelhado o meu percurso ao longo dos estágios, bem como a forma como se processou a aquisição de competências pessoais e profissionais, específicas do EESIP e do titular de grau de mestre. Considero que, na globalidade, todos os objetivos e atividades definidas para operacionalizar no âmbito dos vários ensinamentos clínicos, foram alcançados e operacionalizados com sucesso.

A Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, o Modelo de Parceria de Cuidados, de Anne Casey, e toda a evidência científica consultada, revelaram-se fundamentais para sustentar a minha tomada de decisão ao longo do percurso formativo nos estágios, fundamentando a minha intervenção e permitindo-me prestar cuidados especializados, perspetivando transversalmente a importância da prestação de cuidados atraumáticos. Estes, ao englobarem cuidados que visam minimizar o sofrimento da criança/jovem e sua família enquanto seres holísticos, verificam-se imprescindíveis para assegurar o conforto, garantindo a humanização dos cuidados.

A par da prestação de cuidados atraumáticos, surgem ainda outros princípios da filosofia da enfermagem pediátrica, que considero indispensáveis para responder de forma eficaz às necessidades da criança/jovem: a parceria de cuidados e a prestação de cuidados centrados na família. Desta forma, considero que tive também a possibilidade de investir na promoção e valorização destes pilares, potenciando o conforto de forma integral e sustentando-me em intervenções complexas e fundamentadas.

Relativamente às limitações e constrangimentos com que me deparei na realização do presente relatório destaco: a minha falta de experiência na área da investigação, que pode ter interferido com os resultados obtidos na revisão *scoping* apresentada e algumas limitações inerentes à organização das próprias instituições ou ao tempo de ensino clínico, que conduziram à inexistência de uma avaliação formal e completa de algumas das atividades realizadas (sendo as mesmas mencionadas ao longo do segundo capítulo deste documento).

No entanto, julgo que todos os contributos deixados em cada local de estágio foram benéficos para a minha formação e, simultaneamente, enriquecedores para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e sua família nestes locais, permitindo-lhes uma experiência de recurso aos cuidados de saúde o menos traumática possível e estimulando o seu conforto e bem-estar.

Considero ainda que, após este percurso, enriquecedor do ponto de vista académico, profissional e pessoal, desenvolvi competências de mestre e de EESIP que certamente enriquecerão o meu percurso laboral daqui em diante. Reconheço a importância dos achados que emergiram da revisão *scoping* realizada, considerando-a uma ferramenta extremamente útil para o EESIP, assumindo um papel imprescindível na transferência da teoria para a prática e salientando a valorização do papel fulcral da PBE e da investigação constante, procurando sempre conhecimentos atuais. Assim, considero interessante trabalhar no meu contexto laboral as questões que resultaram da evidência científica, explorando-as e operacionalizando-as no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Como projetos futuros, pretendo dar continuidade ao investimento na minha formação contínua, nomeadamente no âmbito desta área temática, promovendo a formação em contexto de trabalho, de forma a contribuir para a garantia de que todas as crianças/jovens e suas famílias recebem cuidados de enfermagem sustentados em princípios promotores dos cuidados atraumáticos.

Ressalvo ainda o carácter construtivo da partilha e reflexão das práticas emergentes no cuidar da criança/jovem e sua família, que foram surgindo ao longo de todo este percurso e estimularam a mobilização, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos, estratégias, habilidades e competências. Para além disso, a oportunidade de partilhar experiências, conhecimentos e reflexões com todas as pessoas com quem me cruzei durante este percurso académico, contribuíram amplamente para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao longo deste percurso, tive ainda a oportunidade de perspetivar os vários domínios de atuação do EESIP, obtendo uma melhor perceção da importância da sua intervenção a níveis bastante distintos, mas complementares, englobando a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados em contextos de doença e/ou hospitalização da criança/jovem, valorizando a articulação entre as equipas multidisciplinares e entre os diferentes contextos da prática clínica para a prestação de cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorim, M. et al (2016). Parental roles and needs in neonatal intensive care: a review of Portuguese guidelines. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2583-2594. Acedido em: 11/11/2018. **Doi:** 10.1590/1413-81232015218.07292015.

Apóstolo, J.L.A. (2009). Confort in nursing theories. Concept analysis and theoretical meaning. *Revista de Enfermagem Referência*, série II (9), 61-67. Acedido em: 10/10/2018. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=1&sid=000830d2-46e3-4270-9e530608ddf753c0%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=38797646&db=a9h>.

Azevedo, C.A.M. & Azevedo, A.G. (2008). *Metodologia científica* (9ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Caleffi, C.C.F. et al (2016). Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-8. Acedido em: 12/01/2019. **Doi:** 10.1590/1983-1447.2016.02.58131.

Casey, A. & Mobbs, S. (1998). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84(44), 67-68. Acedido em: 20/11/2018. ISSN 0265-5527.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. Acedido em: 10/12/2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675858>.

Castelo, M.L.R.R. (2013). *A Perceção dos enfermeiros do Centro de Saúde relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança* (Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Guarda: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda. Acedido em: 25/03/2018. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/1488>.

Cavalcante, A.K.C.B. (2015). Safe patients care: nursing contributions. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4), 1-13. Acedido em: 24/11/2018. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/907/141>.

Charepe, Z.B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica – Modelo de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 10/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.

Costa, D.T.L. et al (2016). Playing in the child nursing care – integrative review. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 16(1), 36-43. Acedido em: 4/01/2019. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/222-o-brincar-na-assistencia-de-enfermagem-crianca-revisao-integrativa>.

Dansky, M.T.R. et al (2017). Importance of evidence-based practice in nurse's work process. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1-6. Acedido em: 20/12/2018. **Doi:** 10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304.

Decreto-Lei nº28/2008 (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Governo da República Portuguesa. *Diário da República, I Série* (Nº 58, de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº281/2009 (2009). Cria o Sistema Internacional de Intervenção Precoce na Infância. Governo da República Portuguesa. *Diário da República, I Série* (Nº193, de 6-10-2009), 7298-7301. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>.

Diaz, Z.M., Fernandes, S.M.G.C. & Correia, S. (2014). Difficulties of parents with infants admitted in unit neonatology. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (3), 85-93. Acedido em 20/11/2018. **Doi:** 10.12707/RIII12134.

Diogo, P. et al (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Revista Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. Acedido em: 3/01/2019. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 9/03/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2007). *Crianças e jovens em risco: Projecto de intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 10/03/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 15/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saudeinfantil-e-juvenil.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Acedido em: 10/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>.

Glasper, E. & Tucker, A (1993). *Advances in child health nursing*. Londres: Scutari Press.

Godinho, N. (2018). *Guia de normas para a apresentação de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – Norma APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em: 10/01/2019. Disponível em: <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/9347-GuiaOrientadorvs2018>.

Gomes. G.L.L. & Nóbrega, M.M.L. (2015). Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de um diagnóstico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 963-970. Acedido em: 2/11/2018. **Doi:** 10.1590/0104-1169.0372.2637.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (2015 ed.). Austrália: Joanna Briggs Institute. Acedido em: 20/12/2018. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.

Johnson, M. et al (2013). *Ligações NANDA, NOC-NIC: Condições clínicas, Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade* (3ª ed.). Brasil: Elsevier.

José, H., Nunes, E. & Lourenço, M. (2013, maio). Humor: A holistic care and a promoting children's health. In *1st World Congresso f Children and Youth Health Behaviours/ 4th National Congress on Health Education*. Viseu, Portugal. Acedido em: 18/12/2018. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-ist-world-congress-children-youth-S0212656713700295>.

Khan, A.A. (2017). Application of Katharine Kolcaba Comfort theory to nursing care of patient. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7(3), 104-107. Acedido em: 15/11/2018. Disponível em: <http://www.ijsrp.org/research-paper-0317/ijsrp-p6314>.

Kiche, M.T. & Almeida, F.A. (2009). Therapeutic toy: strategy for pain management and tension relief during dressing change in children. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125-130. Acedido em: 5/10/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000200002&script=sci_arttext&tlng=en.

Kolcaba, K. & DiMarco, M.A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194. Acedido em: 20/12/2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16060582>.

Lima, K.Y.N. et al (2014). Play as a tool in nursing care for hospitalized children. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(3), 747-751. Acedido em: 21/11/2018. **Doi:** 10.5935/1415-2762.20140054.

Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Acedido em: 22/09/2018. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.

Martins, L.A. et al (2012). Insertion of the family in the neonatal intensive care unit: a systematic review. *Journal of Nursing UPFE-Online*, 6(4), 861-868. Acedido em: 4/11/2018. **Doi:** 10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201223.

Melo, E.M.O.P. et al (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 432-439. Acedido em: 20/11/2018. **Doi:** 10.1590/0104-1169.3308.243.

Mendes, M.G.S.R. & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Partnership in pediatric nursing care: from words into nurses' action. *Revista de Enfermagem Referência*, série III(6), 113-121. Acedido em: 10/10/2018. **Doi:** 10.12707/RIII1144.

Menzani, R.M. & Leiva, J.C. (2017). Ser criança na classe hospitalar: A dimensão psicológica na interface educação e saúde. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 20(1), 106-120. Acedido em: 20/09/2018. **Doi:** 10.25061/2527-2675/ReBraM/2017.v20i1.476.

Moher, D. et al (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. Acedido em: 4/01/2019. **Doi:** 10.5123/S1679-49742015000200017.

Nilsson, S. et al (2013). Active and passive distraction in children undergoing wound dressings. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 158-166. Acedido em: 11/10/2018. **Doi:** 10.1016/j.pedn.

Oliveira, C.S. (2013). Comfort and well-being as concepts in use in nursing. *Revista Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8. Acedido em: 12/11/2018. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\)](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1)).

Oliveira, D.K.M.A. & Oliveira, F.C.M. (2013). Benefícios da brinquedoteca à criança hospitalizada: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 11(35), 37-44. Acedido em: 10/12/2018. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1775/1376.

Olson, D.M. (2017). Why 5 years? *Journal of Neuroscience Nursing*, editorial, 64. Acedido em: 27/12/2018. **Doi:** 10.1097/JNN.0000000000000280.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Cadernos OE, Série I, N°3, Volume 3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/09/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, II Série* (N°35, de 18-02-2011). 8648-8653. Acedido em: 5/09/2018. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 21/11/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem>.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança* (Cadernos OE, Série I, N°6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/09/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolo_dorcrianca.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (Nº133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 5/09/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.

Pedroso, R.M.C.J. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 225-232. Acedido em: 2/12/2018. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEPA/article/view/991>.

Pereira, A.M. et al (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Revista Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38. Acedido em: 22/10/2018. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\)](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2)).

Peterson, S.J. & Bredow, T.S. (2008). *Middle-Range Theories: Application to nursing research* (2ªed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Ponte, K.M.A. & Silva, L.F. (2016). Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem: Análise de conceitos e definições. *Revista Essentia, Sobral*, 17(1), 207-227. Acedido em: 15/10/2018. Disponível em: <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/17>.

Pontes, J.E.D. et al (2015). Therapeutic play: preparing the child the vaccine. *Einstein*, 13(2), 238-242. Acedido em: 8/10/2018. **Doi:** 10.1590/S1679-45082015AO2967.

Queiroz, M.V. & Jorge, M.S. (2006). Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 117-130. Acedido em: 11/11/2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180114102009>.

Ribeiro, C.R. et al (2015). Parent's and nurse's perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV(4), 137-146. Acedido em: 17/11/2018. **Doi:** 10.12707/RIV14023.

Sanches, K.S., Rabin, E.G. & Teixeira, P.T.O. (2018). The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. *Journal of School Nursing – University of São Paulo*, 52, 1-9. Acedido em: 2/11/2018. **Doi:** 10.1590/s1980-220x2017009103336.

Santos, J.L.G. et al (2013). Logbook: Experience of teaching-learning management and management in nursing and health. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(4), 854-863. Acedido em: 20/11/2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028459023>.

Santos, P.M. et al (2016). Nursing care through the perception of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 603-609. Acedido em: 12/01/2019. **Doi:** 10.1590/0034-7167.2016690405i.

Silva, L.C.S.P., Valença, C.N. & Germano, R.M. (2010). Critical care nursing professional's perceptions about the death of the newborn. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 238-242. Acedido em: 6/11/2018. **Doi:** 10.1590/S0034-71672010000200011.

Silva, S.G.T. et al (2017). Influence of therapeutic play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1314-1319. Acedido em: 12/01/2018. **Doi:** 10.1590/0034-7167-2016-0353.

Soares, C. et al (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4), 318-326. Acedido em: 10/11/2018. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2100/3693>.

Soares, M.I. et al (2015). Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 47-53. Acedido em: 12/12/2018. **Doi:** 10.5935/1414-8145.20150007.

Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Tomey, A.M. & Alligood (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2017). *Mestrado em Enfermagem – Regulamento geral*. Estabelece as normas regulamentares do ciclo de estudos. Acessível na área pessoal dos serviços do cidadão académico (Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal).

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2018). *Guia de “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica*. Guia orientador da unidade curricular. Acessível na área pessoal dos serviços do cidadão académico (Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal).

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2018). *Guia de “Estágio Final e Relatório”*. Guia orientador da unidade curricular. Acessível na área pessoal dos serviços do cidadão académico (Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal).

Viera, M.M. et al (2015). A atenção da enfermagem na saúde da criança: revisão integrativa da literatura. *Revista UNIARA*, 18(1), 97-115. Acedido em: 8/12/2018. **Doi:** 10.25061/2527-2675/ReBraM/2015.v18i1.341.

Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Yateem, N.S. et al (2015). Childhood stress in healthcare settings: awareness and suggested interventions. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(2), 136-153. Acedido em: 2/01/2019. **Doi:** 10.3109/01460862.2015.1035465.

APÊNDICES

**APÊNDICE I: CONSULTAS DE ENFERMAGEM - AVALIAÇÃO DO
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

CONSULTAS DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

INFANTIL



Referências Bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 15/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- SClínico (sistema informático utilizado na UCSP).

PRIMEIRA CONSULTA (até ao 15º dia de vida do RN)

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, índice de massa muscular (IMC) e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Exame físico global (incluindo avaliação da anca para despiste de displasia da anca).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese e interrogatório dirigidos; - Exame objetivo: pálpebras e exame ocular externo + avaliação da capacidade visual.
Audição <i>Aplicação das Recomendações do Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil (GRISI)</i>	<p>Verificar se o RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi submetido ao rastreio auditivo neonatal; - Assusta-se com um som forte?
Desenvolvimento	- Verificar a presença de reflexos primitivos.
Vacinação	- Verificar a realização de: vacina da hepatite B e teste do pezinho.
Relação emocional/comportamental (perturbações)	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação do(a) principal cuidador(a) com o recém-nascido (enamoramento); - Adaptação da família às novas rotinas; - Reações dos irmãos (caso existam). <p style="text-align: center;"><i>Sinais de Alerta → falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida.</i></p>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontre (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

1 MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Exame físico global (incluindo avaliação da anca para despiste de displasia da anca).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese e interrogatório dirigidos; - Exame objetivo: pálpebras e exame ocular externo + avaliação da capacidade visual; - Teste dos reflexos de fixação e perseguição.
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Desenvolvimento	<i>Sinal de alerta → ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentada; não fixa a face humana.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/comportamental (perturbações)	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação do(a) principal cuidador(a) com o recém-nascido (enamoramento); - Adaptação da família às novas rotinas; - Reações dos irmãos (caso existam); - Sensibilidade e consequente resposta do(a) principal cuidador(a) às manifestações do bebé. <p style="text-align: center;"><i>Sinais de Alerta → falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida.</i></p>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

2 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Exame físico global (incluindo avaliação da anca para despiste de displasia da anca).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese e interrogatório dirigidos; - Exame objetivo: pálpebras e exame ocular externo + avaliação da capacidade visual; - Teste dos reflexos de fixação e perseguição.
Audição	<i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>
Desenvolvimento	<i>Sinal de alerta → ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentada; não fixa a face humana.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de alerta → bebé inconsolável/ bebé apático, sem períodos de comunicação.</i>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

4 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Exame físico global	
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	- Observar ou perguntar ao cuidador se reage à voz familiar.
Desenvolvimento	<i>Sinal de alerta</i> → não segue o objeto com os olhos; mãos sempre fechadas.
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de alerta</i> → não acalma preferencialmente com a figura do cuidador; ausência de prazer interativo (interação desadaptada).
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

6 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Dentição	- Verificar o estado da erupção dentária.
Exame físico global (incluindo avaliação da anca para despiste de displasia da anca).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	- Determinação da capacidade visual, movimentos oculares, visão binocular (“Cover teste” – estrabismo anormal, manifesto e constante).
Audição	<i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>
Desenvolvimento	<i>Sinal de alerta → não olha nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza; revela assimetrias..</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de alerta → Sinais referidos no “desenvolvimento” + cuidador não responde aos sinais do bebé.</i>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

9 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Dentição	- Verificar o estado da erupção dentária.
Exame físico global (incluindo a confirmação de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	- Determinação da capacidade visual, movimentos oculares, visão binocular (“Cover teste” – estrabismo anormal, manifesto e constante).
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	- Reage ao som da voz, roca, chávena e colher. <i>Sinal de alerta → não olha nem pega em objetos; não reage a sons; não vocaliza; revela assimetrias..</i>
Desenvolvimento	<i>Sinal de alerta → não tem equilíbrio sentado; sem preensão palmar; não leva objetos à boca nem reage a sons.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de alerta → Não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal.</i>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

12 MESES (1 ANO)

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (incluindo avaliação da anca/marcha e a confirmação de testículos nas bolsas; em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Desenvolvimento e linguagem	<i>Sinal de alerta → não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de alerta → Dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar.</i>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

15 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (incluindo avaliação da anca/marcha; em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão e audição	- Verificar a consolidação das aquisições dos 12 meses de idade.
Desenvolvimento e linguagem	- Verificar se a criança comunica os seus desejos apontando ou vocalizando.
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	- Verificar se a criança procura o cuidador como “base estável” quando algo o perturba.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

18 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente careado, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (incluindo avaliação da anca/marcha e a confirmação de testículos nas bolsas; em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referência” (DGS, 2008)</i>	
Audição	<i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>
Desenvolvimento e linguagem	<i>Sinais de Alerta → não se põe de pé; não faz pinça fina; não vocaliza espontaneamente.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/comportamental (perturbações)	<i>Sinais de Alerta no relacionamento → não se interessa por outras crianças; não aponta com o indicador; não imita o adulto (careta); não olha quando o chamam pelo nome; não acompanha com o olhar quando apontamos para algo – se forem detetados mais de dois itens presentes, referenciar para a avaliação do desenvolvimento.</i> - Explorar alterações significativas na vida e avaliação de fatores de risco, relacionados com o nascimento de irmãos e situação de luto face à perda de entes queridos.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

2 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico	...e respetivo percentil.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (incluindo avaliação da anca/marcha e a confirmação de testículos nas bolsas; em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	Quantificação da acuidade visual (a partir dos 2 anos e meio), através de, por exemplo, o teste dos “E” - de Snellen - ou o teste das imagens - de Mary Sheridan.
Audição	<i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>
Desenvolvimento e linguagem	<i>Sinais de Alerta no desenvolvimento → não anda. Sinais de Alerta na linguagem → não compreende o que se diz; não pronuncia palavras inteligíveis; não estabelece contacto; não imita.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/comportamental (perturbações)	- Verificar a existência de incapacidade do cuidador em impor regras e limites; averiguar se este comportamento se repete nos diferentes contextos de vida da criança; - Explorar alterações significativas na vida e avaliação de fatores de risco, relacionados com o nascimento de irmãos e situação de luto face à perda de entes queridos.
Rastreio de dislipidémias	- Efetuar (em condições particulares) a partir desta idade.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

3 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	Quantificação da acuidade visual (a partir dos 2 anos e meio), através de, por exemplo, o teste dos “E” - de Snellen - ou o teste das imagens - de Mary Sheridan.
Audição <i style="text-align: right;">Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Desenvolvimento e linguagem	<i>Sinais de Alerta no desenvolvimento → anda em pontas dos pés sistematicamente; não constrói nada.</i> <i>Sinais de Alerta na linguagem → linguagem incompreensível.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de Alerta → dificuldade extrema em separar-se do principal cuidador; perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente; insónia grave.</i> - Explorar alterações significativas na vida e avaliação de fatores de risco, relacionados com o nascimento de irmãos e situação de luto face à perda de entes queridos.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

4 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	- Nesta idade pode optar-se pelas tabelas de E, de Snellen.
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Desenvolvimento	- Verificar se a criança não tem lateralidade definida.
Linguagem/ Dificuldades específicas de aprendizagem	- Linguagem compreensível → domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história. <i>Sinal de Alerta → linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas).</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinal de Alerta → agitação psicomotora desadequada; não termina nenhuma tarefa e agitação (excessiva ou para além da idade normal).</i>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

5 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Postura	
Dentição “Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)	- Nesta idade pode optar-se pelas tabelas de E, de Snellen.
Audição <i style="text-align: right;">Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Desenvolvimento	<i>Sinal de Alerta</i> → linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas).
Linguagem/ Dificuldades específicas de aprendizagem	- Linguagem compreensível → domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história. - Identifica o nome próprio, identifica a primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes. <i>Sinal de Alerta</i> → linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas).
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<i>Sinais de Alerta</i> → agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e inadequadas para a idade, ansiedade, preocupações ou medo excessivos, dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos.
Risco de Maus Tratos “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

6-7 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Postura	
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados); - Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para higiene oral dos 7 anos e a existência de registos no BSIJ ou no eBoletim.
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referência” (DGS, 2008)</i>	
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Teste da voz ciciada; - Identificação de fatores de risco para a surdez.
Linguagem/ Dificuldades específicas de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se a criança sabe escrever o nome completo; identifica letras do alfabeto; gosta da escola e de livros de histórias. <p style="text-align: center;"><i><u>Sinal de Alerta na linguagem</u> → linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas).</i></p> <p style="text-align: center;"><i><u>Sinal de Alerta na aprendizagem</u> → demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e, em casa só faz com ajuda.</i></p>
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	<ul style="list-style-type: none"> - Valorizar situações de enurese noturna e encoprese, caso existam. <p style="text-align: center;"><i><u>Sinais de Alerta</u> → agitação psicomotora desadequada, não termina nenhuma tarefa, agitação (excessiva ou para além da idade normal), agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e inadequadas para a idade, ansiedade, preocupações ou medo excessivos, dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes, dificuldades na socialização (com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos), dificuldades de aprendizagem (sem défice cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos), recusa escolar, somatizações múltiplas ou persistentes.</i></p>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

8 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Postura	
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário (se for detetado algum dente com cárie, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequados).
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	
Audição <i>Aplicação das Recomendações GRISI</i>	- Teste da voz ciciada; - Identificação de fatores de risco para a surdez.
Linguagem/ Dificuldades específicas de aprendizagem	- Linguagem compreensível → domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história. - Verificar se a criança sabe escrever o nome completo; identifica letras do alfabeto; gosta da escola e de livros de histórias. <i><u>Sinal de Alerta</u> → demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e, em casa só faz com ajuda.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Relação emocional/ comportamental (perturbações)	- Valorizar situações de enurese noturna e encoprese, caso existam. <i><u>Sinais de Alerta</u> → agitação psicomotora desadequada, não termina nenhuma tarefa, agitação (excessiva ou para além da idade normal), agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e inadequadas para a idade, ansiedade, preocupações ou medo excessivos, dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes, dificuldades na socialização (com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos), dificuldades de aprendizagem (sem défice cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos), recusa escolar, somatizações múltiplas ou persistentes.</i>
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

10 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Pele	- Avaliar presença de acne ou hirsutismo.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário e gengival; - Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para higiene oral dos 10anos e a existência de registos no BSIJ ou no eBoletim.
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referência” (DGS, 2008)</i>	A partir dos 10 anos, a avaliação oftalmológica deve ser feita atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer diminuição da visão.
Audição	<i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>
Postura	
Estado pubertário	
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Desenvolvimento psicoafetivo e social	- Autonomização progressiva e afirmação da identidade (identidade de género); aquisição de capacidades cognitivas, de novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas.
Sinais/sintomas de alerta	- Avaliar presença/existência/manutenção de enurese e encoprese. <i>Sinais de alerta → Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas, ansiedade excessiva, insónia grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio, sintomatologia obsessivo-compulsiva, vacinação ponderal acentuada, alterações do pensamento e da perceção, comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos auto-agressivos, fugas.</i> <i>Condutas de risco → consumo de tabaco, álcool e/ou outras substancias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

12-13 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	... e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Pele	- Avaliar presença de acne ou hirsutismo.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário e gengival; - Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para higiene oral dos 13anos e a existência de registos no BSIJ ou no eBoletim.
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referência” (DGS, 2008)</i>	
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Postura	
Estado pubertário	
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Desenvolvimento psicoafetivo e social	- Autonomização progressiva e afirmação da identidade (identidade de género); aquisição de capacidades cognitivas, de novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas. - Redefinição das formas de relação com a família e amigos; desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais.
Sinais/sintomas de alerta	- Avaliar presença/existência/manutenção de enurese e encoprese. <i>Sinais de alerta → Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas, ansiedade excessiva, insónia grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio, sintomatologia obsessivo-compulsiva, vacinação ponderal acentuada, alterações do pensamento e da perceção, comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos auto-agressivos, fugas.</i> <i>Condutas de risco → consumo de tabaco, álcool e/ou outras substancias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente.

15-18 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
Peso, comprimento, IMC	...e respetivo percentil.
Tensão Arterial	
Pele	- Avaliar presença de acne ou hirsutismo.
Dentição <i>“Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral”</i>	- Verificar o estado dentário e gengival.
Visão <i>Segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008)</i>	
Audição <i>Aplicação das Recomendações do GRISI</i>	
Postura	
Estado pubertário	
Exame físico global (em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina).	
Desenvolvimento psicoafetivo e social	- Redefinição das formas de relação com a família e amigos; desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais. - Capacidade de estabelecimento de relações diádicas.
Sinais/sintomas de alerta	<i><u>Sinais de alerta</u> → Incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido; ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessivo-compulsiva; vacinação ponderal acentuada; alterações do pensamento e da perceção; comportamentos antissociais repetidos; isolamento mantido; comportamentos auto-agressivos; fugas.</i> <i><u>Condutas de risco</u> → consumo de tabaco, álcool e/ou outras substâncias psicoativas ilícitas; comportamentos sexuais de risco.</i>
Vacinação	- Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
Risco de Maus Tratos <i>“Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011)</i>	- Verificar a existência de sinais/sintomas indicativos de maus tratos de qualquer natureza; - Manter atualizada a informação relativa ao processo familiar.
Segurança do Ambiente	- Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa ou num ambiente fechado onde o recém-nascido se encontra (por exemplo no automóvel); - Risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; - Exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio envolvente. - Segurança no trabalho.

SCLínico: Avaliação do Desenvolvimento Infantil (Mary Sheridan)

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social		Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global			Audição e Linguagem	
Sim / Não		Sim / Não				Sim / Não			Sim / Não	
Fixa a face da mãe quando o alimenta?		Segue uma bola pendente a 20-25 cm 1/4 de circ. (do lado até a linha média)				Dec.Vent. levanta a cabeça			Pára e pode voltar os olhos deus para a sineta, roca ou voza 15 cm do ouvido	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Sorriso presente às 6 semanas?						Dec. dorsal postura ass. m.sup. do lado da face ext.				
<input type="radio"/> <input type="radio"/>						<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.						Tracção pelas mãos a cabeça cai				
<input type="radio"/> <input type="radio"/>						<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
						Sentado dorso em arco e mãos fechadas				
						<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
						Suspensão vert. cabeça erecta membros semi-flexíveis				
						<input type="radio"/> <input type="radio"/>				

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social		Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global			Audição e Linguagem	
Sim / Não		Sim / Não				Sim / Não			Sim / Não	
Sorri		Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas				Apoio nos antebraços			Atende e volta-se quando ouve sons	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Boa resposta social à aproximação de uma face familiar		Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face				Membros com movimentos ritmados				
<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
		Segue uma bola pendente meio circulo e horizontal				Tracção pelas mãos, cabeça erecta, coluna dorsa direita				
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
		Convergência				De pé, flexão dos joelhos				
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
		Pestanejo de defesa								
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>								

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social		Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global			Audição e Linguagem	
Sim / Não		Sim / Não				Sim / Não			Sim / Não	
Muito activo, atento e curioso		Tem preensão palmar				Apoia-se nas mãos			Segue os sons a 45 cm do ouvido	
<input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		Leva objectos à boca				Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio			Vocaliza monossílabos e dissílabos	
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		Transfere os objectos				De pé faz apoio			Dá gargalhadas	
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>				<input type="radio"/> <input type="radio"/>			<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		Se o objecto cai esquece-o imediatamente								
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>								
		Boa convergência (estrabismo anormal)								
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>								

4 - 6 Sem.		3 Meses		6 Meses		9 Meses		12 Meses		18 Meses		24 Meses		3 Anos		4 Anos		5 Anos	
Comportamento e Adaptação Social				Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global				Audição e Linguagem							
		Sim / Não				Sim / Não				Sim / Não				Sim / Não					
Leva uma bolacha à boca		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Leva tudo à boca		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Senta-se sozinho e fica sentado entre 10 e 15 m		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Mastiga		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Aponta com o indicador		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Localização de sons suaves a 90 cm acima e abaixo do nível do ouvido		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Distingue os familiares dos estranhos		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Atrai objectos ao chão deliberadamente e procura o objecto que caiu		<input type="radio"/> <input type="radio"/>						Repete várias sílabas ou sons do adulto		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					

4 - 6 Sem.		3 Meses		6 Meses		9 Meses		12 Meses		18 Meses		24 Meses		3 Anos		4 Anos		5 Anos	
Comportamento e Adaptação Social				Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global				Audição e Linguagem							
		Sim / Não				Sim / Não				Sim / Não				Sim / Não					
Bebe pelo seu copo com ajuda		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Explora com energia os objectos e atrai-os sistematicamente ao chão		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Tem equilíbrio sentado		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Resposta rápida aos sons suaves		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Segura a colher mas não a usa		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Procura o objecto escondido		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Gatinha		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Dá pelo nome e volta-se		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Colabora ao vestir, levantando os braços		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Interesse visual para perto e longe		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Põe-se de pé e baixa-se, apoio de uma ou duas mãos		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Compreende ordens simples como "dá cá" e "adeus"		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Muito dependente do adulto		<input type="radio"/> <input type="radio"/>																	
Demonstra afecto		<input type="radio"/> <input type="radio"/>																	

4 - 6 Sem.		3 Meses		6 Meses		9 Meses		12 Meses		18 Meses		24 Meses		3 Anos		4 Anos		5 Anos	
Comportamento e Adaptação Social				Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global				Audição e Linguagem							
		Sim / Não				Sim / Não				Sim / Não				Sim / Não					
Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Constrói torre de 3 cubos		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Anda bem		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Segura a colher e leva alimentos à boca		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Apanha brinquedos do chão		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos		<input type="radio"/> <input type="radio"/>					
Não gosta que lhe peguem		<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez		<input type="radio"/> <input type="radio"/>													
Exige muita atenção		<input type="radio"/> <input type="radio"/>																	
Indica a necessidade de ir à casa de banho		<input type="radio"/> <input type="radio"/>																	
Começa a copiar as actividades domésticas		<input type="radio"/> <input type="radio"/>																	

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social			Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global		Audição e Linguagem	
Põe o chapéu e os sapatos			Constrói torre de 6 cubos				Corre		Diz o primeiro nome	
Usa bem a colher			Imita o rabisco circular				Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau		Fala sozinho enquanto brinca	
Bebe por copo e coloca-o no lugar sem entornar			Gosta de ver livros						Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas	
			Vira uma página de cada vez						Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares	
									Nomeia objectos	

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social			Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global		Audição e Linguagem	
Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário			Constrói torre de 9 cubos				Equilíbrio momentâneo num pé		Diz o nome completo e o sexo	
Vai sozinho a toilette			Imita (3A) e copia (3A1/2) a ponte de 3 cubos, copia o círculo, imita a cruz				Sobe escadas alternadamente. Desce com os 2 pés no mesmo degrau		Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos	
Come com colher e garfo			Combina 2 cores geralmente o vermelho e amarelo (Confunde azul e verde)						Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem	

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social			Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global		Audição e Linguagem	
Pode vestir-se e despir-se só com excepção de abotoar atrás e dar laços.			Constrói escada de 6 cubos				Fica num pé sem apoio 3-5 seg.		Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada	
Gosta de brincar com crianças da sua idade			Copia a cruz				Sobe e desce as escadas alternadamente		Linguagem compreensível	
Sabe esperar pela sua vez			Combina e nomeia 4 cores básicas				Salta num pé		Apenas algumas substituições infantis	

4 - 6 Sem.		3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social			Visão e Motricidade Fina				Postura e Motricidade Global		Audição e Linguagem	
Veste-se só			Constrói 4 degraus com 10 cubos				Fica num pé 3 - 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax		Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data do nascimento.	
Lava as mãos e a cara e limpa-se só			Copia o quadrado e o triângulo (5A)				Salta alternadamente num pé		Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta. Pode haver confusão nalguns sons.	
Escolhe os amigos			Conta 5 dedos de uma mão							
Compreende as regras do jogo			Nomeia 4 cores							

**APÊNDICE II: CARTAZ INFORMATIVO “MAIOR PREVENÇÃO, MAIOR
PROTEÇÃO!”**

MAIOR PREVENÇÃO, MAIOR PROTEÇÃO!

Elaborado por: Enfermeira Maria Hogan Teves de Almeida (aluna do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica)

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

As **vacinas** previnem o aparecimento de doenças e tornam possível a sua erradicação ou controlo.

PERMITEM SALVAR VIDAS

MELHORAM O BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO

Atualmente, o Programa Nacional de Vacinação preconiza a administração de vacinas recomendadas ao longo do ciclo de vida da pessoa; estas, são gratuitas e acessíveis a toda a população.

CONTRIBUEM PARA A EFICIÊNCIA E SUSTENTABILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

SÃO UM FATOR DE DESENVOLVIMENTO



Vacina Doença	Idade											
	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								
Haemophilus influenzae b		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					
Streptococcus pneumoniae ¹		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ²									HPV 1,2			
Tétano, difteria e tosse convulsa ³										Tapa - Grávidas		
Tétano e difteria ⁴										Td	Td	Td

¹ Pn13 - Aplicável apenas aos nascidos a 2015
² HPV - Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses
³ Tdpa - Aplicável apenas a grávidas, em qualquer idade. Uma dose em cada gravidez
⁴ Td - De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos.

“através da vacinação milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses para aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento”
(Nelson Mandela)

VACINE O SEU FILHO E PROTEJA-O!

APÊNDICE III: “MEDALHAS” DE BOM COMPORTAMENTO

SOU UM CAMPEÃO!



SOU UMA GUERREIRA!



SOU UM GUERREIRO!



**SOU
UMA
CAMPEÃ**



SOU UM SUPER HERÓI!

SOU UMA PRINCESA!



APÊNDICE IV: “DIPLOMAS” DE BOM COMPORTAMENTO





Este certificado comprova que _____, enfrentou a
temida agulha com muita coragem, um comportamento excelente e sem derramar uma
única lágrima!

MUITOS PARABÉNS!

Data __/__/__

APÊNDICE V: RELATÓRIO DA ATIVIDADE “O CENTRO DE SAÚDE VEM À ESCOLA”

No dia 9 de março de 2018 tive a oportunidade de participar num projeto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED], que desenvolveu uma atividade de enfermagem de saúde escolar, intitulada “O centro de saúde vem à Escola”. Esta, desenvolveu-se nos dias 8, 9, 12 e 13 de março e contou com a colaboração de uma equipa multidisciplinar (onde foram integrados enfermeiros, higienistas orais, fisioterapeutas, psicólogos e pediatras), desenrolando-se em jardins de infância e escolas do primeiro ciclo do ensino básico.

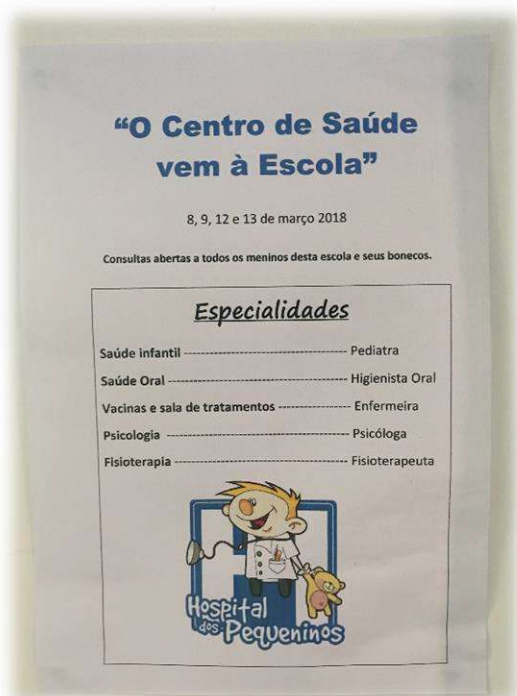
Especificamente no dia 9 de março, dia em que participei nesta atividade, estiveram presentes: uma enfermeira, uma higienista oral e três internas de medicina. Neste dia, não foi possível contar com o apoio da psicóloga (por indisponibilidade da mesma) nem da fisioterapeuta (que só trabalha uma vez por semana em articulação com a saúde escolar, tendo estado presente no primeiro dia da atividade – dia anterior à minha ida). Segundo a enfermeira da UCC que fui acompanhar, a psicóloga desenvolve uma atividade denominada “o termómetro das emoções” (na qual explora o significado de várias emoções - por exemplo, triste, zangado, feliz - dando estratégias às crianças para lidarem com aquelas que sentem em diversos momentos) e a fisioterapeuta proporciona momentos de massagem e relaxamento às crianças, ensinando-lhes algumas técnicas simples e permitindo que estas as apliquem umas às outras.

Neste dia, a atividade decorreu num jardim de infância e integrou quatro turmas do jardim infantil, com crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos.

Tal como sugere a designação da própria atividade, esta pretende proporcionar às crianças a oportunidade de levar um dos seus bonecos a um centro de saúde modelo, onde podem prestar-lhe cuidados num cenário de representação. Neste contexto, cada criança leva um boneco à sua escolha, que recorre ao centro de saúde por motivos diferentes, também eles criados pela imaginação da própria criança.

Neste dia, deparei-me com situações como:

- “O homem-aranha partiu o braço a tentar apanhar os vilões”;



- “O meu panda foi a uma festa de anos, comeu muitos doces e ficou cheio de dores de barriga”;
- “Ela está com varicela e tem muita febre”;
- “O meu polvo partiu uma patinha a fugir do tubarão”;
- “O Mickey estava a brincar e foi mordido por um cão”.



Assim, na sala de tratamentos (pela qual fiquei responsável, juntamente com a enfermeira da saúde escolar), foi feita a limpeza e desinfecção de feridas, realizados pensos e ligaduras, aplicadas “pomadas mágicas” e, acima de tudo, feitos ensinios sobre a importância de colaborar nos cuidados prestados, seguir o tratamento recomendado e dar muitos mimos ao boneco para que ele recupere o mais rápido possível.

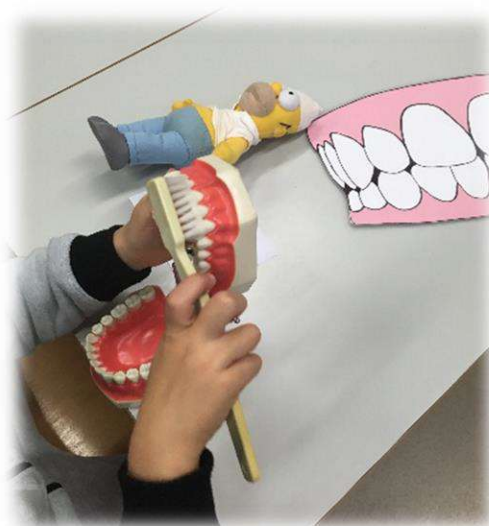
Para além disto, todos os bonecos atualizaram o seu Programa Nacional de Vacinação, aproveitando este momento para explicar a todas as crianças o que são as vacinas e a sua importância e permitindo-lhes que colaborassem no momento de vacinação do seu boneco.

No âmbito da higiene oral, a higienista desenvolveu um jogo com as crianças, de forma a estimular a escolha de hábitos alimentares saudáveis e a destacar a influência da alimentação na saúde oral. Neste contexto, pediu às crianças que colocassem os alimentos que achavam que faziam bem ou mal aos dentes, respetivamente num dente contente e num dente triste (que ilustrou através de figuras em cartolina, apresentadas na imagem abaixo).



Foram ainda realizados ensinamentos sobre a escovagem dos dentes, ensinando-lhes a forma adequada de o fazer e reforçando a sua importância no sentido de promover a saúde oral.

A meu ver, esta atividade (baseada no brincar terapêutico) tem um papel fundamental enquanto promotora dos cuidados atraumáticos, permitindo às crianças compreender o contexto da prestação de cuidados de saúde, transpondo situações de saúde-doença para o boneco e imaginando um cenário em volta delas. Com isto, julgo que conseguem perspetivar os cuidados de saúde de outra forma, encarando-os com mais naturalidade e descontração quando necessitam efetivamente de lhes recorrer, com consequente otimização dos momentos de contacto com os serviços de saúde.



APÊNDICE VI: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “O BRINCAR TERAPÊUTICO ENQUANTO ESTRATÉGIA PROMOTORA DOS CUIDADOS ATRAUMÁTICOS”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

**O BRINCAR TERAPÊUTICO ENQUANTO ESTRATÉGIA
PROMOTORA DOS CUIDADOS ATRAUMÁTICOS**

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Lisboa

março, 2018

A elaboração da presente análise crítico-reflexiva surge no âmbito do ensino clínico que me encontro a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED], integrada no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte. Esta, encontra-se no [REDACTED], edifício no qual existe também uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), composta por uma equipa multidisciplinar onde se incluem enfermeiras que se dedicam à realização de atividades de saúde escolar. Foi precisamente a oportunidade de colaborar numa destas atividades (intitulada “O Centro de Saúde vem à Escola”) que motivou esta reflexão, sensibilizando-me para a importância desta temática no contexto da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Tal como referem Gomes et al (2015), as significações infantis sobre a doença ou a necessidade de cuidados de saúde são habitualmente negativas e repletas de medos, preocupações e receios, fazendo parte do seu imaginário o "poder das picas" e a invasão e mutilação do seu corpo. Neste âmbito, principalmente em casos em que a criança desconhece os procedimentos e a sua importância, estes são experienciados como invasivos e dolorosos, fazendo com que façam parte de uma vivência desagradável, assustadora e muitas vezes traumática. Assim, e uma vez que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo permanecem junto da criança e família, estes têm frequentemente o seu papel associado a uma conotação negativa de dor, enquanto principais prestadores de cuidados que podem ser traumáticos (como é, por exemplo, o caso da vacinação). Por isso, é importante que a sua intervenção assente na procura da minimização dos efeitos negativos que a criança pode experienciar, atenuando os fatores de stress, ansiedade e desconforto da criança (e consequentemente dos seus pais).

De acordo com Ramos et al (2012) brincar é essencial e imprescindível na vida da criança e os enfermeiros podem e devem intervir nesta área, quer enquanto promotores da brincadeira no sentido de potenciar um desenvolvimento saudável, quer recorrendo à brincadeira para comunicar e estabelecer uma relação com a criança, ajudando-a a lidar com alguns procedimentos e situações que pode ter tendência a experienciar como negativos. Assim, os enfermeiros têm de aproveitar o lugar privilegiado em que se encontram e centrar-se no seu objetivo de promoção do bem-estar e otimização do potencial de desenvolvimento físico, emocional e social das crianças e família em várias atividades, onde se incluem as consultas de saúde infantil, as consultas de enfermagem destinadas à vacinação, as atividades comunitárias e de saúde escolar, entre outras.

Tal como defendem Hockenberry e Wilson (2014), a preparação das crianças para estas vivências é imprescindível, visando, principalmente, amenizar o sofrimento, assim como

proteger e favorecer o desenvolvimento integral da criança, oferecendo-lhe recursos que a ajudem a enfrentar, da maneira menos traumática possível, o que não pode ser evitado. Assim, a preparação da criança para a realização de procedimentos quando esta já tem idade para os compreender com alguma clareza (o que se verifica a partir da idade pré-escolar), constitui-se de extrema importância, na medida em que resulta num aumento da adesão da criança ao tratamento, numa redução da ansiedade antecipatória e no desenvolvimento de estratégias de confronto mais eficazes. As crianças tornam-se, assim, mais cooperativas, expressam melhor os seus sentimentos de medo e ansiedade e passam a relacionar-se melhor com os profissionais de saúde.

Também a Convenção sobre os Direitos da Criança, no seu 31º artigo, reconhece que a criança tem "(...) o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística" (p.22). Através do meio universal da brincadeira, a criança aprende o que ninguém pode ensinar: aprende sobre si mesma (o que pode fazer, como se relacionar com as coisas e situações no meio envolvente e como se adaptar às exigências da sociedade); constrói as suas relações sociais; constrói a sua própria interpretação do mundo que a rodeia e no qual se insere.

Para além disso, o brincar ajuda a criança a distinguir a diferença entre a realidade e a fantasia, trazendo vários benefícios, nomeadamente (e com especial enfoque para o âmbito desta análise crítico-reflexiva) enquanto estratégia minimizadora do sofrimento, enquanto meio para expressão de emoções, enquanto facilitador no treino de estratégias de confronto e enquanto mediador da relação. A criança vai aceitando o enfermeiro, pois vai construindo a sua imagem cada vez menos ameaçadora e cada vez mais como parte integrante do seu mundo. Assim, através do brincar, a criança permite-se dar a conhecer, possibilitando a construção/estabelecimento de uma relação entre a díade criança-enfermeiro, que se revela fulcral.

Segundo Gomes et al (2015), a reprodução e simulação de procedimentos (que foi possível com a realização da atividade da enfermagem de saúde escolar em que tive a oportunidade de colaborar), permite à criança experimentar os sentimentos e as emoções vivenciados na situação concreta, ao mesmo tempo que "treina" as estratégias que poderá utilizar no confronto real.

Assim, a realidade pediátrica exige dos profissionais de enfermagem uma adaptação às suas especificidades, numa perspetiva técnica e científica, mas acima de tudo, na dimensão relacional, tornando notória e evidente a importância de encontrar estratégias facilitadoras

desta componente. Neste sentido, o brincar é entendido por Hockenberry & Wilson (2014), como uma porta de entrada na realidade da criança, atuando como elo de ligação entre esta e a realidade da prestação de cuidados de saúde e tornando a experiência o menos traumática possível. Constitui, portanto, uma estratégia de excelência no estabelecimento da relação terapêutica, permitindo uma prestação de cuidados humanizados, holísticos, e centrados nas reais necessidades do sujeito. Só assim é possível transformar uma situação de hostilidade numa situação positiva, de aprendizagem e de crescimento, com potencial de desenvolvimento.

Desta forma, a criação de um ambiente de simulação e “faz de conta”, que permita demonstrar o papel dos enfermeiros e desenvolver estratégias lúdicas para dar a conhecer os procedimentos mais frequentes é uma atividade que traz benefícios irrefutáveis para a criança, desmistificando o “medo da bata branca” e a conotação negativa associada ao enfermeiro enquanto principal responsável pelos procedimentos invasivos, dolorosos e traumáticos para a criança. Desta forma, é importante que o enfermeiro esteja sensibilizado e alerta para o facto de que brincar é um direito da criança, que deve ser cumprido em todos os contextos (inclusive no âmbito da prestação de cuidados de saúde), a par da satisfação de todas as suas necessidades básicas, como a nutrição ou higiene. É através desta atividade que as crianças conseguem desenvolver todas as suas potenciais capacidades, realizando plenamente o seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social.

O enfermeiro especialista, para além de o valorizar, perspetivando-o como um ótimo recurso terapêutico e integrando-o na sua prática profissional, tem ainda o dever de trabalhar este aspeto com os pais, para que estes compreendam a real importância da brincadeira no desenvolvimento saudável dos seus filhos.

“Ao brincar, a criança assume papéis e aceita as regras próprias da brincadeira, executando, imaginariamente, tarefas para as quais ainda não está apta ou não sente como agradáveis na realidade”

Lev Vygotsky (psicólogo)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido em: 15/03/2018. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.
- Gomes et al (2015). Contribution of the interaction between therapeutic toy child, family and nursing team. *Revista Enfermagem Integrada*, 8(2), 1343-1350. Acedido em: 17/03/2018. Disponível em: https://www.unileste.edu.br/enfermagemintegrada/artigo/v8_2/02.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7a7ajov_aprovadoag_20nov2010.
- Ramos et al (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Percursos*, 26, 49-60. Acedido em: 15/03/2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9254/1/Revista%20Percursos%20n2>.

**APÊNDICE VII: RELATÓRIO DA REUNIÃO ENTRE A COMISSÃO DE
PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS E O NÚCLEO DE APOIO À CRIANÇA E
JOVEM EM RISCO**

No dia 6 de março de 2018 assisti a uma das reuniões que ocorre entre a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Lisboa Norte. Por norma, estes encontros são previamente marcados e ocorrem na primeira e terceira terça-feira de cada mês (podendo ter lugar num dos gabinetes de reuniões do Centro de Saúde [REDACTED], como foi o caso, ou num dos edifícios da CPCJ). Importa realçar que, para além das reuniões com a CPCJ de Lisboa Norte, estas ocorrem também com outros núcleos da CPCJ, uma vez que as crianças e jovens que recorrem ao Centro de Saúde [REDACTED] pertencem a freguesias distintas, cujos casos são tratados pela CPCJ correspondente à sua área de residência.

A reunião teve início pelas 9h30 e contou com a presença de uma médica de medicina geral e familiar (coordenadora do núcleo de apoio à criança e jovem em risco no Centro de Saúde [REDACTED]), três enfermeiras da UCC, duas psicólogas e três elementos da CPCJ (duas técnicas e uma enfermeira que integra a equipa alargada da comissão). Teve a duração de cerca de duas horas, ao longo das quais se discutiram e analisaram casos de crianças e jovens referenciados por diversas entidades; todas elas em situações de especial delicadeza e complexidade.

Foram abordados vários casos, entre eles:

- Adolescente de 16 anos, portador de *diabetes mellitus* tipo I, referenciado pelas enfermeiras de saúde escolar do estabelecimento de ensino que frequenta por se encontrar revoltado com a situação de doença e em negação perante a mesma, adotando comportamentos agressivos com vários elementos em contexto escolar;

- Criança com 10 anos, portadora de esquizofrenia e com necessidade de transição para uma escola de ensino especial, com condições adequadas para a acompanhar de forma apropriada (pedido à CPCJ para realizar uma possível articulação com a Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares – DGESTE – de forma a tentar agilizar o processo);

- Criança com 6 anos, a atravessar uma situação de divórcio recente dos pais, com consequente guarda partilhada; referenciada pelas enfermeiras de saúde escolar por, nas semanas em que vai para casa do pai, apresentar frequentemente sinais de falta de higiene e andar aparentemente mais cansada e pouco concentrada;

- Bebé de 10 meses portador de Trissomia 21 (filho de uma mãe adolescente sem suporte familiar), que foi abandonado e vive neste momento institucionalizado, revelando a mãe interesse em ficar com ele mas não reunindo as condições necessárias para tal.

Estas e outras situações foram analisadas em equipa, proporcionando a todos os elementos presentes a oportunidade de conhecer o estado dos processos, discutindo possíveis

opções e tentando compreender se as necessidades da criança/jovem estão a ser asseguradas (ou se, pelo menos, tudo o que é possível está a ser feito nesse sentido).

Tal como consta na lei de proteção de crianças e jovens em perigo (1999), a CPCJ é uma instituição oficial, não judiciária, que visa proteger e promover os direitos das crianças e dos jovens, prevenindo ou pondo termo a situações que sejam consideradas suscetíveis de influenciar negativamente o seu desenvolvimento. Neste âmbito, a intervenção ocorre quando existe sinalização de situações de risco ou perigo por parte de várias entidades, instituições ou pessoas singulares, sempre que estejam em causa a segurança, o bem-estar, a educação, a saúde e a formação da criança ou jovem, assegurando-a.

A CPCJ atua quando as entidades e serviços de primeira linha não conseguem intervir de forma adequada e suficiente, procurando remover o perigo em que a criança ou jovem se encontra. Nas situações em que não existe a possibilidade de intervenção por parte da CPCJ (nomeadamente porque não existe consentimento ou colaboração por parte dos pais), cabe aos tribunais (enquanto entidades de terceira linha), garantir a promoção e proteção das crianças e jovens de forma imperativa.

A meu ver, por aquilo a que tive oportunidade de assistir na reunião e pela pesquisa que realizei neste contexto, esta comissão desempenha um papel fulcral na nossa sociedade atual, garantindo o cumprimento dos direitos das crianças e jovens que, por alguma circunstância, os vejam comprometidos. A atuação destes profissionais pretende assegurar o acesso a condições promotoras do desenvolvimento infantojuvenil adequado a todas as crianças e jovens, sem discriminação pela sua condição económica, social ou outras.

Na minha perspetiva, estas reuniões revelam-se fundamentais, permitindo a partilha de informações entre vários profissionais e entidades. Quer na CPCJ, quer na UCC de [REDACTED], trabalha uma equipa multidisciplinar, com técnicos de diversas áreas, cuja articulação se revela essencial para a realização de um diagnóstico de situação, avaliação e acompanhamento mais eficaz a vários níveis.

Para além disso, estes momentos de partilha, permitem às enfermeiras da UCC ter informações atualizadas sobre o estado do processo de determinada criança/jovem ao nível da CPCJ, ajustando a sua intervenção em todos os momentos em que têm a possibilidade de contactar com a criança/jovem em questão ou os seus pais, que recorrem aos serviços do Centro de Saúde de [REDACTED] aproveitando assim todos os momentos para intervir eficazmente junto da criança/jovem e família de forma consciente, adequada e fundamentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <https://www.jf-carnide.pt/para-a-populacao/instituicoes/Comissao-Proteccao-de-Criancas-e-Jovens-Lisboa-Norte/3004/>. Acedido em: 12/03/2018.
- Lei nº 147/99 (1999). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República, I Série* (Nº204, de 1-9-1999), 6115-6132. Acedido em: 12/03/2018. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>.

**APÊNDICE VIII: RELATÓRIO DA VISITA DOMICILIÁRIA A UMA CRIANÇA
REFERENCIADA PELO SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA
INFÂNCIA**

No dia 16 de fevereiro de 2018 tive a oportunidade de participar numa visita domiciliária realizada por uma enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de ██████████, parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte e situada no mesmo edifício da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados onde estou a desenvolver o meu ensino clínico.

A UCC desenvolve o seu trabalho através de atividades relacionadas com a enfermagem de saúde escolar e com a referência e/ou acompanhamento de crianças e famílias referenciadas (quer pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens – CPCJ, quer pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI). Neste âmbito, surge frequentemente a necessidade de conhecer as realidades e as condições em que estas crianças e famílias se inserem e desenvolvem, o que justifica a importância das visitas domiciliárias que são realizadas pelos membros desta equipa (de carácter multidisciplinar).

A necessidade das visitas domiciliárias pode surgir em diferentes circunstâncias, nomeadamente: depois de várias convocatórias das instituições de saúde, que não conduzem ao comparecimento das crianças e famílias às mesmas; pela necessidade de explorar as condições habitacionais de crianças e famílias previamente sinalizadas (por exemplo para conhecer as condições em que vive um bebé de uma mãe sinalizada ainda no período da gravidez); em situações como a do M. (o menino que tive a oportunidade de conhecer), referenciado pelo SNIPI pela sua patologia de base e consequentes alterações.

Pelas 10h, deslocámo-nos então à casa do M., um bebé de 16 meses que vive com os pais num apartamento na zona das Laranjeiras. Durante a visita, esteve presente a mãe do M. (que se encontra desempregada e permanece em casa a cuidar do filho) e uma empregada com quem pode contar para ajudar nas lides domésticas e nos cuidados de higiene do M, todos os dias, no período da manhã. O pai do M. encontrava-se no emprego.

O M. nasceu com o diagnóstico de miopatia tubular ligada ao cromossoma x¹ e desenvolveu várias complicações decorrentes desta patologia, nomeadamente: insuficiência respiratória crónica, pseudohipoaldosteronismo, nefrocalcinose, criptorquidia bilateral, estenose hipertrófica do piloro, hiperbilirrubinémia conjugada, lesões hepáticas calcificadas, craniocistose e encerramento das suturas metópica e bicoronais (com braquicefalia e trigonocefalia).

¹ Miopatia congénita grave neonatal que afeta o sexo masculino, com prognóstico reservado. EMILIO, A. et al (2006). Miopatia tubular ligada ao cromossoma X – caso clínico. *Acta Pediátrica Portuguesa – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 37(4), 162-164. Acedido em: 20/02/2018. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/4794>.

Atualmente, encontra-se em casa, com uma traqueostomia, com necessidade de suporte ventilatório não invasivo e com uma gastrostomia, sendo a mãe totalmente autónoma nos cuidados. É seguido em várias consultas de especialidade do Hospital de Santa Maria, nomeadamente: neuropediatria, nefrologia, gastrologia, pneumologia, cirurgia, neurologia, neurocirurgia e reabilitação pediátrica.

O M. conta ainda com o apoio da Unidade Móvel de Assistência Domiciliária (UMAD) e com intervenção de vários técnicos disponibilizados pelo SNIPI, como por exemplo, terapeutas da fala e fisioterapeutas, que se deslocam também ao seu domicílio para lhe prestar cuidados.

Nesta visita, a nossa intervenção enquanto equipa da UCC da área de residência consistiu essencialmente em: ver como estava o M. e avaliar o seu desenvolvimento (tendo em conta a sua condição específica e as limitações que lhe são inerentes); explorar eventuais dúvidas e preocupações da mãe; demonstrar-lhe a nossa disponibilidade e apoio para algo de que venha a precisar; fornecer-lhe algum material de que precisa para prestar os cuidados ao M. (como seringas de alimentação, compressas, luvas, soro fisiológico, entre outros); prestar apoio emocional à mãe do M, tentando compreender se esta está a conseguir gerir a situação da melhor forma, reforçando a importância de pedir ajuda sempre que precisar e de cuidar de si, para conseguir efetivamente cuidar do M.

No final da visita, a enfermeira agendou ainda com a mãe do M. uma data para a realização da consulta de avaliação do crescimento e desenvolvimento preconizada para os 18 meses, na qual irá comparecer também a médica de família do M.


A meu ver, e pelo exemplo que tive a oportunidade de conhecer através desta visita, este trabalho desenvolvido pela UCC é crucial, tendo um papel fundamental no apoio a estas famílias, promovendo o seu desenvolvimento do modo mais saudável possível.

Sinto que esta visita foi uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que me despertou para uma vertente dos cuidados de saúde primários com a qual nunca tinha tido a oportunidade de contactar.

Com esta experiência, compreendi a verdadeira importância deste tipo de intervenção, não só para a criança (que neste caso se encontra numa situação delicada e que necessita de cuidados) mas também para os seus cuidadores, neste caso a mãe do M., uma senhora jovem que aprendeu a cuidar do filho, mas que precisa também ela de ser cuidada. Embora as circunstâncias em que se encontra, aparenta ser uma mãe muito feliz e realizada, que vive cada momento da melhor forma possível com o M.

Importa ainda ressaltar que, com este tipo de intervenção, se por um lado conseguimos explorar o contexto em que as pessoas vivem no dia-a-dia, por outro, torna-se ainda mais difícil manter o distanciamento profissional inerente à nossa profissão e aos nossos deveres naquele contexto. Efetivamente, entrar na casa das pessoas e prestar-lhes cuidados lá, tem associadas características que estão ausentes no meio hospitalar ou nas instituições de cuidados de saúde primários, o que confere um carácter bastante específico e particular a este tipo de intervenção, que é de facto complexa a vários níveis.

**APÊNDICE IX: NORMA DE PROCEDIMENTO: “NORMA DE BOAS PRÁTICAS DE
MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL DA
CRIANÇA/JOVEM”.**

	NORMA DE PROCEDIMENTO	Criada em: ___ / ___ / ___
	Aprovação a: ___ / ___ / ___ Diretora Executiva	Revisão em: ___ / ___ / ___
Localização:	Norma nº	

TÍTULO DA NORMA – Norma de boas práticas de monitorização e controlo da temperatura corporal da criança/jovem, designadamente:

- Avaliação correta da temperatura corporal e diagnóstico da febre;
- Medidas de controlo da temperatura corporal;
- Sinais de alerta da febre;
- Atuação no âmbito dos cuidados de saúde primários.

INTRODUÇÃO:

- A febre é um dos sinais de doença mais frequentes na criança/jovem; esta, constitui um mecanismo de defesa do organismo, não sendo considerada, por si só, uma doença.
- É importante que a temperatura corporal seja vigiada e controlada, uma vez que a sua elevação excessiva pode trazer consequências negativas para a criança.

OBJETIVOS:

- Incentivar as boas práticas na monitorização e controlo da temperatura corporal da criança/jovem, contribuindo para a garantia da qualidade dos cuidados prestados.
- Proporcionar aos pais informações atualizadas e uniformizadas, de forma a garantir a segurança da criança/jovem.

POPULAÇÃO-ALVO:

- Todos os profissionais que exercem funções no contexto da saúde infantil e pediátrica, ao nível dos cuidados de saúde primários.

AVALIAÇÃO CORRETA DA TEMPERATURA CORPORAL E DIAGNÓSTICO DA FEBRE:

A febre:

- A febre corresponde a uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infecções; assim, pode ser considerada benéfica.
- Os valores de temperatura corporal variam consoante o local onde esta é avaliada. Assim, considera-se febre quando existe uma elevação da temperatura corporal \geq a 1°C acima da média diária individual, tendo em conta o local de medição (quando se desconhece a temperatura habitual da criança/jovem, é aceitável guiar-se por alguns valores padronizados).

Avaliação correta da temperatura corporal:

- A temperatura corporal pode ser avaliada em diversos locais anatómicos, utilizando termómetros adequados a cada um deles:
 - a) Temperatura retal (método mais rigoroso e recomendado em crianças pequenas; com a criança deitada em decúbito dorsal deve introduzir-se a ponta flexível do termómetro em cerca de 3cm no ânus, num trajeto paralelo às costas da criança);
 - b) Temperatura axilar (método mais prático do que o retal, embora menos rigoroso; o termómetro deve ser colocado na axila, mantendo o braço firmemente encostado ao tronco);
 - c) Temperatura timpânica (só se deve utilizar a partir dos 3 anos de idade; a sonda do termómetro deve ser orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo; recomenda-se a realização de três avaliações consecutivas e deve adotar-se o valor medido mais elevado);
 - d) Temperatura oral/ bucal (só deve ser utilizada a partir dos 5 anos de idade uma vez que exige a colaboração da criança para ser realizada com sucesso; avalia-se na cavidade oral, com a ponta do termómetro colocada debaixo da língua e mantendo a boca permanentemente fechada).

Diagnóstico da febre:

- Os valores preconizados consoante os locais de avaliação são:
 - a) Temperatura retal (\geq 38°C);

- b) Temperatura axilar ($\geq 37,6^{\circ}\text{C}$);
- c) Temperatura timpânica ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$);
- d) Temperatura oral/ bucal ($\geq 37,6^{\circ}\text{C}$).

MEDIDAS DE CONTROLO DA TEMPERATURA CORPORAL:

Medidas não farmacológicas:

- Caso a criança esteja apenas subfebril e esteja confortável e bem-disposta, deve realizar-se arrefecimento natural, nomeadamente:
 - a) Despir algumas roupas da criança, de forma a evitar o sobreaquecimento (muitas vezes causado apenas pela roupa);
 - b) Ajustar a temperatura do ambiente físico em que a criança/jovem se encontra;
 - c) Dar um banho ou aplicar compressas com água tépida (nunca fria devido à possibilidade de causar um choque térmico).
- Caso a criança esteja desconfortável (manifestando tremores, calafrios ou outras alterações significativas), o arrefecimento natural está desaconselhado (pelo que não se deve recorrer às medidas propostas nas alíneas anteriores).

Medidas farmacológicas:

- Caso a temperatura da criança/jovem suba para valores considerados febris, pode administrar-se terapêutica antipirética (de acordo com o fármaco, via e posologia prescrita pelo médico ou de acordo com o descrito no folheto informativo que acompanha a embalagem do medicamento que vai ser administrado).
- Paracetamol (fármaco de 1.^a linha):
 - Oral: 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia);
 - Retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia);
 - Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas.
- Ibuprofeno (apenas se existir contra-indicação ao paracetamol):
 - Oral: 5 mg - 10 mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40 mg/kg/dia);
 - Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas.

Conselhos práticos:

- É importante oferecer-se água ou outros líquidos do agrado da criança/jovem, de forma a prevenir a desidratação.
- Deve respeitar-se o apetite da criança/jovem, não a forçando a comer se não tiver apetite para tal.

SINAIS DE ALERTA DA FEBRE:**Sinais de alerta:**

- Numa criança/ jovem com febre, devem ser valorizados os seguintes sinais de alerta:
 - a) Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
 - b) Prostração e/ou apatia;
 - c) Face/olhar de sofrimento;
 - d) Irritabilidade e/ou gemido mantido;
 - e) Choro inconsolável;
 - f) Não tolera o colo;
 - g) Dificuldade respiratória;
 - h) Região peri-bucal e/ou extremidades arroxeadas;
 - i) Recusa alimentar completa superior a 12 horas (principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade);
 - j) Vômitos repetidos entre as refeições;
 - k) Sede insaciável;
 - l) Tremores intensos e prolongados;
 - m) Calafrios;
 - n) Alterações na marcha ou dificuldade na mobilização de algum membro;
 - o) Urina turva e/ou com cheiro fétido;
 - p) Febre com duração superior a 5 dias completos;
 - q) Criança com menos de 3 meses de idade;
 - r) Mau estado geral;
 - s) Convulsão febril.

ATUAÇÃO NO ÂMBITO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- Quando a criança/jovem recorre aos serviços de cuidados de saúde primários com suspeita de febre, os profissionais devem proceder a:
 - a) Medição correta da temperatura;
 - b) Avaliação da presença de sinais de alerta;
 - c) Tratamento adequado da febre;
 - d) Diagnóstico e tratamento da patologia responsável, encaminhando para outros serviços de saúde sempre que necessário.
- Os profissionais têm ainda o dever de proporcionar ensinamentos adequados e fundamentados aos pais, para que estes reúnam todas as condições para cuidar da criança/jovem em segurança.

Nota Final – Os procedimentos deverão ser regularmente avaliados para verificação do seu cumprimento e, sempre que necessário, atualizados.

Bibliografia de apoio:

- Direção-Geral da Saúde (2017). Febre na criança/adolescente. Folheto informativo para pais e cuidadores. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Norma nº 017/2017 de 4 de agosto (2017). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Direção-Geral da Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde: Lisboa.

**APÊNDICE X: FORMULÁRIO DO QUESTIONÁRIO “DÚVIDAS E
PREOCUPAÇÕES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA”**



Com a realização deste questionário, pretende fazer-se um levantamento das temáticas sobre as quais incidem a maior parte das dúvidas dos pais/cuidadores do bebé ao longo do seu primeiro ano de vida.

1. Qual o sexo do seu bebé?

- Masculino
 Feminino

2. Qual a idade do seu bebé?

3. Selecione as áreas em que sente mais dúvidas e/ou preocupações nos cuidados ao seu bebé?

(selecione, no máximo, três respostas)

- Aleitamento materno/ Amamentação
 Suplementos (leites artificiais)
 Diversificação alimentar
 Cólicas
 Febre
 Cuidados ao coto umbilical
 Banho e cuidados com a pele
 Higiene nasal
 Sono
 Erupção dentária
 Vacinação
 Segurança rodoviária
 Acidentes domésticos

Outras: _____

4. Como esclarece as suas dúvidas?

- Através de pesquisa na internet
- Através da pesquisa em livros
- Com recurso a familiares e/ou amigos
- Com recurso a profissionais de saúde

Obrigada pela sua colaboração!

Maria Hogan Teves de Almeida

(Estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde)

**APÊNDICE XI: ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS “DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DIRECIONADOS AOS PAIS
DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES NO PRIMEIRO
ANO DE VIDA DA CRIANÇA

Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Lisboa
março, 2018

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do ensino clínico que me encontro a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED], desenvolvido como parte integrante da unidade curricular “A saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica”. Este, tem vindo a desenvolver-se no contexto da saúde infantil e pediátrica, proporcionando-me a oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens e suas famílias em vários momentos, como a vacinação, a realização do rastreio de diagnóstico precoce (teste do Guthrie) e as consultas de saúde infantil e juvenil para avaliação do crescimento e desenvolvimento.

Tal como refere o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), todos os momentos em que os pais se deslocam com os seus filhos ao centro de saúde (seja porque motivo for) constituem ótimas oportunidades de avaliação, intervenção e orientação por parte dos enfermeiros, que desenvolvem a sua atividade no sentido da maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, promovendo a saúde e prevenindo situações que a possam comprometer.

Efetivamente, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada na medida em que são aqueles que mais tempo passam com os utentes, devendo intervir junto dos pais e da criança/jovem de forma prioritária e emergente. Ao longo deste ensino clínico, tenho-me deparado constantemente com a importância do papel dos enfermeiros neste âmbito, enquanto profissionais a quem os pais colocam inúmeras dúvidas e preocupações, que esperam ver esclarecidas da melhor forma possível. Assim, senti a necessidade de compreender em que áreas incidem efetivamente as suas principais dúvidas, dificuldades e receios, no sentido de atuar de forma fundamentada e concreta, com vista ao desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e à prestação de cuidados de excelência neste contexto.

Pela análise dos registos informáticos disponíveis relativamente aos dois meses anteriores ao início do meu ensino clínico e pela minha observação participada dos utentes que recorrem mais frequentemente à UCSP, optei (após discussão informal com a enfermeira orientadora) por restringir a minha pesquisa aos pais com crianças dentro de uma determinada faixa etária. Assim, defini como critérios de inclusão:

- Pais de crianças com idade igual ou inferior a 1 ano (isto por constituírem 62% das crianças que recorreram à UCSP no período analisado);
- Pais que recorram à UCSP e estabeleçam contacto com a equipa de enfermagem.

1. ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

1.1. GRÁFICOS ILUSTRATIVOS DAS RESPOSTAS OBTIDAS

De seguida encontram-se os gráficos que ilustram as respostas obtidas nos questionários distribuídos aos pais que cumpriam os critérios de inclusão apresentados anteriormente.

Os questionários foram distribuídos entre os dias 27 de fevereiro e 3 de março (não tendo sido estendido o prazo de distribuição devido à data de término do ensino clínico e à necessidade de implementar os seus resultados de forma concreta atempadamente).

Assim, a amostra engloba 20 pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 12 meses (inclusive), que recorreram à UCSP por diversos motivos

GRÁFICO 1 - QUAL O SEXO DO SEU BEBÉ?

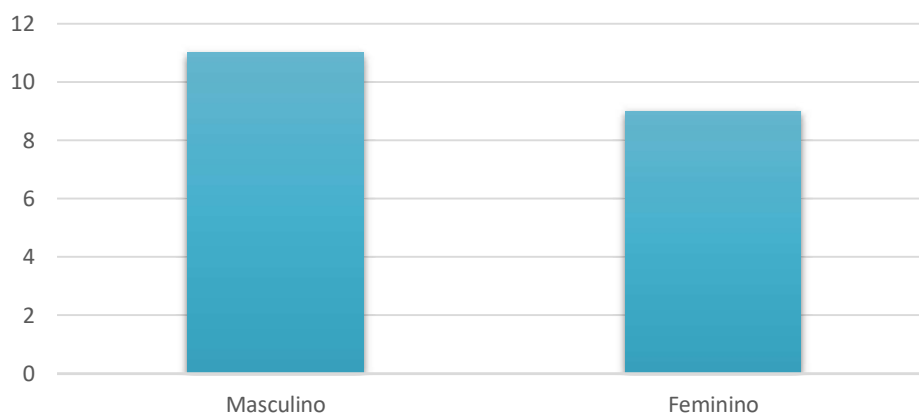


GRÁFICO 2 - QUAL A IDADE DO SEU BEBÉ?

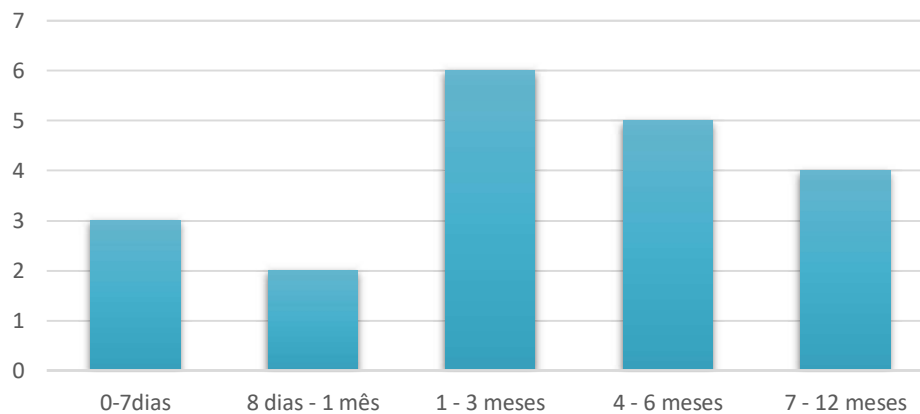


GRÁFICO 3 - ÁREAS EM QUE SENTE MAIS DÚVIDAS/PREOCUPAÇÕES

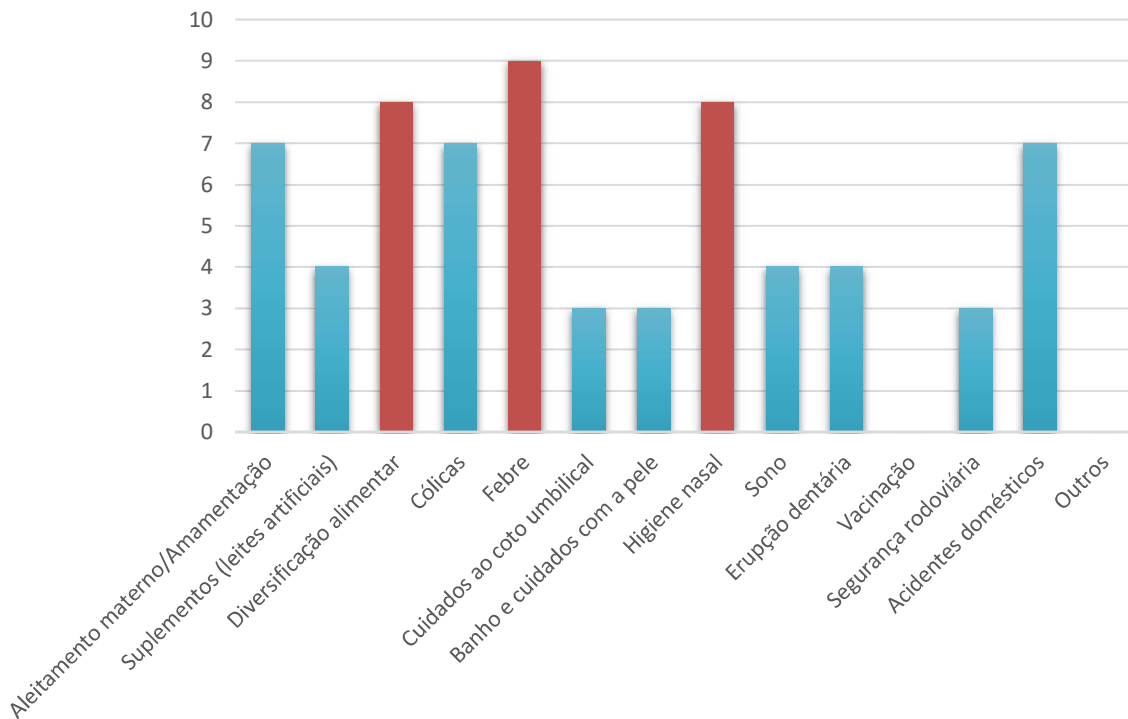


GRÁFICO 4 - COMO ESCLARECE AS SUAS DÚVIDAS?



1.2. CONCLUSÕES BASEADAS NAS RESPOSTAS

Os **gráficos número um e dois** pretendem clarificar que os questionários foram distribuídos a todos os pais que cumpriam os critérios de inclusão, independentemente do sexo da criança e da fase do primeiro ano de vida em que se encontra.

Através da análise do **gráfico número três**, é possível destacar três temáticas eleitas pelos pais como sendo aquelas que lhes causam mais dúvidas e preocupações nos cuidados ao bebé no primeiro ano de vida – em primeiro lugar a febre, seguida da higiene nasal e da

diversificação alimentar. Assim, e embora aproveite todos os momentos para consolidar ou realizar ensinamentos aos pais acerca de todas as temáticas abrangidas pelo questionário (bem como de outras que eles possam vir a abordar), optei por elaborar dois folhetos informativos com enfoque nestas temáticas. Ressalvo que elaborarei apenas dois folhetos – um relativo à febre outro relativo à higiene nasal – uma vez que existe uma norma na UCSP referente à diversificação alimentar, que é atualizada anualmente, sendo que já o foi no presente ano.

No âmbito da febre, destaco a importância dos ensinamentos, não apenas pela visualização dos resultados obtidos através dos questionários, mas também pela experiência que tenho tido nos momentos de vacinação, em que este assunto é abordado e os pais manifestam várias dúvidas e lacunas, não só na forma de atuar caso o bebé tenha febre, como também no próprio modo de avaliar a temperatura da criança. Para além disso, os folhetos já existentes na UCSP relativos a esta temática, possuem informações dispares entre si, o que motivou a minha pesquisa e me suscitou interesse nesta área, no sentido de encontrar informação adequada e o mais atualizada possível.

Relativamente à higiene nasal, a sua pertinência (para além de se ter revelado nas respostas dos pais) está também patente nos momentos em que tenho contactado com as crianças e pais; efetivamente, os bebés que recorrem à UCSP apresentam frequentemente rinorreia e obstrução nasal marcada. Quando questionados, os pais referem ter dificuldade em cuidar da higiene nasal do bebé por vários motivos, nomeadamente insegurança na realização do procedimento por receio de os magoar ou por medo que a criança engula soro. Assim, é essencial desmistificar algumas conceções erradas dos pais, capacitando-os para a prestação de cuidados neste âmbito.

Por último, e analisando o **gráfico número quatro**, verifica-se que grande parte dos pais assume recorrer a vários meios para esclarecer as suas dúvidas, destacando-se o recurso aos profissionais de saúde como meio preferencial neste contexto. Desta forma, é notória a importância da intervenção do enfermeiro neste âmbito, bem como da sua formação contínua, de forma a prestar cuidados com base em conhecimentos atualizados e fundamentados, atuando junto dos pais e das crianças/jovens no sentido de promover a saúde.

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e jovem destaca-se também neste sentido na medida em que, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010), este assume o dever de assistir a criança/jovem com a família, na maximização da

sua saúde, devendo apostar sempre na capacitação para o autocuidado através de ensinamentos sólidos e fundamentados.²

1.3. PRINCIPAIS CONSTRANGIMENTOS/LIMITAÇÕES

Aquando da aplicação do questionário para operacionalização de algumas das atividades planejadas no meu projeto de aprendizagem de forma fundamentada, surgiram alguns aspectos que não tinham sido anteriormente planejados ou pensados.

O primeiro surge relacionado com o facto de alguns dos pais que responderam ao questionário não terem cumprido o solicitado na terceira pergunta (onde consta “selecione, no máximo, três respostas”) assinalando mais do que três respostas e demonstrando que têm dúvidas em áreas muito distintas, não conseguindo eleger as três que mais se destacam, sentindo a necessidade de selecionar um maior número de respostas. Este aspeto, desencadeou um processo de análise crítica e reflexiva para tentar compreender o motivo que o originou, que se revelou também ele importante para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista.

Para além disso, destaco como limitação o curto intervalo de tempo em que distribuí os questionários para preenchimento dos pais; prazo este já justificado anteriormente no presente documento e fortemente influenciado pelo tempo de duração deste ensino clínico. Efetivamente, se a amostra fosse maior, os resultados naturalmente seriam considerados mais fiáveis. No entanto, considero que ainda assim estes abrangeram uma amostra considerável, permitindo-me retirar conclusões fidedignas e, conseqüentemente, orientadoras da minha ação num sentido fundamentado.

² Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/03/2018.

Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciarian%C3%A7ajov_ aprovadoag_20nov2010.

CONCLUSÃO

Com a elaboração, implementação e posterior análise deste questionário, foi possível atuar junto dos pais de forma fundamentada, fornecendo-lhes informação e suporte nas áreas que eles próprios apontaram como sendo causadoras de dúvidas e inquietações para eles no cuidado aos seus bebês.

Após a sua análise, foi possível realizar sessões de educação para a saúde de caráter informal direcionadas aos pais. Assim, foi possível proporcionar-lhes momentos de aprendizagem, nos quais julgo que desenvolveram conhecimentos e competências que lhes facilitarão bastante os cuidados ao bebê.

Para além disto, todo este trabalho alertou-me para o facto dos pais, no primeiro ano de vida da criança, sentirem que tudo é novo e serem “invasidos” por uma série de dúvidas e questões nas quais, enquanto enfermeiros, podemos e devemos intervir. Para muitos pais, nesta fase, tudo é novidade e surge a necessidade de suporte no sentido de facilitar a sua transição para a parentalidade, adaptando-se à sua nova realidade. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel de destaque, prestando apoio e esclarecendo todas as dúvidas; acalmando receios; promovendo o *empowerment* e, acima de tudo, assegurando o conforto e o bem-estar dos pais e do bebê.

**APÊNDICE XII: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “DÚVIDAS DOS PAIS NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

DÚVIDAS DOS PAIS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Lisboa

março, 2018

A presente reflexão crítica surge no âmbito da análise dos questionários que distribuí aos pais na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED], onde estou, neste momento, a realizar ensino clínico na área da saúde infantil e pediátrica.

Tal como é possível constatar no documento que retrata a análise destes mesmos questionários (que intitulei “Análise dos questionários direcionados aos pais – dúvidas e preocupações no primeiro ano de vida da criança”), estes foram distribuídos na UCSP no sentido de compreender quais as áreas em que incidem os receios, dúvidas e preocupações dos pais nos cuidados aos seus bebés, ao longo do primeiro ano de vida dos mesmos.

Neste contexto, verificou-se a dificuldade de alguns pais em seleccionar apenas três áreas de destaque nas quais sentiam algumas dificuldades e julgavam necessitar de ajuda e ensinamentos específicos e direcionados, o que desencadeou esta análise crítico-reflexiva, que pretende espelhar o motivo que originou este obstáculo por eles sentido aquando do preenchimento dos questionários.

De facto, à medida que fui analisando as respostas dadas pelos pais questioneimei-me “Porque é que as pessoas seleccionam tantas respostas?”, o que motivou uma pesquisa neste âmbito, no sentido de apresentar uma justificação para o sucedido.

Tal como referem Rapoport e Piccinini (2011), o nascimento de um filho é um acontecimento que modifica em grande escala a vida dos progenitores, que têm que descobrir e desenvolver o seu papel parental, assumindo responsabilidades nos cuidados à criança, que depende deles para a sua sobrevivência e desenvolvimento saudável. As suas reacções perante a chegada do bebé ao seio familiar são fortemente influenciadas por fatores individuais, ambientais, psicológicos e sociais, desempenhando o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica um papel importante no apoio e orientação dos pais nesta nova etapa do ciclo de vida familiar, que exige aprendizagens, adaptações a vários níveis e gestão do stress que está inerente a esta fase particular, principalmente se for o primeiro filho do casal.

Como corroboram Mendes e Martins (2012), a enfermagem pediátrica é particularmente sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, implicando que estes reúnam condições favoráveis ao desempenho do seu papel parental neste contexto, de forma a adotarem uma participação ativa e correta nos cuidados ao bebé.

Ao longo do primeiro ano de vida da criança, tudo é novo e as inseguranças são muitas. Segundo os pais e, através do diálogo nos momentos em que tenho contactado com eles na UCSP, por muita teoria que leiam durante todo o processo de gravidez e por muito que julguem estar preparados para prestar cuidados ao seu bebé autonomamente, grande parte das atividades revelam-se bastante mais complexas na prática. Assim, o exercício dos

profissionais de saúde deve incidir na minimização das dificuldades sentidas, através de ensinamentos claros e adequados aos cuidadores.

Efetivamente, e tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2010) no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o enfermeiro especialista, no seu exercício profissional, tem o dever de: promover a parentalidade; estimular o processo de vinculação entre os pais e o bebé, assegurando que este decorre de forma apropriada; trabalhar com a família, envolvendo os pais em todos os cuidados ao bebé, assumindo o seu papel ativo, munindo-os de ferramentas que lhes proporcionem confiança e esclarecendo todas as suas dúvidas e receios.

Neste sentido, importa ressaltar a importância da parceria de cuidados, evidenciada por Hockenberry e Wilson (2014) como um pilar crucial na filosofia da enfermagem pediátrica. Esta, surge efetivamente elencada no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, enquanto promotora da otimização da saúde no sentido da adequação da parentalidade e de uma transição saudável para a mesma. Deste modo, é importante sensibilizar todos os enfermeiros para esta temática, investindo nela com afinco no sentido de atuar perspectivando-a como primordial na sua atividade profissional.

A meu ver, o facto de me ter deparado com alguns pais que selecionaram sete ou oito respostas (quando o pedido era que estas fossem no máximo três), acabou por se tornar benéfico enquanto promotor de todo este processo crítico e reflexivo, que se revelou fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira especialista. Tal como defendem Souza et al (2014), é imprescindível que os enfermeiros nunca esqueçam a importância do *empowerment* no âmbito da promoção da saúde e desenvolvimento saudável, valorizando-a sempre na sua atividade profissional.

Assim, fiquei também eu mais sensibilizada para a importância de promover o *empowerment* dos pais nestas circunstâncias, atuando junto deles de forma a capacitá-los para a prestação de cuidados ao bebé. Considero que este trabalho fomentou as minhas competências profissionais e que, com a sua realização, perspectivou de forma ainda mais clara a importância de ensinamentos sólidos aos cuidadores, explorando as suas dúvidas e dando-lhes oportunidade para as partilharem sem pudor, recorrendo aos serviços de saúde sempre que sentirem necessidade para tal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Mendes, M.G.S.R. & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113-121. Acedido em: 25/03/2018. **Doi:** 10.12707/RIII1144.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.
- Rapoport, A. & Piccinini, C.A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebé. *Psico-USF*, 16(2), 215-225. Acedido em: 25/03/2018. **Doi:** 10.1590/S1413-82712011000200010.
- Souza, J.M. et al (2014). Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2265-2276. Acedido em: 25/03/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000702265&script=sci_abstract&tlng=es.

**APÊNDICE XIII: SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIRECIONADAS
AOS PAIS**


CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
DIRECIONADAS AOS PAIS

Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa
março, 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE REALIZADAS	7
1.1. CONTEXTO DAS SESSÕES	7
1.1.1.SALA DE ESPERA DA UCSP	8
1.1.2.CONSULTA DE ENFERMAGEM DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL	9
1.2. MATERIAL DE SUPORTE	9
1.3. ORGANIZAÇÃO E FASES DAS SESSÕES	10
1.4. PERTINÊNCIA DAS SESSÕES	10
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
APÊNDICES	17
Apêndice I – Folhetos informativos disponibilizados aos pais	
Apêndice II – Plano das Sessões de Educação para a Saúde	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge na sequência do meu ensino clínico na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED]; este, está a desenvolver-se no âmbito da saúde infantil e pediátrica, constituindo parte integrante da unidade curricular “A saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica”.

Neste contexto, e tratando-se da área dos cuidados de saúde primários, os ensinamentos aos pais e a sua capacitação para o autocuidado desempenham um papel fundamental e imprescindível na atuação do enfermeiro especialista, particularmente na saúde infantil, contexto no qual os pais devem ser perspetivados como parceiros no cuidar, assumindo um papel imprescindível e indispensável nos cuidados ao filho.

Assim, optei por investir na formação dos pais, promovendo uma parentalidade ativa e assegurando a prestação de cuidados seguros e adequados. Antes de mais, e de forma a conseguir orientar a minha atuação de forma pertinente e fundamentada, considerei importante explorar quais as áreas em que os pais se sentiam mais inseguros e experienciavam mais dúvidas nos cuidados aos seus filhos ao longo do primeiro ano de vida. Assim, e após obter respostas a esta questão através da distribuição e análise dos questionários (anteriormente referidos no presente relatório) implementei sessões de educação para a saúde com enfoque nestas temáticas, para as quais elaborei dois folhetos informativos que pretendem dar suporte e apoio aos pais em eventuais dúvidas que lhes possam surgir em qualquer momento.

Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2013) a educação para a saúde desempenha um papel fulcral, sendo um aliado para a mudança de comportamentos, aperfeiçoando-os ao máximo, na procura da garantia de cuidados de excelência. É precisamente neste sentido que deve ir a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tal como se encontra previsto no seu regulamento de competências, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

1. SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE REALIZADAS

As sessões de educação para a saúde que implementei junto dos pais que recorrem à UCSP com os seus bebés decorreram entre os dias 14 e 20 de março, em todos os momentos que se revelaram oportunos, tendo em conta a idade da criança e as necessidades transmitidas pelos pais ou por mim percebidas nos momentos de contacto com estes.

Importa ressaltar que, nesta fase (e embora tenha definido como critério de inclusão para a distribuição dos questionários anteriormente mencionados o facto dos pais que foram questionados terem um bebé com idade igual ou inferior a um ano) considerei benéfico alargar os ensinamentos a outros pais, com bebés de outras idades, desde que efetivamente manifestem dúvidas nas temáticas abordadas nas sessões – a higiene nasal do bebé e a criança com febre.

Assim, e embora grande parte dos participantes nestas sessões tenham sido efetivamente pais de bebés com idade igual ou inferior a um ano (por serem os que mais recorrem aos serviços da UCSP e os que revelam mais dúvidas no âmbito dos temas abordados), também foram integrados na população-alvo desta atividade pais com bebés noutras faixas etárias.

1.1. CONTEXTO DAS SESSÕES

As sessões de educação para a saúde que implementei assumiram um carácter informal e decorreram em dois contextos distintos: optei por abordar alguns pais na sala de espera da UCSP (enquanto aguardavam chamada para a consulta de enfermagem, para a vacinação, para a consulta médica ou por alguma situação de urgência não programada) e por intervir junto de outros pais nos momentos da consulta de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, nas quais tive a oportunidade de estar durante a implementação desta atividade.

Em ambos os contextos identifiquei vantagens e limitações, pelo que, analisando as sessões implementadas nesta fase final e de reflexão e análise das mesmas, considero que foi uma mais valia a sua implementação nestes dois contextos, aproveitando todas as oportunidades para intervir eficazmente, tal como preconiza a Direção-Geral da Saúde (2013) no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, reforçando que o enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades de contacto com a criança/jovem e família para realizar e/ou consolidar conhecimentos e habilidades importantes para um adequado desenvolvimento infantojuvenil.

1.1.1. SALA DE ESPERA DA UCSP

A sala de espera da UCSP, especificamente na área da saúde infantil, é um espaço amplo situado no primeiro piso do centro de saúde. Nesta, várias pessoas aguardam a sua vez para vários serviços distintos (como a vacinação nacional e consultas médicas e/ou de enfermagem). Esta, é composta por uma zona ajustada à população infantil e pediátrica, que engloba um tapete com um parque com algumas diversões (como escorregas e outros brinquedos) e tem várias cadeiras disponíveis, onde costumam aguardar os pais. Na sala de espera existem ainda várias televisões (onde são chamadas as senhas por ordem de chegada) e altifalantes (por onde cada pessoa é chamada na sua vez de entrar).

Relativamente às vantagens que considero inerentes a este meio, realço:

- O facto de, ao realizar os ensinamentos num momento prévio à consulta ou à vacinação, os pais terem a oportunidade de refletir acerca deles e de ler a informação que contém os folhetos informativos de suporte distribuídos, apontando eventuais dúvidas que possam surgir neste âmbito e tendo a oportunidade de as esclarecer de imediato, nos momentos de contacto que se seguem;
- O aproveitamento de tempo que é habitualmente referido pelos pais como um momento de espera aborrecido, transformando este “tempo perdido” em tempo fundamental para esclarecimento de dúvidas e ensinamentos em áreas que são importantes nos cuidados aos seus bebés, capacitando os pais para o autocuidado da criança de forma segura.

Quanto às limitações identificadas neste contexto, destaco:

- Ruído (bastante acentuado em alturas em que a sala de espera esteja cheia ou com crianças a brincar, o que é frequente);
- Movimento constante de pessoas, que causa alguma dificuldade na concentração dos pais que estão a colaborar na sessão;
- Impossibilidade de demonstrar alguns procedimentos na prática (principalmente em situações em que os bebés se encontravam a dormir dentro das alcofas ou dos carrinhos).

1.1.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Os momentos de consulta de enfermagem são momentos mais privados (comparativamente com os descritos no tópico 1.1.1.), que decorrem no gabinete de enfermagem, apenas na minha presença, da enfermeira da UCSP, da criança e do(s) progenitor(es) e/ou outros acompanhantes. Nestas, é realizada uma avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, avaliando-se vários parâmetros preconizados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), consoante a idade e a etapa de desenvolvimento da criança.

Assim, identifico como vantagens:

- Maior privacidade e maior facilidade no estabelecimento de contacto com os pais e com o bebé;
- Pais mais concentrados nas mensagens a transmitir, colocando, na generalidade, mais questões práticas do que no contexto da sala de espera;
- Bebê acordado (e muitas vezes sem roupa, permitindo uma observação mais completa e precisa);
- Possibilidade de demonstrar alguns procedimentos em que os pais se sintam inseguros na prática, dando-lhes oportunidade de os praticarem posteriormente sob supervisão.

Como limitações associadas a este contexto destaco:

- O facto de grande parte dos pais optarem por ler o suporte informativo em formato de folheto apenas após a saída do centro de saúde (não tendo a oportunidade de esclarecer alguma(s) dúvida(s) que lhes surja(m) no imediato);
- A pressa de alguns pais para sair da consulta e regressar a casa, o que causou alguma dificuldade em motivar alguns pais a participar nas sessões.

1.2. MATERIAL DE SUPORTE

Enquanto componente de suporte à realização das sessões, elaborei dois folhetos informativos (apêndice I) que disponibilizei aos pais para leitura e consolidação dos ensinamentos realizados e/ou reforçados. Na sua elaboração, recorri a informação atualizada e

fundamentada e procurei utilizar uma linguagem simples e clara, de forma a facilitar a compreensão de todos os participantes nestas sessões.

Recorri sobretudo ao diálogo e à escuta ativa, demonstrando disponibilidade e tentando compreender as necessidades sentidas pelos pais, esclarecendo-os de forma coesa.

1.3. ORGANIZAÇÃO E FASES DAS SESSÕES

Na organização e implementação das sessões, tal como é possível compreender através da observação do plano da sessão apresentado em apêndice (apêndice II), comecei por uma fase de análise, tentando explorar os conhecimentos existentes e as necessidades atuais dos pais, despistando potenciais dificuldades e dando-lhes a possibilidade de se expressarem e exporem as suas dificuldades sem restrições. Desta forma, foi possível proceder posteriormente a ensinamentos adequados e adaptados à situação de cada pessoa, respeitando a sua individualidade e ajustando-lhe a minha intervenção.

Após os ensinamentos efetuados e/ou reforçados, considerei essencial proceder à validação dos mesmos, de forma a compreender os resultados conseguidos. Nesta fase, incentivei os pais a explicarem e/ou exemplificarem os procedimentos em causa (de acordo com as circunstâncias e com a oportunidade associada ao momento de contacto em questão).

1.4. PERTINÊNCIA DAS SESSÕES

A meu ver, as sessões de educação para a saúde têm uma pertinência notória neste contexto. Nestas, as temáticas abordadas são justificadas, não só pela minha observação nos momentos de contacto com as crianças/jovens e os seus pais, como também pelas respostas que obtive nos questionários que elaborei, distribuí e analisei.

Devido ao carácter do contexto de ensino clínico em que me encontro inserida, e ao facto de muitos pais frequentarem a UCSP com as suas crianças de forma regular, tive a oportunidade de, inclusivamente, realizar sessões de educação para a saúde direccionadas a alguns dos pais que colaboraram no preenchimento dos questionários numa fase inicial. Este aspeto, revelou-se bastante benéfico na medida em que, não só permitiu o esclarecimento de dúvidas dos pais que as manifestaram nos questionários, como possibilitaram a obtenção de *feedback* por parte dos mesmos, que se revelaram bastante satisfeitos por puderem ver concretizado um “projeto” para o qual tiveram a oportunidade de contribuir.

Na realização prática e efetiva das sessões de educação para a saúde teve ainda a possibilidade de ver realçada e confirmada a importância das temáticas abordadas, nomeadamente no contacto com pais que referiram situações como:

- História de convulsão febril da criança (expressando vontade para saber mais sobre o assunto, de forma a sentirem uma maior segurança neste âmbito, controlando a temperatura da criança de forma adequada e evitando situações semelhantes);
- Recurso à UCSP por situações de urgência associadas a obstrução nasal (bastante comuns nesta época do ano).

CONCLUSÃO

A meu ver, estas sessões de educação para a saúde desempenharam um papel fundamental para mim e para os seus recetores, neste caso os pais. Estas, tiveram um papel construtivo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, possibilitando o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, que tem o dever de prestar cuidados de saúde com base no modelo conceptual centrado na criança/jovem e sua família, *“para promover o mais elevado estado de saúde possível, (...) à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde”* (OE, 2010b, pág.1).

A sua realização teve como objetivo capacitar os pais para o autocuidado dos seus filhos, de forma consciente, informada e segura, promovendo o desenvolvimento saudável e adequado da criança.

Para além disso, na sua implementação, foi possível contactar com vários pais, muitos deles com diferentes níveis de escolaridade e com profissões bastante distintas – na população alvo incluíram-se desde médicos a pais analfabetos – o que constituiu um desafio para a concretização da atividade planeada, estimulando-me a ajustar a minha intervenção a todos eles e, conseqüentemente, alertando-me para a importância desta capacidade no enfermeiro especialista, essencial para a efetividade da sessão. Assim, julgo que esta desempenhou um papel importante na capacitação dos indivíduos para aquisição e/ou desenvolvimento de conhecimentos sólidos nas temáticas abordadas, com conseqüente obtenção de ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oliveira, A. et al (2007). *Métodos, Técnicos e Jogos Pedagógicos – Recurso Didático para Formadores*. Exponente – Serviços de Economia e Gestão, S.A.: Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 15/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

APÊNDICES

Apêndice I – Folhetos informativos disponibilizados aos pais

QUANDO DEVE DIRIGIR-SE A UMA UNIDADE DE SAÚDE?



- Presença de:
 - Dificuldade respiratória;
 - Prostração/apatia;
 - Vômitos persistentes;
 - Desidratação;
 - Mau estado geral;
 - Extremidades e região peribucal arroxeadas;
- Se o seu filho tem menos de 3 meses de idade;
- História de febre com mais de 5 dias de evolução.

**A febre, por si só, não é uma doença!
É uma manifestação do organismo
decorrente do combate às infeções e,
por isso, benéfica!**

Sempre que tiver
dúvidas, esclareça-as
junto de um
profissional de
saúde!

Elaborado por: En^ª Maria Hogan Teves de Almeida (Estudante do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde)

Enfermeira orientadora: [REDACTED]
Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Referências Bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde (2017). Febre na criança/adolescente. Folheto informativo para pais e cuidadores. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. 1(14). DGS: Lisboa.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. 9^ª Edição. Loures: Lusociência.

A CRIANÇA COM FEBRE



[REDACTED]  **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LIBROS PORTO VIMIA

[REDACTED]  **aces**
LISBOA
NORTE

[REDACTED]  **arsvivt**

MARÇO, 2018

O QUE É A FEBRE?



A febre é um mecanismo de defesa do organismo, caracterizado por um aumento da temperatura corporal acima dos valores normais. É uma resposta natural do organismo perante uma agressão exterior ou uma doença.

Nunca se esqueça que os valores normais variam consoante o local onde avalia a temperatura do seu filho!



QUAIS OS VALORES QUE INDICAM A PRESENÇA DE FEBRE?

- Temperatura retal - $\geq 38^{\circ}\text{C}$

- Temperatura axilar - $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$



- Temperatura bucal/oral - $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$



- Temperatura timpânica - $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$



O QUE FAZER SE O SEU FILHO TIVER FEBRE?

- Dê algumas roupas da criança, de forma a evitar o sobreaquecimento (por vezes causado apenas pela roupa);
- Dê-lhe um banho com água morna (não demasiado fria para não causar um choque térmico).

1ª - ARREFECIMENTO NATURAL



- Caso a temperatura não desça, dê um antipirético de acordo com as indicações adequadas de dosagem, via de administração e fármaco.

ANTIPIRÉTICO



- Respeite o apetite e não o obrigue a comer;
- Ofereça-lhe água ou outros líquidos que ele prefira (para evitar a desidratação).

ALIMENTAÇÃO

PORQUE É QUE O SEU PAPEL É TÃO IMPORTANTE?



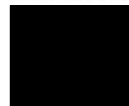
Sempre que tiver dúvidas, esclareça-as junto de um profissional de saúde!

Elaborado por: En^ª Maria Hogan Teves de Almeida (Estudante do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde)

Enfermeira orientadora: [REDACTED]
Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Referências Bibliográficas:

- Caminha, G.P.; Cain, W.S. & Jalowasycki, A.A. (2001). Nasal lavage as a tool to evaluate nasal cavities. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia*, 67(6), 859-862.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. 9^ª Edição. Loures: Lusociência.
- Seeley, R.R.; Tate, P. & Stephens, T.D. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. 8^ª edição. Loures: Lusociência.
- Shi, T.; Chinsky, A.; Eavey, R.D. & Godinho, R. (2006). *IV Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPO*. Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology.



HIGIENE NASAL DO BEBÉ

MARÇO, 2018

O NARIZ...

O nariz é composto por duas fossas nasais, que comunicam com o exterior através das narinas. Estas, encontram-se separadas pelo septo nasal e desempenham uma função importante na respiração (principalmente em crianças pequenas, que respiram predominantemente através do nariz).



Assim, para que o seu filho respire sem dificuldade é importante assegurar a entrada e saída de ar bilateralmente, garantindo uma respiração adequada do bebé!

COMO REALIZAR A LAVAGEM NASAL?

Utilize sempre **soro fisiológico!**

Pode utilizar apenas o soro ou recorrer a um aspirador nasal. Existem vários tipos disponíveis no mercado, sendo o aspirador manual apresentado um dos mais utilizados.



Preencha a seringa com soro fisiológico (ou utilize a própria embalagem do soro); direcione-a para a parte lateral externa da narina do bebé (e não para o septo); pressione o êmbolo da seringa para fazer o soro entrar na narina.



Coloque soro fisiológico na narina que pretende aspirar e adapte-lhe cuidadosamente o aspirador; tape a outra narina; adapte a boca à outra ponta do dispositivo e faça sucção.



Soro Fisiológico
Seringa
Aspirador Nasal



Água
Cotonetes

A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE NASAL!

Permite detetar alterações na cavidade nasal (como lesões, desvio do septo ou hemorragia)!

Mantém a limpeza do nariz, permitindo a respiração normal do bebé e prevenindo infeções!

Potencia a qualidade do sono!

Diminui o cansaço!

Facilita a alimentação!

É importante cuidar da higiene nasal do seu filho desde o momento do nascimento!

Apêndice II – Plano das Sessões de Educação para a Saúde

TEMA	Higiene nasal do bebé A criança com febre
LOCAL	██████████ - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ██████████
FORMADORA	Enfermeira Maria Hogan
POPULAÇÃO-ALVO	Pais que recorrem à UCSP com os seus filhos (independentemente dos motivos que os trazem)
DATA	Dias 14,15, 16, 19 e 20 de março
HORA	Momentos de contacto com os pais sem hora exata marcada (entre as 8h e as 15h)

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar: <ul style="list-style-type: none"> - A formadora; - Os temas abordados; - Os objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinência do tema; • Importância da educação para a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva.
Análise	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os conhecimentos atuais dos pais, as necessidades que sentem e despistar potenciais dificuldades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas dos pais nos cuidados aos seus filhos; • Conhecimentos e capacidades atuais dos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogativa.

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene nasal: <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a importância da higiene nasal do bebé; - Ensinar sobre o procedimento de higiene nasal do bebé. • Febre: <ul style="list-style-type: none"> - Explicar o que é a febre e a importância do seu controlo e vigilância; - Ensinar sobre o procedimento de monitorização da temperatura corporal; - Ensinar acerca de formas de controlo da temperatura corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação fundamentada e atualizada acerca de ambas as temáticas e, particularmente, sobre os procedimentos de higiene nasal do bebé e da avaliação, monitorização e controlo da temperatura corporal na criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e demonstrativa.
Validação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se a população-alvo compreendeu tudo aquilo que foi explicado e reúne as condições para realizar os procedimentos com confiança e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e interrogativa.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas; • Refletir sobre a importância das temáticas abordadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das ideias-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva e interrogativa.

O **tempo** de cada sessão é muito variável na medida em que se tratam de sessões individuais e que devem ser ajustadas (de acordo com vários fatores, como por exemplo, as necessidades de formação e lacunas de cada pai/mãe e a sua capacidade de compreensão e aprendizagem).

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Os folhetos informativos elaborados (apresentados no apêndice I do presente documento);
- Um termómetro axilar e um termómetro timpânico (disponíveis na UCSP);
- Um aspirador nasal pediátrico (disponível na UCSP).

Por serem sessões de educação para a saúde de carácter informal, optei por não realizar uma avaliação formal das mesmas. A avaliação engloba então as opiniões que os pais partilham acerca da sua utilidade e importância (por norma na fase de conclusão das sessões).

APÊNDICE XIV: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “ARTICULAÇÃO ENTRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

**ARTICULAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS E OS CUIDADOS DE SAÚDE
DIFERENCIADOS**

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Lisboa

fevereiro, 2018

A realização da presente reflexão surge no âmbito do ensino clínico que me encontro a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED], integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte.

Este contexto, tal como realça o Conselho Internacional de Enfermeiros (2008), constitui o primeiro nível de contacto com o Sistema Nacional de Saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, prestando-lhes cuidados especializados e direcionados à promoção da saúde e prevenção da doença.

Efetivamente, esta é uma área de atuação focada na maximização da saúde dos cidadãos, potenciando o seu desenvolvimento saudável ao longo do ciclo vital. No entanto, a sua atividade só é plenamente conseguida se for perspectivada como parte integrante de um sistema, que engloba vários níveis de prestação de cuidados e que deve comunicar entre si de um modo claro e eficiente.

Foi precisamente a perceção da existência de uma lacuna a este nível que despoletou a minha análise crítica e reflexiva nesta temática, a meu ver de extrema importância para a otimização, racionalização e potencialização dos recursos existentes no contexto do sistema de saúde em Portugal. Efetivamente, na UCSP (mais especificamente no âmbito da saúde infantil – onde o meu estágio se tem vindo a desenvolver), deparamo-nos frequentemente com situações em que esta “limitação” se torna patente e condicionante dos cuidados prestados, nomeadamente:

- realização de consultas a crianças e/ou jovens seguidos em áreas de especialidade no meio hospitalar que não trazem cartas de alta e que, muitas vezes, não sabem referir que medicação se encontram a fazer atualmente;
- atendimento de crianças e/ou jovens com doença crónica que não se encontram referenciadas nem trazem consigo qualquer informação do seu estado de saúde atual;
- receção de notícias de nascimento e desconhecimento de que o recém-nascido se encontra internado numa unidade de neonatologia em contexto hospitalar.

Estas e outras situações que tive a oportunidade de vivenciar neste estágio, motivaram então a minha análise, reflexão e consequente pesquisa neste âmbito.

Tal como corroboram Torres e Monte (2011), a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares permite aumentar os ganhos em saúde, com racionalização dos recursos financeiros. Na sua perspetiva, as unidades de saúde visam a eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes a que elas recorrem, com redução dos custos e consequentes ganhos em saúde para todos os cidadãos que obtêm uma correta e eficaz continuidade dos cuidados de que necessitam.

Assim, é notória a importância de ter em consideração o conjunto de atividades desenvolvidas em cada contexto de atuação, avaliando o modo como estas se relacionam, interligam e influenciam entre si.

Também em Diário da República (2016), o desenvolvimento de uma relação coesa entre os cuidados de saúde primários e outros níveis de prestação de cuidados, assume um papel de destaque, sendo elencado como fundamental para o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde. Neste âmbito, é dada ênfase à necessidade de investir na melhoria da gestão hospitalar, na circulação de informação clínica e na articulação entre diferentes níveis de cuidados e diferentes agentes de um determinado setor. De facto, só através da implementação de mudanças promotoras destes aspetos se tornará possível prestar cuidados de saúde com base numa filosofia que considera que a articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados podem ser indicadores de sucesso da coordenação, continuidade de cuidados e redução de custos.

Tal como defendem Erdmann et al (2013), para além de todos os benefícios referidos anteriormente, a definição e o estabelecimento de pontos de contacto entre os cuidados de saúde primários e secundários favorece ainda a integração e a troca de experiências entre profissionais, o que facilita, conseqüentemente, o planeamento do acesso e dos fluxos de atendimento aos cidadãos. De facto, através da criação de um sistema bem estruturado e organizado, seria possível diminuir o recurso à emergência hospitalar e facilitar o encaminhamento para os serviços adequados, tornando mais prático e eficiente todo o processo envolvente. Também de acordo com dados do Ministério da Saúde (2015), é precisamente através do reforço na interligação entre os vários níveis de atuação que a tomada de decisão pode assumir um caráter adequado, efetivo, monitorizado e em que o cidadão aceda de um modo mais rápido aos cuidados de saúde que necessita; àqueles que são efetivamente adequados às circunstâncias em que se encontra e às suas necessidades naquele momento específico.

Tal como prevê a Base II da Lei de Bases da Saúde (1990), os serviços de saúde articulam-se entre si e ainda com serviços de segurança e bem-estar social, no sentido de fornecer os cuidados mais completos e adequados aos cidadãos. Assim, é importante compreender quando recorrer a cada instituição de saúde, tomando esta decisão com base na garantia de que a continuidade de cuidados será assegurada de forma eficaz.

Segundo a OMS (2008), a continuidade dos cuidados encontra-se subjacente à capacidade de assegurar a continuidade da informação, por exemplo, à medida que as pessoas envelhecem, quando mudam de residência, ou quando diferentes profissionais

prestam cuidados a um mesmo indivíduo em contextos diferentes. Neste âmbito, o acesso aos processos clínicos e notas de alta – eletrônicas, convencionais ou as que acompanham o doente – melhora a escolha do regime de tratamento, a coordenação dos cuidados e, conseqüentemente, possibilita a tomada de decisões informadas e fundamentadas por parte dos profissionais de saúde, permitindo ganhos em saúde para as instituições e, fundamentalmente, para os cidadãos recetores dos cuidados em causa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 10/03/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.
- Despacho nº 199/2016 (2016). *Diário da República, II Série* (Nº4, de 7-1-2016), 569-570. Acedido em: 12/03/2018. Disponível em: <https://dre.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Ministério da Saúde, Portugal. Acedido em: 12/03/2018. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- Erdmann, A. L. et al (2013). A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spec), 1-8. Acedido em: 12/03/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.
- Lei nº 48/90 (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República, I série* (Nº195, de 24-8-1990), 3452-3459. Acedido em: 15/03/2018. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_p_auth=zt2dAYbd.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais que Nunca – Relatório Mundial de Saúde 2008*. Alto Comissariado da Saúde: Portugal. Acedido em: 10/03/3018. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.
- Torres, A.P.M. & Monte, A.P. (2011, junho/julho). A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. Gestão de Bens Comuns e Desenvolvimento Regional Sustentável. In *17º Congresso da APDR / 5º Congresso de Gestão e Conservação da Natureza*. Bragança, Zamora. Acedido em: 14/03/2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8898>.

**APÊNDICE XV: TEORIA SINATIVA DO DESENVOLVIMENTO E NEWBORN
INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESMENT PROGRAM**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

“observação atenta do recém-nascido e das suas respostas fisiológicas e comportamentais, de modo a intervir de forma adequada e ajustada às suas necessidades”³

**TEORIA SINATIVA DO
DESENVOLVIMENTO**


**NIDCAP - *Newborn Individualized
Developmental Care Assesment***



Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa

setembro, 2018

³ Atividade planeada no projeto individual de aprendizagem.

No âmbito do meu ensino clínico na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do [REDACTED] e, mais concretamente do objetivo específico que me propus a atingir no meu projeto individual de aprendizagem (“Prestar cuidados atraumáticos ao recém-nascido hospitalizado na unidade”) defini como atividade planeada para o alcançar a “observação atenta do recém-nascido e das suas respostas fisiológicas e comportamentais, de modo a intervir de forma adequada e ajustada às suas necessidades”.

Assim, considerei pertinente a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre alguns dos métodos existentes neste contexto, de forma a basear a minha atuação em informação coesa e fundamentada.

Após a bibliografia consultada, destaco a Teoria Sinativa do Desenvolvimento e o NIDCAP, programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido. Segundo Cheio (2016), estas constituem medidas simples de cuidados individualizados ao bebé, cujo objetivo essencial é reduzir o manuseamento súbito, precipitado e intempestivo.

De acordo com Dittz e Malloy-Diniz (2006), a Teoria Sinativa do Desenvolvimento ou Teoria Sinativa da Organização Neurocomportamental do Recém-Nascido, foi elaborada por Heidelise Als, no ano de 1982. Esta, descreve a organização comportamental do recém-nascido e o seu desenvolvimento em relação ao equilíbrio entre a interação da criança com o ambiente e os seus subsistemas neurocomportamentais. Tal como corrobora Diaz (2012), a aplicação da teoria sinativa do desenvolvimento do bebé examina a progressão desenvolvimental do seu comportamento através de subsistemas interativos (como por exemplo o fisiológico ou o motor). A partir da compreensão das necessidades e capacidades do recém-nascido hospitalizado, cada vez mais se compreende a importância de uma prestação individualizada dos cuidados e procedimentos terapêuticos, que se adegue ao nível de desenvolvimento de cada um em particular.

À luz dos conhecimentos atuais e da informação consultada, esta parece ser a forma mais indicada para proteger o bebé de estimulação exagerada e inadequada e para, simultaneamente, oferecer um nível de estimulação apropriado a cada um dos recém-nascidos, com características e necessidades próprias, individuais e diferenciadas. Assim, sugere-se como tabela orientadora para a observação do recém-nascido na unidade:

Teoria Sinativa do Desenvolvimento: Subsistemas Neurocomportamentais

Subsistema	Sinais de Stress	Sinais de Estabilidade
Autónomo	Instabilidade fisiológica	Estabilidade fisiológica
Respiratório	Taquipneia, pausas, esforço respiratório, suspiro	Respiração estável, suave; padrão e frequência regulares
Cor	Marmoreada, vermelhidão, escura, pálida ou acinzentada	Rosada, estabilidade da coloração
Visceral	Soluço, engasgamento, sufocação, bolsar, gemido e esforço como se fosse ter uma dejeção, tosse, espirros, bocejos	Ausência de soluços, bolsar ou engasgamento, etc.
Motor	Tónus inconstante; falta de controlo do movimento, atividade e postura	Tónus consistente; melhor controlo do movimento, atividade e postura
Flacidez	Tronco com baixo tónus; flacidez, flexibilidade das extremidades superiores e inferiores; mandíbula descaída (boca aberta)	Tónus consistente e adequado à idade corrigida Postura bem mantida
Hipertonía	Extensão dos membros superiores ou inferiores, membros superiores em extensão com os dedos espalmados, dedos rígidos e em extensão, arqueamento do tronco, hiperextensão do pescoço	Movimentos suaves e controlados
Atividade hiperflexiva	Tronco em hiperflexão, hiperflexão das extremidades, punhos cerrados; contorção; agitação difusa ou pouca ou sem atividade ou capacidade de resposta	Estratégias motoras de autorregulação bem sucedidas
Estado	Estado comportamental desorganizado	Estado de alerta calmo e focado, sono bem estruturado
Sono	Choramingar, espasmos, respiração irregular, agitação, fâcias com aparência de inquietação	Estados de sono claros e bem definidos; períodos de tranquilidade, sono reparador
Acordado	Olhar vidrado e desfocado, olhar com expressão preocupada ou aflita, hiperalerta ou com pânico aparente, olhar itinerante, choro, evita o olhar fixo ou fecha os olhos, irritabilidade, períodos de vigília prolongados, desconsolo, frenesim; Mudanças rápidas ou abruptas de estado	Alerta com brilho, olhar cintilante; atenção focalizada no objeto ou pessoa; expressão animada; Choro robusto; Bem, calmo, consolado; Cheio de mudanças suaves entre estados, vários estados de sono-alerta
Outros estados comportamentais relacionados e atenção-interação	Esforço para dar atenção e interagir com os estímulos ambientais, o que motiva sinais de stress e desorganização funcional do subsistema	Sensível a estímulos auditivos, visuais e sociais
Autónomo	Instabilidade fisiológica de diferentes graus, com respostas autonómicas, respiratórias, de coloração e viscerais	Sensíveis a estímulos mantidos e prolongados
Motor	Tónus flutuante, aumento da atividade motora; se a estimulação continua vai de estado de atividade frenética a difusa	Procura ativa de estímulos auditivos, atividade motora mínima

Estado	Olhar itinerante, desviar o olhar, olhar vidrado sem foco ou expressão, expressão de pânico; choro fraco; cara-de-choro; irritabilidade Olhos fechados Mudanças bruscas de estado Sinais de stress quando se apresentam mais do que um estímulo de cada vez.	Expressão brilhante no olhar, alerta e expressão atenta Estado de alerta e vigília sustentado Mudança suave de atenção para mais do que um tipo de estimulação
<p>Autorregulação – Esforço da criança para alcançar, manter ou recuperar um estado de estabilidade e relaxamento, de integração e funcionamento do subsistema. O sucesso desse esforço varia de criança para criança e depende da maturidade, habilidades de autorregulação disponíveis e organização global do subsistema.</p> <p>Exemplos de estratégias autorreguladoras incluem:</p> <p><i>Motor</i> – estimulação de um pé contra um ninho de fronteira ou cobertor, segurar a mão, apertar as duas mãos em conjunto, levar a mão à boca ou rosto, agarrar o cobertor, tubos, aconchegar o tronco, sucção mudança de posição.</p> <p><i>Estado</i> – diminuir o estado de grande excitação para um alerta silencioso ou estado de sono; libertam energia pelo sono, choro intenso, atenção orientada e focada.</p> <p>Facilitação por parte dos cuidadores – modificações ambientais ou das técnicas de cuidados para o desenvolvimento ajudam a criança na autorregulação das suas habilidades quando os desafios do meio ambiente superam as suas capacidades.</p>		
<p>Fonte: HOCKENBERRY E WILSON (2014) – Modificado de Als H. (1982)</p>		

(Documento existente na unidade, intitulado “Teoria Sinativa do Desenvolvimento – Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento)

Relativamente ao NIDCAP, este programa foi também criado por Als (no ano de 1984) e existem atualmente disponíveis várias formações nesta área, no sentido de aumentar o número de profissionais qualificados para a sua aplicabilidade no contexto da prática clínica. Este programa, tal como refere Santos (2011), foi criado numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no recém-nascido, uma vez fora do útero materno e por isso num ambiente novo, desconhecido e estranho. Este, sugere que a observação detalhada e atenta do comportamento do recém-nascido parece ser o melhor guia para os profissionais promoverem de forma continuada cuidados individualizados e de suporte adaptados ao seu desenvolvimento.

Este, foi um programa que pessoalmente me cativou e chamou à atenção, embora não existam enfermeiros com formação específica neste âmbito a desenvolver a sua atividade profissional na unidade. A meu ver, e tal como corrobora Santos (2011), a sua integração nas UCIN’s acarreta inúmeros benefícios, de entre os quais a redução de complicações iatrogénicas relacionadas com o ambiente hospitalar, a confiança dos pais e até mesmo a satisfação dos profissionais de saúde.

Efetivamente, este é um modelo que envolve treino e educação específica, assente na premissa de que cada registo clínico, baseado na observação detalhada do recém-nascido, interpreta o significado do seu comportamento no contexto da situação clínica e da etapa de desenvolvimento, dos desejos, preocupações e dúvidas da família, assim como das capacidades de interação social dos profissionais da saúde da UCIN e do ambiente físico da mesma.

Assim, considero que esta pesquisa e a forma como consegui mobilizá-la para a componente prática deste ensino clínico me permitiu desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cuidando do recém-nascido e da sua família em situações de especial complexidade, fazendo a gestão diferenciada do seu bem-estar, otimizando as suas respostas e providenciando cuidados promotores de ganhos em saúde, recorrendo a informação baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Também conforme Hockenberry e Wilson (2014), o recém-nascido exige uma observação minuciosa e competente, que garanta uma adaptação satisfatória à vida extrauterina. Uma área importante de avaliação incide precisamente na observação do comportamento do bebé, uma vez que este é essencial para que seja possível moldarmos a nossa atuação, de forma a perturbá-lo o menos possível, assegurando que o respeitamos integralmente, prestando-lhe cuidados de qualidade. Assim, a compreensão das duas abordagens exploradas no decorrer deste trabalho, não só me sensibilizou para a importância de observar atentamente o recém-nascido, como me forneceu ferramentas para o realizar de modo competente e fundamentado, perspectivado cada bebé como sendo único e inigualável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cheio, C.N. (2015). *Teoria Sinativa do Desenvolvimento – Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento*. Documento fornecido na UCIN. [REDACTED]: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
- Cheio, C.N. (2016). *Promoção do Desenvolvimento Infantil* (Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em: 20/10/2018. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/...14/.../RELATÓRIO%20CLÁUDIA%20pdf%20FINAL>
- Diaz, Z.M. (2012). *Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa Unidade de Neonatologia* (Dissertação de Mestrado em Educação Especial - Área de Especialização em Intervenção Precoce). Minho: Universidade do Minho, Instituto de Educação. Acedido em: 20/10/2018. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/21003>.
- Ditz, E. & Malloy-Diniz, L.F. (2006). Neonatal Pain and Neuropsychological Development. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(3), 266-270. Acedido em: 19/10/2018. **Doi:** 10.1097/AJP.0000000000000114.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados....*NASCER E CRESCER – Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(1), 26-31. Acedido em: 20/10/2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (Nº133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 20/10/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.

APÊNDICE XVI: PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A B. é uma bebé nascida no dia 30/07/2018, admitida no serviço vinda da sala de partos por prematuridade e extremo baixo peso.
 Gestação de vinte e cinco semanas mais quatro dias; vigiada e sem intercorrências a registar.
 Mãe de 32 anos, internada no [REDACTED] no dia 27/07 por ameaça de parto pré-termo. Índice obstétrico 0/0/0/0.
 Peso à nascença 850gramas. Índice de Apgar 6-9.

O seguinte plano de cuidados perspetiva o binómio criança-família e foca-se no levantamento de diagnósticos de enfermagem relacionados apenas com o conforto do recém-nascido e dos pais e a ocorrência da transição para a parentalidade, dificultada pela necessidade de hospitalização do recém-nascido.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de desequilíbrio na temperatura corporal r/c prematuridade.

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que a B. se mantenha normotérmica.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar adequada e atentamente a temperatura periférica do recém-nascido, bem como a temperatura da incubadora. • Privilegiar a região hepática para colocação do termómetro no bebé, variando com frequência o local da pele com que este fica em contacto (para evitar lesões de pressão). • Gerir a temperatura e a humidade da incubadora consoante as necessidades do bebé. • Vigiar alterações comportamentais ou fisiológicas que possam indicar distúrbios na temperatura corporal do recém-nascido (por exemplo choro ou taquicardia, respetivamente). • Garantir que, sempre que o recém-nascido é retirado da incubadora, é coberto com mantas (de forma a evitar variações bruscas de temperatura). • Assegurar que o bebé não fica sobreaquecido com mantas ou peças de roupa excessivas. 	Não se registaram episódios de desequilíbrio da temperatura corporal.

Diagnóstico de Enfermagem: Conforto comprometido r/c procedimentos e manipulações recorrentes m/p períodos de agitação e/ou desorganização.

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Que a bebé permaneça tranquila e confortável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o recém-nascido, mantendo limites, alinhamento corporal, membros inferiores e superiores fletidos e privilegiando a posição mãos-boca. • Utilizar movimentos suaves ao manipular o recém-nascido. • Manter a capa de proteção da incubadora colocada sempre que possível, de forma a proporcionar um ambiente com luminosidade reduzida. • Falar com o recém-nascido com um tom de voz harmonioso. • Conter o bebé com as duas mãos, fazendo-o sentir-se seguro; utilizar os dispositivos disponíveis na unidade (como ninhos, “frogs”, mantas ou fitas para contenção). • Minimizar as manipulações ao recém-nascido (conjugando vários cuidados num mesmo momento sempre que possível). • Respeitar os ciclos de sono do bebé. • Proporcionar e estimular a presença dos pais junto ao bebé. • Preparar o recém-nascido antes da realização de qualquer procedimento: <ul style="list-style-type: none"> - Acordar lentamente o bebé antes de o manipular. - Administrar sacarose para tranquilizar o recém-nascido em procedimentos dolorosos. - Manter o bebé aninhado e contido sempre que possível. 	<p>Sempre que a B. se demonstrou desorganizada ou agitada, a realização das intervenções anteriormente descritas permitiu acalmá-la, deixando-a aparentemente confortável.</p>

Diagnóstico de Enfermagem: Medo r/c fragilidade do recém-nascido m/p ansiedade e dificuldade dos pais na prestação de cuidados ao bebê.

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que os pais da B. ultrapassem o medo e adquiram confiança e segurança na prestação de cuidados à bebê.	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecer os pais de forma clara, concisa e consistente, fornecendo informação adequada e ajustada aos seus conhecimentos e necessidades.• Incentivar os pais a participar nos cuidados prestados ao bebê sempre que possível.• Estimular o aumento da autoconfiança dos pais, dando-lhes oportunidade de se envolverem nos cuidados, capacitando-os para o autocuidado.• Proporcionar suporte emocional.• Demonstrar disponibilidade para esclarecer e apoiar os pais, explorando os seus receios e dúvidas.• Dar a conhecer aos pais reuniões de grupo de apoio (estas, reúnem pais de bebês que já estiveram internados na unidade e pais que estão atualmente a vivenciar esta experiência) → existem no serviço mensalmente e pretendem encorajar a partilha de experiências, de forma a diminuir o stress vivenciado pelos pais que passam por esta experiência neste momento.	Foi possível envolver os pais nos cuidados (possibilitando a sua participação em momentos como a mudança da fralda ou a alimentação).

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de maternidade ou paternidade comprometida r/c hospitalização do recém-nascido.

Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Que, ao longo do internamento, os pais da B. desenvolvam o seu papel parental de forma positiva com a bebé.	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar o serviço aos pais de forma simples e clara, acolhendo-os na unidade de forma completa e adequada.• Promover o estabelecimento precoce do vínculo entre os pais e o bebé, incentivando a amamentação, o toque e o contacto pele com pele (se possível).• Perspetivar os pais como parceiros no cuidar, salientando a sua importância junto dos mesmos e estimulando-os a compreender os benefícios da sua permanência junto do bebé.• Oferecer um diário onde os pais podem registar todas as mudanças e progressos do recém-nascido.• Encorajar os pais a celebrar todas as conquistas e progressos do recém-nascido.	Os pais da B. estão a realizar a transição para a parentalidade de forma aparentemente positiva, demonstrando vontade e capacidade para desempenhar o seu papel.

**APÊNDICE XVII: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “CUIDAR EM
NEONATOLOGIA: BEBÉ REAL VS BEBÉ IMAGINÁRIO”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

**CUIDAR EM NEONATOLOGIA: BEBÉ REAL VS BEBÉ
IMAGINÁRIO**


ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA



Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa

setembro, 2018

A elaboração da presente análise crítico reflexiva surge integrada no ensino clínico que me encontro atualmente a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) ■■■

Este ensino clínico, parte integrante do terceiro semestre do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, constitui o meu primeiro contacto com a área da neonatologia. De facto, nem no meu percurso académico anterior nem em qualquer momento da minha experiência pessoal e/ou profissional, tinha tido a possibilidade de conhecer este contexto, cingindo-se tudo aquilo que sei à componente teórica lecionada nas aulas acerca desta temática.

Assim, este estágio permitiu-me o confronto com uma nova realidade, repleta de desafios técnicos, científicos, psicológicos e emocionais. Efetivamente, e tal como afirmam Santos et al (2012), embora a UCIN seja um cenário familiar para os profissionais de saúde que lá trabalham diariamente, para os pais ou outros elementos externos, pode parecer um ambiente hostil e pouco acolhedor, desencadeando sentimentos e reações desagradáveis como tristeza, ansiedade, angústia e, principalmente medo.

Ao entrar na UCIN pela primeira vez, e embora tivesse uma noção teórica daquilo que iria encontrar, eu própria me senti surpreendida e desorganizada naquele ambiente, cujo primeiro impacto foi grande. Sendo este um contexto novo e totalmente diferente daquele em que realizo a minha prática profissional, confesso que senti necessidade de gerir algumas emoções a nível pessoal e profissional, entre elas o medo de prestar cuidados a recém-nascidos tão pequeninos e frágeis. Confesso que fiquei bastante espantada, e inicialmente apreensiva, com o tamanho e peso de grande parte dos recém-nascidos, com as situações instáveis e débeis em que estes se encontram e com todo o “arsenal” científico e tecnológico que os rodeia.

Assim, e tal como corroboram Lohmann et al (2017), imagino que, para os pais, o impacto do internamento do recém-nascido na UCIN seja enorme, despoletando uma panóplia de emoções complexas de gerir. De acordo com os autores, enquanto por um lado os pais percebem que o bebé tem à sua disposição os mais avançados recursos para poder ser cuidado da melhor forma possível, por outro sentem medo e desespero por se depararem com o seu filho nesta situação delicada, sentindo-se impotentes, desamparados e confusos perante o sucedido; perante a instabilidade e o internamento do bebé que eles próprios, ao longo da gravidez, idealizaram e imaginaram saudável e perfeito.

De acordo com Ferrari, Piccini e Lopes (2007), durante a gravidez, para além de ocorrer o crescimento físico do feto, desenvolve-se também a construção de uma imagem mental do

bebé que está para vir, bem como da ideia de ser mãe e pai. Assim, esta acaba por se tornar um período recheado de expectativas em relação ao bebé que irá nascer. No entanto, nem sempre estas expectativas vão de acordo àquele que, após o nascimento, é o bebé real; aquele que efetivamente nasceu e que os pais tiveram a oportunidade de visualizar fora da barriga da mãe. Quando existe esta discrepância entre o bebé imaginário e o bebé real, surge a necessidade de adaptação por parte dos pais perante esta situação, delicada e inesperada.

Tal como corroboram Fernandes et al (2014), a preparação do nascimento de um filho constitui, por norma, um momento recheado de alegria e emoção na vida de um casal. Assim, a notícia de que o filho idealizado não nasceu conforme o previsto é um choque complexo e devastador para a família. Posto isto, o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar é importante, sendo fulcral no processo de desenvolvimento do recém-nascido e na aquisição e desenvolvimento do papel parental. Neste contexto, é função do enfermeiro apoiar e esclarecer a família (utilizando informação clara, pertinente e adequada sobre o estado do bebé e a sua hospitalização), de forma a facilitar a gestão das suas emoções e receios, promovendo um cuidado adequado, quer para os pais, quer para o bebé (binómio que deve ser perspectivado pelo enfermeiro como indissociável).

De acordo com o estudo realizado por Chagas (2014), quanto maior a diferença entre o bebé imaginário e o bebé real, maiores as dificuldades sentidas pelos pais na realização da transição para a parentalidade. Nestas situações, é comum os pais sentirem-se assustados, inseguros e pouco confiantes na adoção do seu papel. Assim, torna-se emergente que o enfermeiro consiga ajudá-los a ultrapassar este momento da melhor forma, capacitando-os e aumentando a sua autoconfiança na prestação de cuidados ao bebé.

Fleck e Piccinini (2013) confirmam esta ideia e reforçam ainda que o confronto entre o bebé imaginário e o bebé real pode ser bastante intenso e perturbador para os pais; assim, estes precisam de realizar o luto do bebé imaginário, de forma a construírem precocemente um vínculo com aquele que é o bebé real. Só se o conseguirem fazer, a perda do bebé imaginário pode abrir caminho para que os pais introduzam no bebé real os seus desejos e esperanças.

A meu ver, este ensino clínico permitiu-me desenvolver competências precisamente neste âmbito, possibilitando-me prestar cuidados centrados na criança e família, negociando sempre que possível o envolvimento dos pais no processo de cuidar. Neste contexto, tive ainda a oportunidade de integrar na minha prática clínica estratégias motivadoras da família para a adoção do seu papel de forma adequada, comunicando com esta de forma constante e

ajustada às suas necessidades e proporcionando-lhes conhecimentos e aprendizagens importantes.

Para além destas, desenvolvi ainda outras competências do enfermeiro especialista que considero fulcrais em momentos complexos como estes, nomeadamente ao promover de forma constante e consistente a vinculação entre os pais e o recém-nascido, avaliando o desenvolvimento do papel parental e estimulando sistematicamente estratégias para promover o contacto físico entre os pais e o bebé e perspectivando os pais como parceiros no cuidar, integrando-os e fazendo-os sentir seguros, confiantes e, acima de tudo, pais!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chagas, C.S. (2014). *Bebê imaginário vs. bebê real: Qual a influência na percepção materna dos comportamentos do recém-nascido e no nível de confiança nos cuidados a prestar ao bebê?* (Dissertação de Mestrado, Mestrado Integrado em Psicologia – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica). Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Acedido em 2/11/2018. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/18233>.
- Fernandes, A. et al (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60. Acedido em: 2/11/2018. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.
- Ferrari, A.G.; Piccinini, C.A. & Lopes, R.S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305-313. Acedido em: 2/11/2018. **Doi:** 10.1590/S1413-73722007000200011.
- Fleck, A. & Piccinini, C.A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia*, 40, 14-30. Acedido em: 2/11/2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942013000100003.
- Lohmann, P.M. et al (2017). O ambiente de cuidado em UTI neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde. *Revista Destaques Académicos*, 9(3), 34-43. Acedido em: 2/11/2018. **Doi:** 10.22410/issn.2176-3070-v9i3a2017.1328.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (Nº133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 2/11/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.
- Santos, L.M. et al (2012). Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 788-794. Acedido em: 2/11/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/11>.

**APÊNDICE XVIII: FOLHETO INFORMATIVO “COMO TORNAR O
INTERNAMENTO MAIS FÁCIL PARA SI E PARA O SEU BEBÉ?”**

OUTRAS SUGESTÕES...



Extraia leite materno e entregue-o à equipa para que seja armazenado e utilizado para alimentar o seu bebé!

(pode solicitar um kit para extração de leite junto da equipa)

Traga alguns objetos para personalizar a incubadora/berço do seu bebé (por exemplo fotografias, desenhos dos irmãos...).

Traga uma fraldinha de pano ou outro objeto com o seu cheiro para colocar junto ao bebé!

Faça uma capa de tecido para a incubadora do seu bebé (esta deve ser lisa na parte interior e preferencialmente ter uma cor escura; no lado exterior pode colocar os bonecos e as cores que quiser)!

Tire fotografias e faça vídeos do seu filho sempre que quiser.

Traga roupas próprias para o seu bebé!

Faça um diário onde regista a evolução do seu bebé e todos os marcos importantes!

Procure ajuda em grupos de pais de crianças que estiveram internadas na unidade. A partilha de experiências pode ajudá-lo a sentir-se melhor!

Elaborado por: En^ª Maria Hogan Teves de Almeida (Estudante do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde)

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Referências Bibliográficas:

Tamez, R.N. (2013). Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

<http://www.soc-prematuros.com/>

<http://www.spneonatalogia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/>

[REDACTED]
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

COMO TORNAR O INTERNAMENTO MAIS FÁCIL PARA SI E PARA O SEU BEBÉ?



SETEMBRO, 2018

ANTES DE MAIS, PARABÉNS!



Se o seu bebé está internado neste serviço é porque precisa de vigilância e de alguns cuidados especiais.

Contamos consigo para cuidar dele e, juntos, o deixarmos o mais confortável possível!



O QUE PODE FAZER PARA AJUDAR O SEU BEBÉ?

- ✓ Antes de tocar no bebé lembre-se sempre de realizar a desinfeção das mãos e retire pulseiras, anéis, relógios ou outros objetos que tenha colocados.

- ✓ Fale com o seu bebé com um tom de voz suave e harmonioso (caso se sinta confortável, pode cantar para ele ou ler-lhe uma história).

...ele reconhece a sua voz!

- ✓ Evite movimentos bruscos, luminosidade excessiva ou ruídos intensos.

- ✓ Utilize as suas mãos para o conter, aninhando-o.

...ele vai sentir-se mais seguro e protegido!

- ✓ Respeite os ciclos de sono do bebé.



- ✓ Sempre que possível, participe nos cuidados prestados (por exemplo na mudança de fralda, no banho ou na alimentação).

- ✓ Não tenha receio de tocar no bebé, mas respeite-o sempre e nunca force o toque – por vezes ele pode apenas precisar de descansar e não querer ser estimulado!

...não significa que não goste dos seus mimiños!

- ✓ Ofereça a chucha ao bebé (se o achar agitado, pergunte à equipa de enfermagem se lhe pode colocar uma gotinha de sacarose).

...ele pode ficar mais calmo com um docinho!

- ✓ Se o seu bebé tiver condições clínicas para ir ao seu colo ou realizar o método canguru, pergunte às enfermeiras se o pode fazer!

...ele vai gostar de se sentir junto a si!



**APÊNDICE XIX: “MEDALHAS” COMEMORATIVAS DOS PROGRESSOS DO
RECÉM-NASCIDO**

PARABÉNS!



JÁ TENHO UM MÊS!

PARABÉNS!



JÁ TENHO UM MÊS!

PARABÉNS!



JÁ TENHO UM QUILO!

PARABÉNS!



JÁ TENHO UM QUILO!

PARABÉNS!



**JÁ CONSIGO COMER SEM
A SONDA!**

PARABÉNS!



**JÁ CONSIGO COMER SEM
A SONDA!**

PARABÉNS!



**JÁ PASSEI PARA UM
BERÇO!**

PARABÉNS!



**JÁ PASSEI PARA UM
BERÇO!**

APÊNDICE XX: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “A MORTE DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

**A MORTE DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**


ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA



Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa

setembro, 2018

A elaboração da presente análise crítico reflexiva surge no âmbito do ensino clínico que me encontro atualmente a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) ■■■

Este, é um serviço que abrange recém-nascidos com idades compreendidas entre os zero e os vinte e oito dias de vida, recebendo bebés vindos diretamente do bloco de partos, transferidos de outros hospitais ou vindos do domicílio (em situações especiais que assim o justifiquem, tal como a que será de seguida apresentada).

No dia dezoito de setembro, dirigi-me ao serviço para realizar turno da tarde; ao entrar na sala dos cuidados intensivos, deparei-me com um recém-nascido dentro de uma incubadora rodeada de médicos, enfermeiros, monitores constantemente a alarmar e aparelhos de ecografia e de raio-x. Apercebi-me que se tratava de um bebé que tinha acabado de dar entrada no serviço e que se encontrava instável. Este, era um recém-nascido com quinhentos e cinquenta e cinco gramas, trazido para o serviço após um parto no domicílio, com o apoio da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e do Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), que tinham sido acionados após o nascimento de um primeiro gémeo (que já se encontrava sem vida aquando da chegada dos meios de emergência médica ao local). Tratava-se então de uma gestação gemelar, mal vigiada, estimada em vinte e seis/ vinte e sete semanas; sem registos de ecografias no boletim da grávida e apenas com duas consultas realizadas. O segundo gémeo (transportado então para a unidade), foi entubado logo após o nascimento e submetido a massagem cardíaca e a colocação de cateter umbilical venoso; fez adrenalina, surfactante pulmonar, vitamina K e bólus de glicose.

A mãe (com a qual não tive a oportunidade de contactar diretamente) foi também transportada para o ■■■ e encontrava-se clinicamente estável.

Já na unidade, o recém-nascido foi conectado ao ventilador e cumpriu ainda concentrado de eritrócitos, ampicilina, gentamicina, vancomicina e citrato de cafeína. No entanto, por se manter sempre muito instável e em risco de morte iminente foi realizado o ato de batismo de urgência no serviço (situação a que nunca tinha tido a oportunidade de assistir). Este processo foi realizado por uma médica neonatologista que se encontrava a acompanhar o bebé desde o momento da entrada. Segundo a norma existente no serviço, qualquer pessoa batizada pode, em situação de urgência (na qual não exista tempo disponível para pedir o apoio do capelão), realizar um batismo informal. Assim, foi escolhido um nome para o recém-nascido (uma vez que desconhecíamos aquele que viria a ser o seu verdadeiro nome) e foi realizado o batismo, derramando um pouco de água sobre a testa do recém-nascido.

O bebé acabou por falecer cerca das 19h45, sem a presença de nenhum familiar no serviço. Momentos antes, tinham estado presentes o pai e a avó materna da criança, que foram informados da gravidade da situação clínica. Após declarar o óbito, a equipa médica foi informar a mãe e o pai do bebé do sucedido, não tendo nenhum deles querido deslocar-se à unidade.

Esta situação, complexa e delicada, estimulou então a minha reflexão acerca dos cuidados prestados a este recém-nascido e à sua família na unidade, nomeadamente no que concerne ao conforto do bebé naquelas que foram as suas únicas e últimas horas de vida e ao apoio dos pais na vivência do processo de luto, tendo em conta que o contacto com estes foi escasso (no caso do pai e da avó) ou até mesmo nulo (no caso da mãe). Durante todo este processo, dois elementos da equipa médica deslocaram-se ao piso onde se encontrava internada a mãe do bebé, para que lhe fosse explicada a situação clínica da criança. Nesta altura, foi questionado à mãe se queria ver o bebé; no entanto, esta ainda se encontrava muito transtornada com tudo o que se tinha passado e acabou por recusar deslocar-se à unidade ou ver a criança, caso a levássemos até ela. Segundo a equipa médica, referia apenas querer ir-se embora, dizendo “já perdi tudo o que tinha a perder e não quero estar aqui”.

Tal como refere Silva (2010), a morte de um bebé constituiu sempre e, inevitavelmente, uma experiência traumática e dramática. Esta, dificilmente é aceite até mesmo pelos próprios médicos e pelos restantes profissionais de saúde (cujo objetivo é prestar cuidados que permitam salvar a vida da criança). Efetivamente, tenho a perceção de que todos os esforços possíveis foram feitos no sentido de manter a vida do recém-nascido, infelizmente sem sucesso. Assim, surgiu uma situação difícil e complexa, desencadeada pela perda do bebé e que exige uma boa comunicação com os pais e restantes familiares, que neste caso específico se encontrou bastante comprometida devido ao facto de estes não se encontrarem junto da equipa.

De acordo com a investigação realizada por Silva, Valença e Germano (2010), perante a morte de um recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos neonatais a equipa de profissionais de saúde vivencia sentimentos de perda, tristeza e compaixão. A meu ver, e tendo sido esta a primeira vez que experienciei de perto uma situação destas, estes são sentimentos que se enquadram naquilo que eu própria senti. Enquanto principal dificuldade destaco o facto de conseguir gerir interiormente estas emoções, de forma a prestar cuidados com o máximo de profissionalismo aquele bebé e aqueles pais (que aparentemente adotaram uma postura de “afastamento” nesta fase inicial).

Tal como corroboram ainda Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli (2013), a morte de um recém-nascido antes ou logo após o nascimento (como foi o caso deste bebé), constitui uma quebra no ciclo natural da vida, interrompendo os sonhos, as esperanças e as expectativas que normalmente são depositadas na criança que está para nascer. Assim, é natural que os pais tenham que ter espaço para vivenciar um processo de luto, inevitavelmente complexo e doloroso [descrito por Almeida, Moraes e Cunha (2016), como um processo em que os pais têm que gerir as emoções relativas a um passado de construção de sonhos, à frustração e sofrimento do presente e à incerteza do futuro)].

De acordo com os estádios deste processo, descritos por Kubler Ross (1969) e apresentados por Lopes et al (2017), o luto inicia-se por norma com a fase de negação, seguindo-se depois a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. Embora estas fases não sejam obrigatoriamente estanques e sequenciais, é então possível compreender que, provavelmente (e analisando os poucos dados que obtive relativamente à sua postura) esta mãe se encontrava ainda em fase de negação/raiva, necessitando de apoio para conseguir vivenciar e ultrapassar estas fases de forma adequada. Na minha perspetiva, este aspeto acaba também por justificar, em certa parte, o facto de a mãe não querer permanecer no hospital nem querer pensar em ver o bebé, tentando evitar a realidade nesta fase tão precoce.

De facto, enquanto profissionais de saúde temos que ter em conta que toda esta situação ocorreu de forma inesperada, rápida e trágica; assim, é importante dar tempo e espaço aos pais para que possam refletir sobre ela e iniciar o seu próprio processo de luto (tanto do bebé que foi transferido para a unidade como daquele que teve morte imediata após o nascimento).

Neste sentido, existem alguns procedimentos efetuados no serviço que julgo serem pertinentes e que podem ser úteis para, numa fase posterior, apoiar estes pais na vivência do luto, conforme os seus desejos e necessidades individuais e específicas. Neste contexto, destaco o facto de a equipa de enfermagem, durante a prestação de cuidados pós-morte, elaborar um cartão com as pegadas do bebé (para que os pais, se assim desejarem, possam guardar para recordação).

Para além disso, é-lhes ainda dada a possibilidade de verem o recém-nascido, passarem algum tempo com ele e colaborarem nos cuidados pós-morte (sendo que, como descrito anteriormente, neste caso os pais optaram por não o fazer). É ainda guardada a pulseira de identificação do recém-nascido, para ser também entregue aos pais caso estes manifestem essa vontade.

Neste caso específico, tudo isto foi feito e, até à data, os pais não voltaram a entrar em contacto com o serviço nem o serviço voltou a conseguir entrar em contacto com os pais.

No entanto, a pulseira do bebê e o cartão com as suas pegadas continuam arquivados na unidade para serem entregues a qualquer momento que sejam solicitados. Tal como refere Tamez (2013), muitos pais pensam que estas recordações do bebê não são necessárias no momento mas, no futuro, eles acabam por procurá-las como sendo uma fonte de alívio para a dor e sofrimento associado à perda.

A meu ver, esta situação fez-me refletir, essencialmente, acerca da complexidade da perda de um recém-nascido e da importância de respeitarmos as formas de luto de cada pessoa em particular, agindo no sentido de apoiar os pais mas não forçando o contacto e tendo sempre em conta os seus desejos e a fase do luto em que estes se encontram. Enquanto enfermeiros, devemos efetivamente demonstrar a nossa disponibilidade e vontade em ajudar, mas respeitando sempre as escolhas do outro e agindo em concordância com as mesmas.

Embora, de acordo com Soares et.al (2013), o envolvimento dos pais nas situações de limitação terapêutica possa ser benéfico, abrindo possibilidade à atribuição de significados face a uma situação de fim de vida e dignificando a vivência da morte do recém-nascido, podendo facilitar posteriormente o processo de luto, é importante que o enfermeiro tenha em conta que, embora possa e deva incentivá-lo, deve acima de tudo respeitar a individualidade e a escolha dos pais em cada situação.

Julgo que esta foi uma situação de carácter crucial para a minha formação e crescimento pessoal e profissional, permitindo-me atuar num contexto para mim totalmente novo e desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, ao cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, mobilizando recursos oportunamente de forma a prestar cuidados em situações de particular exigência. Considero que esta situação me permitiu aplicar conhecimentos e capacidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto e que teve um carácter construtivo ao nível da minha aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F.A.; Moraes, M.S. & Cunha, M.L.R. (2016). Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Journal of School of Nursing*, 50(n.esp), 122-129. Acedido em: 10/11/2018. **Doi:** 10.1590/S0080-623420160000300018.
- Muza, J.C. et al (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (3), 34-48. Acedido em: 10/11/2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15163687201300030003.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (Nº133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 10/11/2018- Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.
- Silva, L.C.S.P.; Valença, C.N. & Germano, R.M. (2010). Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 238-242. Acedido em: 10/11/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000200011&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Silva, L.J. (2010). Luto em neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (6), 281-284. Acedido em: 10/11/2018. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/4317/3212>.
- Soares, C. et al (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4), 318-326. Acedido em: 10/11/2018. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2100/3693>.
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

**APÊNDICE XXI: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “COMPETÊNCIAS PRECOSES
NA ALIMENTAÇÃO ORAL”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

[REDACTED]

Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: [REDACTED]

Lisboa

novembro, 2018

O presente documento surge englobado no contexto do ensino clínico que me encontro atualmente a realizar no âmbito do terceiro semestre do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, mais especificamente da unidade curricular “Estágio e Relatório Final”. Este, decorre no serviço de internamento de pediatria do [REDACTED], serviço este que admite um elevado número de recém-nascidos pré-termo para aquisição de autonomia alimentar. Neste contexto, conheci a versão modificada da escala de observação de competências precoces na alimentação oral (*Early Feeding Skills*), aplicada com bastante regularidade no serviço, com a finalidade de avaliar as competências das crianças prematuras para a alimentação oral (anexo I).

Tal como referem Curado et al (2017), esta constitui um instrumento muito útil, que permite avaliar o momento adequado para o início da alimentação bem como o desempenho da criança durante todo o processo. Assim, a sua aplicação reveste-se de uma importância notória neste contexto de estágio, onde a alimentação oral constitui uma das intervenções mais complexas nos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos, particularmente aos prematuros.

No serviço de internamento de pediatria, tive a oportunidade de aplicar esta escala a diversos bebés e várias vezes aos mesmos bebés, o que me permitiu verificar a sua evolução neste domínio. Para além disso, estas avaliações permitiram-me ajustar a minha intervenção a cada criança em particular, dando resposta de forma individualizada a cada bebé no decorrer da alimentação, o que se veio a revelar fundamental para a sua progressão e obtenção de autonomia alimentar. Antes de proceder à sua aplicação junto dos bebés (sob a orientação da enfermeira orientadora), procedi à leitura do manual de aplicação da escala de observação, disponível no serviço para consulta dos profissionais. Este, define o objetivo da aplicação da escala, ressalva a sua utilidade, define as condições para a sua utilização e descreve de que forma deve ser avaliado cada item da escala, explorando o seu significado.

A sua aplicação constituiu um desafio para mim, permitindo-me ajustar a minha intervenção de forma coesa e fundamentada. De facto, o recém-nascido prematuro, tal como corroboram Lima et al (2014), apresenta frequentemente dificuldades no estabelecimento da alimentação oral, inerentes às suas características fisiológicas e comportamentais e à sua imaturidade anatomofisiológica. Assim, considero que a aplicação deste instrumento de medida de observação assume um carácter crucial para o seu desenvolvimento de competências orais adequadas, seguras e eficientes. Este, pressupõe que devem ser tidos em conta diversos fatores, que não incluem apenas a idade gestacional, a idade corrigida, o peso

do recém-nascido e a sua condição clínica, avaliando ainda outros aspetos de carácter individual e pessoal, próprios, específicos e particulares de cada recém-nascido em concreto.

A partir da sua aplicação, não só refleti acerca da importância da alimentação oral no recém-nascido prematuro e de toda a complexidade de que esta se reveste, como desenvolvi competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do seu ciclo de vida e desenvolvimento, maximizando a sua saúde.

Tal como afirmam Scochi et al (2010), e tal como verifiquei na realidade do contexto de ensino clínico, os prematuros necessitam frequentemente da utilização de sondas oro ou nasogástricas para alimentação entérica até que sejam capazes de se alimentar sem o seu apoio. Esta transição pode ser um período de grande dificuldade, não só para o bebé como também para o binómio bebé/mãe, exigindo apoio e uma intervenção complexa da equipa de enfermagem. É importante apoiar o bebé adequada e fundamentadamente no desenvolvimento, aquisição e/ou consolidação das suas competências orais (utilizando ferramentas como a “*Early Feeding Skills*”), explorando simultaneamente os sentimentos e emoções maternas perante a impossibilidade de amamentar os seus bebés. Embora, sempre que esse seja o desejo das mães, os bebés sejam alimentados com leite materno, muitas vezes estes não têm capacidade suficiente para serem amamentados diretamente no seio materno, sendo o leite administrado através da sonda gástrica.

Aqui, surge também outro foco de atenção na intervenção do enfermeiro. Tal como referem Silva et al (2015), muitas mães sentem-se frustradas, impotentes e pouco úteis perante a impossibilidade de amamentar o bebé, vivendo momentos de angústia e até mesmo de culpabilização perante a situação em que se encontram. Assim, é importante que sejam desmistificadas concepções erradas e que seja prestado apoio emocional às mães, promovendo a extração do leite materno e assegurando que este é administrado ao bebé. Efetivamente, o ato de amamentar é influenciado pelas condições pessoais e reais da vida da mãe e do bebé e, infelizmente, nem sempre a amamentação se torna uma realidade possível e exequível. Assim, e tal como reforçam também Neves e Marin (2013), é importante explorar as experiências negativas e os constrangimentos que vivenciam as mães nestas circunstâncias, apoiando-as de forma a que estas as ultrapassem e estimulando sempre outras estratégias para que estas estabeleçam a vinculação com o bebé e realizem uma transição positiva e saudável para o papel parental. Assim, tive ainda a oportunidade de intervir neste contexto, desenvolvendo competências específicas do enfermeiro especialista, promovendo

a vinculação de forma sistemática, neste caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Curado, M.A.S. et al (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (12), 131-142. Acedido em: 25/11/2018. **Doi:** 10.12707/RIV16070.
- Lima, A.H.; Cortês, M.G.; Bouzada, M.C.F. & Friche, A.A.L. (2014). Preterm newborn readiness for oral feeding: systematic review and meta-analysis. *CoDAS*, 27(1), 101-107. Acedido em: 25/11/2018. **Doi:** 10.1590/2317-1782/20152014104.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (Nº133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 25/11/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.
- Scochi, C.G.S. (2010). Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 540-545. Acedido em: 25/11/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010321002010000400015&lng=pt&nrm=iso.
- Silva, S.M.S. (2015). Sentimentos e vivências maternas associadas ao processo de amamentação. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 9(supl.8), 9343-9351. Acedido em: 25/11/2018. **Doi:** 10.5205/reuol.6812-75590-1-ED.0908sup201502.
- Thoyre, S.M.; Shaker, C.S. & Pridham, K.F. (2007). *Manual for administration of the early feeding skills assessment (EFS)*.

*Tradução de Cláudia Nicolau, Ligia Marques, Silvia Oliveira e Thereza Vasconcellos.

* Revusão Técnica e Científica (2014): Maria Alice Curado, Thereza Vasconcellos e Ligia Gouveia.

ANEXO I – EARLY FEEDING SKILLS

Criança _____ Data _____ Observador _____

OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura flectida c/ mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura flectida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O ₂ > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a tetina toca os lábios no início da mamada	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a tetina do biberão no início da alimentação	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de uma sucção – pausa, Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	Algumas vezes a sucção está organizada	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer longos surtos de sucção (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa. (sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.)	Faz sempre surtos longos de sucção sem sinais de stress	Alguns surtos longos de sucção sem sinais de stress	Sem surtos longos de sucção ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a tetina – não desliza da tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de um clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o "bólus" da sucção – múltiplas deglutições não são necessárias para esvaziar os fluidos para a garganta.	Deglutições únicas para o mesmo bólus	Algumas múltiplas deglutições para o mesmo bólus	Frequentes múltiplas deglutições para o mesmo bólus
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a mamada a saturação de O ₂ estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades; interrompe na maioria das vezes	Não interrompe por si para respirar
15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar

16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal	Adejo nasal esporádico	Adejo nasal frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (elevação do queixo, cabeça para trás, retracção e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequente
21. Alteração da cor durante a alimentação (palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O ₂ abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tónus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a alimentação)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Descritores da Mamada:

% de O₂ antes da refeição _____ durante a refeição _____

Habilidade alimentar: mantida ao longo da refeição melhorou durante a refeição piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não _____ Tipo de tetina usada _____ Duração da refeição (minutos) _____ Volume administrado _____ ml

Posição: Deitado Decúbito lateral Semi-levantado, frente

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoio o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoio a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Recordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoio as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encher a mamar
<input type="checkbox"/> Colocar a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

©2002 revised 9/29/14. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Claudia Nicolau; Ligia Marques; Sílvia Oliveira; Thereza Vasconcellos Revisão Técnica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009)
Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Thereza Vasconcellos; Ligia Marques, (2013).

Página

APÊNDICE XXII: CHECKLIST DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO

TEMÁTICA	REALIZADO				VALIDADO			
	DATA	ENFERMEIRO	DATA	ENFERMEIRO	DATA	ENFERMEIRO	DATA	ENFERMEIRO
ALIMENTAÇÃO								
AMAMENTAÇÃO								
BIBERÕES								
SEGURANÇA								
BANHO								
CÓLICAS/ ELIMINAÇÃO								
INTESTINAL								
SONO								
ADMINISTRAÇÃO DE								
TERAPÊUTICA								
VACINAÇÃO								
SEGURANÇA								
RODOVIÁRIA								
SINAIS DE ALARME								

**APÊNDICE XXIII: GUIA DE APOIO À APLICAÇÃO DA *CHECKLIST* DE
PREPARAÇÃO PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO**

A *checklist* de preparação para a alta do recém-nascido pretende servir de apoio aos profissionais do Internamento de Pediatria, promovendo uma transmissão de informação adequada, clara e concisa, com o objetivo de proporcionar aos pais informação e aquisição de competências, garantindo a sua preparação para cuidar do bebé após a alta.

Esta *checklist* envolve as principais temáticas que devem ser abordadas pela equipa de enfermagem ao longo do internamento, no sentido de preparar adequadamente o momento da alta do recém-nascido desde cedo, capacitando os pais para o cuidar da criança e, conseqüentemente, ajudando-os a adquirir confiança em si próprios, de forma a que se sintam preparados para cuidar do seu bebé em casa com segurança.

Este guia pretende complementar a *checklist*, explorando sucintamente o que deve ser abordado nas diferentes áreas temáticas.

ALIMENTAÇÃO

AMAMENTAÇÃO



Para o sucesso da amamentação, antes de mais é fundamental que a mãe sinta desejo em amamentar o bebé, sendo esta uma decisão pessoal e única, com a qual os pais se devem sentir confortáveis. Embora o enfermeiro deva promover a amamentação, explicando os benefícios do aleitamento materno a todos os pais, é importante que respeite a sua decisão, sem juízos de valor. Se estes optarem por amamentar, devemos apoiar e estimular o sucesso do aleitamento materno.

Para o sucesso da amamentação é importante que:

- A mãe aprenda a segurar a mama e a posicionar o bebé;
- O bebé aprenda uma boa adaptação à mama da mãe, para ter uma sucção eficaz.

A boca do bebé apanha a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sobre ela.

O bebé estica o tecido da mama para fora, formando um longo bico.

O mamilo constitui apenas um terço do bico.

O bebé mama na aréola e não no mamilo.

As bochechas do bebé ficam arredondadas após o movimento de sucção.

O lábio inferior permanece virado para baixo.



- O bebé deve mamar em horário livre, isto é, quando quiser mas não realizando intervalos superiores a 3-4 horas entre cada mamada. Durante as mamadas, é importante verificar se o bebé está a obter leite da mama, não permitindo que este faça da mama uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos ou originar fissuras ou outros problemas que dificultarão a amamentação.
- Quando um bebé começa a ser amamentado, o primeiro leite que obtém é mais rico em água e lactose; à medida que a mamada prossegue, o leite vai tendo cada vez mais gordura. Assim, é importante que o bebé esvazie uma mama em cada mamada; deve primeiro esvaziar uma mama e, se depois disso continuar com fome, é que lhe é oferecida a outra mama. Para além disso, sugar e esvaziar a mama na totalidade é bastante importante para estimular a produção de mais leite.
- É importante que a mãe se alimente bem, ingira bastantes líquidos e evite o stress (que impede a ejeção do leite, que fica assim retido na mama). A mãe deve praticar uma dieta saudável e variada, evitando ingerir grandes quantidades de alimentos que perceba que podem influenciar o bebé (causando-lhe cólicas, alterações cutâneas, entre outras alterações que detete).
- É importante reforçar junto da mãe que:
 - Quanto mais o bebé suga, mais leite é produzido;
 - Durante a noite, é produzida uma maior quantidade de prolactina, pelo que amamentar nesta altura é extremamente importante para manter a produção de leite.

EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO:

Existem alguns momentos em que poderá ser mais fácil para a mãe realizar a extração do leite, nomeadamente → se estiver descontraída e perto do bebé, se passar com o chuveiro ou com água quente na região dos mamilos, se beber uma bebida morna (evitando café, chá preto e cacau) ou se massajar levemente com a ponta dos dedos na direção dos mamilos.



Para proteger o bebé, é importante que o leite materno que é extraído seja sempre conservado em condições adequadas; existem sacos de plástico esterilizados para o efeito ou

este pode ainda ser guardado em biberões esterilizados. É importante alertar a mãe para a importância de identificar sempre o leite que retirou com a data e hora respetiva.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA			
LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máx.	LEITE CONGELADO	Tempo máx.
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máx.	No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias	Na arca frigorífica(-19°C ou + baixo)	+6 meses
Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*	DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máx.
* Se temp. >5°C depois 3.º dia. consumir 6 h seguintes		Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
		Descongelado fora do frigorífico	Imediato

Fonte: UNICEF, Manual do Aleitamento Materno (2012)

BIBERÕES

Caso não seja possível o bebé ser amamentado, ou caso os pais optem por não o fazer, é importante realçar que todos os leites artificiais têm que ser prescritos pela equipa médica.

ANTES DE PREPARAR O BIBERÃO É IMPORTANTE...

- Lavar cuidadosamente as mãos;
- Assegurar que o biberão, a tetina e a colher doseadora estão esterilizados.

Se não forem tidos em conta estes cuidados, a contaminação por microrganismos pode causar variadas doenças ao bebé.

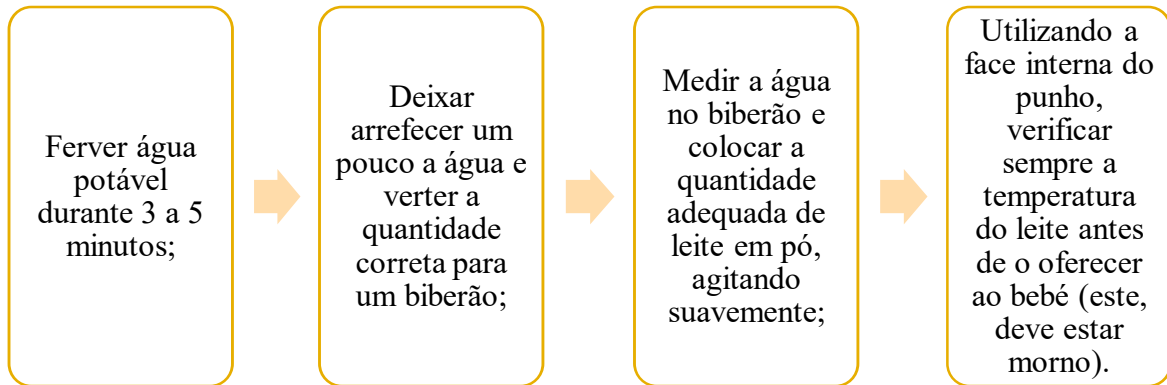


MÉTODOS PARA ESTERILIZAÇÃO:

- **FERVURA**
 - Colocar os biberões, as tetinas, a colher doseadora e qualquer outro utensílio em água a ferver (numa panela utilizada exclusivamente para este efeito), deixando durante cerca de 10 a 20 minutos.
- **ESTERILIZAÇÃO A VAPOR**
 - Exige a utilização de um aparelho próprio;

- Os utensílios a utilizar são envolvidos em vapor de água a uma temperatura de 95-97°C.

COMO PREPARAR O BIBERÃO?



Para cada 30ml de água, adicionar uma colher rasa de leite em pó!

Nunca se deve encher a colher doseadora acima da medida nem pressionar o leite em pó na colher para caber mais.

Se for colocada uma maior quantidade de leite em pó do que a recomendada, o leite ficará demasiado concentrado e isso prejudicará o bebé, causando cólicas; se, por outro lado, colocar leite em pó em menor quantidade, o bebé não receberá todos os nutrientes que devia, o que irá influenciar negativamente o seu crescimento.

É importante não dividir medidas de água e de leite; por exemplo, caso o bebé beba 50ml, devem realizar-se os 60ml de leite utilizando duas colheres rasas de leite em pó, desperdiçando o excesso no final.

SEGURANÇA

A alimentação da criança é um momento privilegiado de interação com a mãe e/ou pai e, portanto, potenciador do estabelecimento de uma relação bidirecional proporcionando um processo de vinculação da criança aos pais, mas igualmente promotor do processo de parentalidade.

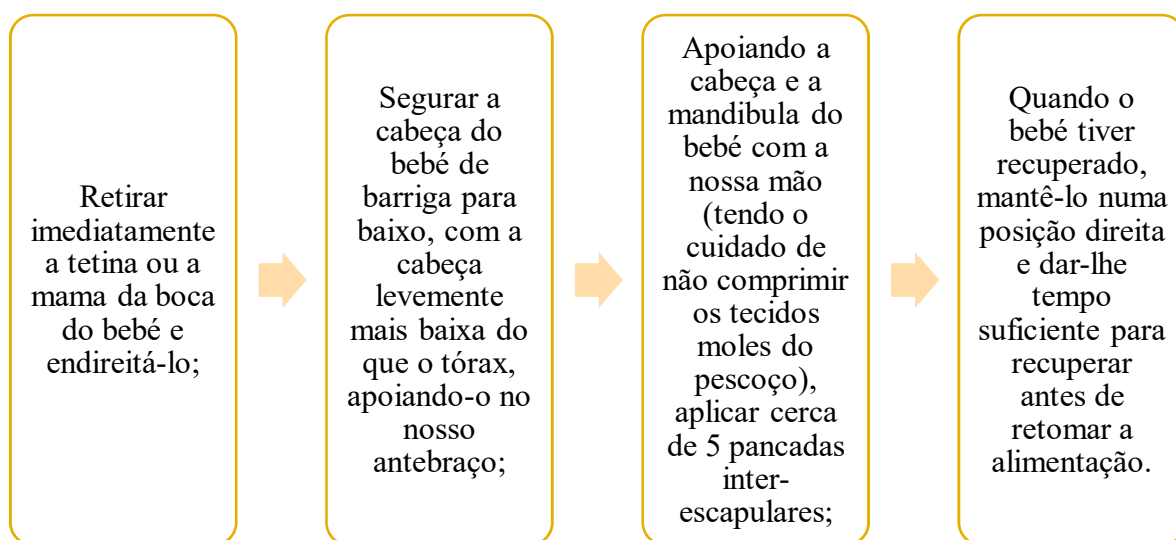
Durante a alimentação da criança é importante que haja uma constante vigilância, nomeadamente em relação a sinais de cansaço e stress (demonstrados pela perda de leite pelas comissuras labiais, sinal “stop” com as mãos, adejo nasal...).

No caso de o bebé ser alimentado por tetina, esta deve estar sempre repleta de leite para que o bebé não engula ar (provocando cólicas) ou, se for uma criança ainda com défice na coordenação respiração-sucção-deglutição, os pais poderão ser ensinados a baixar a tetina para potenciar a aprendizagem do bebé e estimular a sua aquisição de competências nesta área do desenvolvimento.

É também importante que os pais sejam alertados para o fluxo de leite da tetina: deve pingar e não escorrer (para reduzir o risco de engasgamento e perda de leite pelas comissuras labiais).

No caso do aleitamento materno, a mãe deve interromper a mamada se perceber que a velocidade de sucção e/ou o débito de leite é superior à capacidade do bebé para deglutir.

Em caso de engasgamento:



(ver poster já elaborado e afixado no serviço)

BANHO

Relativamente aos cuidados de higiene, é importante salientar não apenas a necessidade de regularidade deste cuidado na medida em que o estabelecimento de rotinas é importante para a regulação dos bebés, mas também o facto de este ser um momento de interação entre a diáde e/ou tríade e permitir um maior relaxamento muscular do recém-nascido.

ANTES DE COLOCAR O BEBÉ NA BANHEIRA...

- Preparar o ambiente (local aquecido, sem correntes de ar);
- Preparar a roupa do bebê (ordenando-a pela ordem pela qual irá vestir o bebê);
- Garantir que reuniu todo o material que precisa para o banho do bebê, deixando-o num local próximo da banheira, com a toalha já aberta para “receber” o recém-nascido após o banho;
- Limpar os genitais do bebê.

AO COLOCAR A ÁGUA NA BANHEIRA...

- Colocar sempre primeiro a água fria e só depois a água quente;
- Verificar a temperatura da água com o seu cotovelo ou com a face interna do punho ou utilizando um termómetro (esta, deve estar a, aproximadamente, 37°C);
- Encher a banheira com a quantidade de água suficiente para chegar ao nível do umbigo do bebê.

APÓS RETIRAR O BEBÉ DA BANHEIRA...

- Secar bem o bebê, sem friccionar a pele e utilizando uma toalha macia; é importante ter especial atenção às pregas cutâneas e aproveitar este momento para verificar a integridade da pele da criança;
- Limpar os olhos do bebê com soro fisiológico e compressas esterilizadas nos primeiros dias de vida (limpar sempre do lado mais limpo para o mais sujo ou, alternativamente, de cima para baixo);
- Aplicar creme hidratante com uma leve massagem;
- Colocar a fralda abaixo do local do coto umbilical (caso este ainda não tenha caído);
- Verificar e garantir que as unhas do bebê se mantêm sempre curtas e limpas; utilizar uma tesoura curva ou, se for mais facilitador, uma lima. As unhas dos pés nunca devem ser cortadas, mas sim limadas, para evitar o seu encravamento.

Não é necessário dar banho diariamente ao recém-nascido.

A hora do banho depende da reação do bebê ao mesmo. Se, após o banho, o bebê ficar mais relaxado então este deve ser dado ao final do dia/ início da noite. Se, por outro lado, o banho for estimulante, deve ser dado de manhã ou ao início da tarde.

NUNCA deixar o bebê sozinho dentro de água ou sem supervisão perto da água.

O banho do bebê não deve ultrapassar os cinco minutos (para evitar que este perca demasiado calor).

CÓLICAS / ELIMINAÇÃO INTESTINAL

As cólicas constituem um problema frequente nos bebês; embora não sejam uma doença, constituem uma situação desconfortável e dolorosa para o recém-nascido. Estas, embora sejam naturais, podem ser preocupantes e assustadoras para os pais, pelo que é importante que estes conheçam algumas estratégias que podem utilizar para minimizar ou aliviar o seu impacto.

As cólicas resultam de uma situação transitória de origem multifatorial:

- Deglutição excessiva de ar;
- Imaturidade gastrointestinal;
- Tensão emocional.

Por norma, manifestam-se por períodos de choro agudo e persistente, sem causa identificável, em crianças saudáveis.

Nestas situações → os pais devem manter uma postura calma e proporcionar medidas de conforto ao bebê.

Colocar o bebê no colo, de barriga para baixo.

Realizar massagem abdominal

- Esta, realiza-se através de movimentos lentos e ritmados (no sentido do trânsito intestinal), utilizando um óleo ou creme hidratante para que as mãos deslizem suavemente, sem atrito.
- Permite tonificar os músculos, facilita o trânsito intestinal e diminui a distensão abdominal.

É ainda importante instruir os pais quanto à vigilância do padrão intestinal do recém-nascido, permanecendo alerta para alterações na coloração, odor, consistência das fezes e frequência das dejeções. É natural que existam algumas diferenças nos bebês que sejam alimentados com leite materno ou leite artificial. Por norma, se o recém-nascido for alimentado única e exclusivamente com leite materno, as fezes são tendencialmente mais moles e grumosas (podendo, por vezes, serem confundidas com diarreia). Já os recém-nascidos alimentados com leite artificial costumam ter fezes mais consistentes e uma maior tendência para a obstipação.

Se o bebê estiver desconfortável ou não evacuar há mais de 24 horas, os pais devem começar por realizar massagem abdominal. Se, mesmo após a massagem, o bebê permanecer desconfortável e sem dejeções, pode precisar de ser estimulado para evacuar (podendo, caso não exista nenhuma contraindicação, fazer um bebegel).

SONO

É importante garantir que os pais têm os conhecimentos necessários para assegurar um ambiente de sono seguro para o bebê, evitando fatores de risco e promovendo fatores protetores.

As atuais recomendações emanadas pela *American Academy of Pediatrics* incluem:

- Colocar o bebê posicionado em decúbito dorsal;
- Assegurar que o recém-nascido dorme sobre um colchão firme, numa cama livre de objetos;
- Manter o bebê a dormir no mesmo quarto que os pais, mas em camas separadas (não colocando gémeos a partilhar o mesmo berço);
- Evitar a exposição do bebê ao tabaco, álcool e drogas ilícitas, quer durante a gravidez quer após o nascimento;
- Incentivar a amamentação;
- Oferecer a chupeta durante os períodos de sono;
- Evitar o sobreaquecimento;
- Manter vigilância pré-natal regular e adequada vacinação do recém-nascido atualizada conforme o Programa Nacional de Vacinação.

Prevenção da Síndrome de Morte Súbita e promoção de um ambiente de sono seguro

É ainda importante que sejam respeitados os ciclos de sono do bebé, permitindo-lhe o descanso adequado para que este consiga repor energia e desempenhar adequadamente a satisfação das suas outras funções vitais, como a alimentação.

(ver poster realizado “Síndrome de Morte Súbita do Lactente: Recomendações para a Prevenção”)

ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

É importante salientar junto dos pais a importância da terapêutica prescrita; portanto, antes de administrar qualquer medicamento, garantir que verifiquem sempre se se trata...

Do
medicamento
correto

Da via de
administração
correta

Da hora
correta

Da dose
correta

Caso se trate de gotas para administração por via oral:

- Não colocar as gotas diretamente na boca do bebé (pelo risco de caírem gotas em excesso/ sobredosagem);
- Colocar a dose correta numa colher, na tetina ou na chucha da criança e oferecer desta forma.

É importante que os pais estejam conscientes da necessidade de comunicar qualquer intolerância ou reação do bebé à terapêutica administrada.

VACINAÇÃO

Tal como consta no Programa Nacional de Vacinação, a vacinação de crianças pré-termo não deve ser adiada, devendo ser cumprida em bebés clinicamente estáveis, independentemente do peso à nascença (com exceção da VHB). A maioria dos bebés pré-termo desenvolve uma resposta imunitária à vacinação suficiente para prevenir a doença.



Sempre que possível, a primeira toma da vacina da hepatite B é realizada ainda em contexto de internamento; as restantes, quer as que constam no esquema vacinal recomendado pela DGS, quer as vacinas extraplano que podem ser recomendadas e prescritas pelo médico, devem ser realizadas no Centro de Saúde.

É importante assegurar que os pais têm consigo o boletim de vacinas do seu bebé e deve ainda ser reforçada junto destes a importância de cumprir o Programa Nacional de Vacinação preconizado pela DGS, devendo o enfermeiro informá-los acerca do *timing* da próxima vacina.

SEGURANÇA RODOVIÁRIA

A criança deve ser sempre transportada no carro com um sistema de retenção adequado ao peso e à idade. É importante que o bebé realize a viagem do hospital para casa já numa cadeira apropriada, devendo o enfermeiro garantir que os pais estão informados neste âmbito.

ARTIGO 55º - CÓDIGO DA ESTRADA

“1 - As crianças com menos de 12 anos de idade e menos de 150 cm de altura, transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso.

2 - O transporte das crianças referidas no número anterior deve ser efectuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:

a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar activada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;

b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.

3 - Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

4 - Nos automóveis destinados ao transporte público de passageiros podem ser transportadas crianças sem observância do disposto nos números anteriores, desde que não o sejam nos bancos da frente.

5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600 por cada criança transportada indevidamente.”

Quadro I

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	=<13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+/I	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT

VT- Voltada para trás BF – Banco da frente (* se não tiver *airbag*)
VF- Voltada para a frente BT – Banco de trás

Fonte: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Atualmente, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomenda a utilização da cadeira do grupo 0+ para o caso dos recém-nascidos. Esta, é indicada para o transporte do bebé desde o seu nascimento até cerca dos 15-18 meses de idade.

Só pode ser colocada voltada para a retaguarda (no sentido contrário ao da marcha do veículo) e deve ser colocada no banco traseiro; se por algum motivo tiver que ser colocada no banco da frente, é importante garantir que o airbag do carro se encontra inativado.

É ainda importante reforçar junto dos pais que a cadeira deverá andar no lugar atrás do banco do passageiro para permitir colocar e retirar a cadeira do lado do passeio sempre que possível.

A criança deve andar nesta cadeira até o mais tarde possível, sendo que o momento de mudar de cadeira surge quando o topo da cabeça do bebé ultrapassa o topo do encosto da mesma.

PORQUÊ ESTE POSICIONAMENTO DA CADEIRA?



O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode sofrer um movimento brusco e com demasiada força mesmo num acidente a baixa velocidade ou até numa travagem mais repentina, podendo resultar em paralisia ou até mesmo morte.

Assim, é importante manter esta posição até o mais tarde possível, idealmente no banco de trás e até aos 3 anos de idade.

A maioria dos sistemas de retenção homologados é concebida e pensada para os recém-nascidos de termo e não está adaptada para o transporte de recém-nascidos prematuros. Estes, têm um menor tónus e controlo cefálico que os bebés de termo e, durante uma colisão frontal ou pela retaguarda, travagens, e mesmo com o atrito normal da condução, a sua cabeça é mais facilmente projetada para a frente e lateralmente, acarretando um maior risco de lesão da coluna cervical. Assim, pode ser necessário colocar proteções na cabeça e laterais em ambos os lados do bebé, de forma que o bebé fique numa posição correta (bem centrado e bem retido na cadeira) – podem ser utilizadas fraldas de pano ou toalhas de rosto por exemplo.

Prematuros com respiração mais instável poderão necessitar de ser colocados numa alcofa homologada para automóvel, pelo menos nos 2 a 3 primeiros meses após a alta hospitalar. Estes, quando sentados numa cadeirinha a 45° adquirirão uma posição mais fletida, o que pode causar compromisso respiratório ou agravamento de refluxo gastroesofágico.

SINAIS DE ALARME

Devem ser explicados aos pais quais as situações em que devem contactar o serviço (fornecendo-lhes o contacto telefónico do mesmo) ou recorrer com o recém-nascido ao hospital.



Assim, é importante que seja explicitada esta necessidade no caso de:

Febre mantida ou que não cede a antipiréticos	Alterações gastrointestinais persistentes (como vómitos e diarreia)	Alterações do estado de consciência	Sinais de dificuldade respiratória	Recusa alimentar mantida
--	---	---	--	--------------------------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Acedido em: 10/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx><https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- UNICEF (2012). *Manual do Aleitamento Materno (Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Roque, S.S.G. (2014). *Preparação dos pais para o cuidar do recém-nascido após a alta: Avaliação dos registos de enfermagem* (Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediatria). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: 25/10/2018. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2542/1/ROQUE%2C%20Sonia%20Sofia%20Gaiola%20-%20DissertMestrado>.
- Sanches, D. et al (2011). *Cuidados na Preparação e Esterilização do Biberão (folheto informativo)*. Vila Nova de Gaia: USF Saúde no Futuro.
- Silva, A.C.F.C. (2006). *Cuidar do Recém-Nascido: o Enfermeiro como Promotor das Competências Parentais* (Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em comunicação em saúde). Lisboa: Universidade Aberta. Acedido em: 25/10/2018. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726>.
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/> (Acedido em: 7/11/2018).

**APÊNDICE XXIV: DIÁRIO DE BORDO (SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE
PEDIATRIA)**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA


DIÁRIO DE BORDO



Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa

outubro, 2018

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste num diário de bordo, elaborado no contexto do ensino clínico que me encontro atualmente a realizar no âmbito do terceiro semestre do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, mais especificamente da unidade curricular “Estágio e Relatório Final”. Este, é um ensino clínico com a duração de seis semanas, que envolvem cento e trinta horas de presença no contexto de estágio, desenvolvendo-se no serviço de internamento de pediatria do [REDACTED]

Tal como afirmam Santos et al (2013), o diário de bordo constitui uma ferramenta importante no processo de aprendizagem, permitindo ao seu autor refletir de forma organizada e estruturada acerca de muitas das experiências vivenciadas num determinado contexto. Assim, optei por utilizar esta ferramenta como forma de descrever e analisar algumas das situações que tive oportunidade de experienciar ao longo deste ensino clínico. Não irei descrever todos os turnos realizados, dando enfoque apenas àqueles em que desenvolvi estratégias, atividades ou qualquer tipo de intervenção direcionada à área temática que me proponho a aprofundar, constituindo o tema do meu relatório final (“Cuidar da criança e família: o papel do enfermeiro enquanto promotor dos cuidados atraumáticos”).

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

CASO I

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED]

Data: 11 de outubro de 2018

Durante a realização do turno da manhã, fiquei responsável (juntamente com a minha enfermeira orientadora) pela prestação de cuidados a um recém-nascido com 25 dias de vida (o A.). Este, tinha sido transferido do serviço de neonatologia, permanecendo internado para aquisição de autonomia alimentar. Embora o bebé já se encontrasse a fazer o treino da alimentação por tetina, ainda era notória uma franca imaturidade nas suas competências oro-motoras, tendo dificuldade em coordenar os reflexos de sucção e deglutição com a respiração e, conseqüentemente, cansando-se muito quando alimentado por tetina, manifestando nestas circunstâncias alguns sinais de dificuldade respiratória (como polipneia, tiragem global e adejo nasal). Neste dia, tinha exteriorizado acidentalmente a sonda gástrica.

Assim, após uma avaliação da situação, foi notória a necessidade de submeter o recém-nascido à colocação de uma nova sonda nasogástrica. Embora o bebé já ingerisse alguma quantidade de leite por tetina, esta não era suficiente para as suas necessidades nutricionais, precisando de um reforço de leite administrado pela sonda.

Numa primeira fase, foi explicado o procedimento aos pais, bem como reforçada a sua importância para uma evolução favorável do seu bebé. Estes, compreenderam e demonstraram-se disponíveis para colaborar, ajudando o bebé neste momento.

Em primeiro lugar, tentámos que o A. fosse despertando lentamente, de forma a que permanecesse acordado para a realização do procedimento. Foi solicitado aos pais que o comessem por destapar lentamente para que, de seguida, o retirassem do berço, oferecendo-lhe colo (e conseqüentemente aconchego) e estimulando-o a manter um estado de vigília através da fala e do toque (falando num tom de voz harmonioso com ele e dando-lhe festas e outras carícias).

Posteriormente, os pais trouxeram o A. até à sala de tratamentos (de forma a evitar que o bebé fosse submetido a um procedimento desconfortável naquela que considera a sua área de conforto – o berço onde se pretende que se sinta seguro e relaxado).

Foi estimulada e incentivada a presença dos pais durante todo o procedimento, pedindo-lhes que fossem conversando com o bebé e que se mantivessem no seu campo visual.

De seguida, foi utilizada uma manta para realizar contenção física do A., posicionando-o atendendo aos princípios promotores do conforto do recém-nascido: mantendo o alinhamento corporal, privilegiando a posição mãos-boca, mantendo os membros superiores e inferiores em flexão e estabelecendo limites ao bebé na tentativa de que este se mantivesse organizado.

Para além de todo o material necessário para o procedimento, preparámos ainda uma seringa com sacarose (tal como se encontra protocolado no serviço).

Durante o procedimento da entubação nasogástrica, foram colocadas gotas de sacarose na chupeta, que foi oferecida ao bebé no sentido de o consolar e tranquilizar ao máximo e promovendo a sucção não nutritiva enquanto estratégia não farmacológica para o controlo da dor.

No final do procedimento, foi estimulado o contacto pais-bebé, dando reforço positivo aos pais por todo o apoio que nos deram durante todo o processo e encorajando-os a acalmar o A.

CASO II

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED]

Data: 17 de outubro de 2018

Durante o turno da tarde, a enfermeira orientadora permitiu-me que ficasse responsável pela prestação de cuidados a uma criança com oito anos de idade (a L.). Esta, encontrava-se internada no serviço por uma amigdalite, com intolerância da administração de antibioterapia por via oral no domicílio (exigindo hospitalização para cumprimento de antibioterapia por via endovenosa).

Pelas 23h, desloquei-me ao quarto da criança para administrar o antibiótico prescrito e, ao verificar a permeabilidade do acesso endovenoso, deparei-me com um acesso não funcionante, que teve que ser removido por seroma e flebite no dorso da mão onde se encontrava o abocath. Assim, surgiu a necessidade de submeter a criança a uma nova punção venosa periférica para prosseguir com a antibioterapia endovenosa.

Antes de mais, foi explicado à L. porque é que era necessário retirar aquele abocath e colocar um novo; esta, imediatamente compreendeu que teria que ser puncionada mais uma vez, ficando chorosa, nervosa e muito ansiosa.

Assim, optei por questionar a criança em relação à forma como tinha corrido a colocação daquele acesso periférico que íamos agora retirar, no sentido de compreender e explorar a sua história da dor, tentando encontrar com a criança mecanismos de defesa e estratégias de

coping que esta se sentisse capaz de adotar. A L. respondeu que tinha doído muito e que lhe tinha feito muita impressão ver e que achava que não seria capaz; referiu ter tido vontade de fugir da cadeira onde estava sentada e perguntou se desta vez poderia ficar no colo da mãe.

Já com a L. um pouco mais calma, embora receosa, fomos até à sala de tratamentos (onde existe um tablet para que as crianças se possam distrair durante alguns procedimentos). A L. sentou-se no colo da mãe e referiu sentir-se mais segura e confortável. De seguida, foi oferecida à L. a possibilidade de escolher o membro superior onde preferia ser puncionada e, após termos decidido o local em conjunto com a criança, foi aplicado um spray de lidocaína para anestesia tópica da pele. Foi explicado à L. que este era um spray que ia fazer com que a pele dela ficasse mais “adormecida” para que não sentisse a dor da picada com tanta intensidade, o que acabou por fazê-la rir e pedir “uma dose reforçada” (SIC).

De seguida, foi oferecido o tablet à L., que escolheu uma das suas músicas preferidas para colocar no *youtube*. Foi-lhe solicitado que tentasse manter o membro superior esquerdo (aquele em que iria ser puncionada) quieto e o mais relaxado que conseguisse mas que, enquanto isto, podia cantar e ver o videoclip no tablet. Para ajudar a L. a relaxar o braço optámos por estabelecer uma analogia com o conhecido jogo do “mão morta, mão morta, vai bater àquela porta”.

Após uma contagem decrescente, partindo do 5 (como solicitado pela criança), foi colocado o acesso venoso periférico. A L. conseguiu permanecer tranquila durante o procedimento, enquanto cantava com a mãe. Foi utilizado o reforço positivo para destacar o facto de a criança se ter portado muito bem, adotando estratégias eficazes para controlar e vencer o seu medo e ansiedade; foi ainda entregue à L. um diploma de bom comportamento pelo seu desempenho nesta situação.

No final do procedimento e, antes de abandonar a sala de tratamentos e regressar ao seu quarto, a L. sugeriu apenas “têm que dizer aos donos do hospital para oferecerem também um tablet ao serviço lá de baixo (ao serviço de urgência onde tinha sido anteriormente puncionada)”.

CASO III

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do XXXXXXXXXX

Data: 21 de outubro de 2018

No turno da manhã, fiquei responsável pela prestação de cuidados a uma criança com 2 anos de idade (a C.), que se encontrava internada no serviço por um abcesso do grande lábio vaginal à direita. A criança apresentava francos sinais inflamatórios no local (com rubor,

edema, calor e dor à palpação), permanecendo internada para desinfecção local do abscesso, administração de antibioterapia endovenosa e enquanto aguardava observação da cirurgia pediátrica para eventual drenagem do abscesso.

Nesse dia, foi então observada pelo médico da cirurgia pediátrica, que decidiu realizar o procedimento de drenagem do abscesso de imediato. Assim, foi explicado o procedimento a realizar aos pais e foi-lhes solicitado que levassem a C. até à sala de tratamentos.

Foi estimulada a presença dos pais, respeitando a decisão da mãe em não permanecer durante o procedimento em si. Assim, pedimos ao pai da C. (que desejou ficar dentro da sala) que permanecesse junto da cabeça da criança, conversando e brincando com ela utilizando um boneco que captasse a sua atenção. Foi oferecida ainda à C. a sua chupeta.

O boneco escolhido foi um piano eletrónico, que permitia à criança visualizar várias cores e ouvir sons diferentes conforme as teclas em que tocasse. Este, segundo o pai, era um dos seus brinquedos preferidos e costumava distraí-la eficazmente.

Foi aplicado no local do abscesso cloreto de etilo e, logo de seguida, aproveitando o seu efeito anestésico tópico, o médico realizou então punção do abscesso, aspirando conteúdo purulento em grande quantidade.

Durante o momento da punção, a C. permaneceu muito tranquila. No entanto, à medida que o médico ia aspirando e realizando expressão do abscesso, a C. ia ficando mais irrequieta e chorosa. Assim, nesta altura decidi utilizar uma outra “brincadeira” para tentar captar a atenção da criança, fornecendo ao pai um frasco para fazer bolas de sabão, que a C. automaticamente começou a tentar apanhar, abstraindo-se bastante mais do procedimento a que estava a ser submetida e concentrando-se nas bolas que via esvoaçar à sua frente e por cima de si. No final do procedimento, foi elogiado o comportamento da C. e foi-lhe oferecido como “prémio” o brinquedo das bolas de sabão que ela tanto gostou.

A criança regressou ao quarto tranquila, na companhia dos pais, contente com o seu novo brinquedo.

CASO IV

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED]

Data: 27 de outubro de 2018

No turno da tarde deste dia, fiquei responsável pela prestação de cuidados a um menino com 5 anos de idade (o V.), admitido no serviço por um síndrome nefrótico. Este, encontrava-se acompanhado pela mãe, bastante receoso à aproximação dos profissionais e à realização de procedimentos. Devido à etiologia do seu problema, era notória a necessidade

de manter uma vigilância e monitorização regular dos seus valores de pressão arterial. Assim, no início do turno, desloquei-me ao quarto do V. com o aparelho para proceder à avaliação dos sinais vitais.

Ao entrar no quarto comecei por tentar estabelecer uma relação com a criança, que se encontrava a ver desenhos animados - disse “Olá V.! Estás bem-disposto? O que estas tu a ver na televisão?”. A criança respondeu-me apreensiva, perguntando de imediato “O que é que me vens fazer? Não são picas, pois não? Para que é que é essa máquina (apontando para o aparelho)?”. Sentei-me junto dela e respondi-lhe calmamente, dizendo: “esta máquina serve para vermos se está tudo bem contigo. Funciona assim: pomos uma pulseira especial no teu braço, depois ela dá-te um abraço bem apertadinho e faz com que apareçam aqui uns números no ecrã que nos dizem se o teu coração se está a portar bem ou não! Podemos experimentar?”. A criança recusou-se, permanecendo chorosa e assustada, chamando a mãe para junto de si. A mãe aproximou-se e, nesta altura, questionei-a quanto à possibilidade de colocarmos a braçadeira no seu braço e simularmos primeiro o procedimento nela, na tentativa de tranquilizar o V., demonstrando-lhe que no fundo era um procedimento simples e indolor.

A mãe acedeu ao meu pedido com calma e serenidade, colaborando comigo na execução desta estratégia. A criança sorriu, achando piada à brincadeira e, assim sendo, voltei a questioná-la “Podemos fazer agora no teu braço?”. Esta, ainda ligeiramente receosa, assentiu e estendeu o seu braço a medo. Coloquei-lhe a braçadeira lentamente e realizei o procedimento, durante o qual a criança permaneceu calma. Elogiei a sua postura, através do reforço positivo, dizendo “Portaste-te muito bem! Foste muito valente, sabias? Acho que agora mereces um abraço de recompensa da mãe e tudo!”.

Perante os valores obtidos (133/81 mm/Hg), foi necessária a administração de Nifedipina em SOS, pelo que forneci o medicamento à mãe, que o deu à criança sem problemas. No entanto, precisaríamos de avaliar se este tinha sido eficaz ou não, pelo que, cerca de 3 horas depois, me desloquei novamente até junto do V., que se encontrava na sala de atividades, a brincar na companhia da sua mãe. Neste momento e, ao ver-me com o aparelho para reavaliar a pressão arterial, a criança compreendeu de imediato o motivo pelo qual eu estava ali. No entanto e, para meu espanto, veio ao meu encontro e perguntou descontraidamente “É hora do abraço?”, estendendo-me o braço.

Sorri, dei-lhe a mão e disse “Como é que adivinhaste? Queres ajudar-me?”. O V. acenou com a cabeça, sorrindo. Dirigimo-nos para o banco onde ele estava sentado a brincar e

sentámo-nos lado a lado, realizando a avaliação da pressão arterial de forma relaxada e descontraída.

CASO V

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED]

Data: 1 de novembro de 2018

No decorrer do turno da manhã, fiquei responsável (juntamente com a enfermeira orientadora) pela prestação de cuidados ao S., um lactente com 11 meses de idade, internado no serviço com o diagnóstico de urosepsis. De acordo com o diário clínico, a criança tinha colhido sangue para análises no dia anterior, tendo-se verificado uma hipercalemiemia. Uma vez que o bebé se encontrava assintomático, sem sinais e/ou sintomas associados ao aumento dos níveis séricos de potássio no sangue, a equipa médica optou por investigar novamente este valor apenas no dia seguinte (dia em que estive responsável pela criança), através da realização de uma gasimetria venosa.

Pelas 9h, foi-nos então solicitada pela equipa médica a realização da gasimetria. Uma vez que o bebé tinha feito a sua última mamada às 8h, encontrava-se a dormir em sono aparentemente tranquilo. Assim, começámos por questionar os médicos quanto à real necessidade de realizar a gasimetria naquele momento específico, de forma a adiar o procedimento até um momento em que o S. se encontrasse vígil, tentando respeitar o seu ciclo de sono.

Pelas 10h30, o S. acordou e dirigimo-nos então ao seu quarto, explicando à mãe a necessidade de submeter o bebé a aquele procedimento, a forma como este iria ser realizado e de que forma esta nos poderia ajudar a confortar o bebé, tranquilizando-o e tornando este momento menos traumático para si, estimulando a sua presença junto do S.

A mãe referiu querer estar presente e questionou quanto à possibilidade de o bebé poder permanecer ao seu colo, referindo que o contacto consigo o costuma consolar. Assim, o S. foi posicionado ao colo da mãe, utilizando uma manta para realizar contenção no sentido de este se sentir mais aconchegado e seguro. De seguida, preparei uma seringa com sacarose e forneci à mãe, explicando-lhe que a chupeta e a sacarose iriam ajudar o S. a controlar a sua dor, aliviando-a ao longo do procedimento. Foi ainda colocado junto do bebé um dos seus brinquedos (com luzes coloridas e com um espelho onde este conseguia ver o seu reflexo), no sentido de promover a sua distração do evento traumático – “a picada”.

De seguida, a criança foi então puncionada na região do calcâneo esquerdo (após colocação de lidocaína spray no local). Durante o momento da punção em si permaneceu

tranquilo, ficando depois um pouco agitado ao longo do procedimento (aparentemente pelo desconforto associado ao facto de estar a sentir os seus movimentos do membro inferior esquerdo restringidos pela nossa ação, contrariando a sua vontade em movimentar-se livremente).

No final do procedimento, a mãe agradeceu o facto de ter sido incluída em todo o processo, referindo que se sentiu muito útil e que acha que isso foi fundamental para que o S. se sentisse melhor.

CASO VI

Local: Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED]

Data: 7 de novembro de 2018

Durante o turno da tarde, uma das crianças pela qual fiquei responsável pela prestação de cuidados, a T. (com 5 anos de idade), encontrava-se internada no serviço a cumprir antibioterapia por uma otite média aguda. Nesse mesmo dia, durante a manhã, o acesso venoso periférico que tinha no dorso da mão direita, tinha sido exteriorizado acidentalmente e, após discussão com a equipa médica, optou-se por não repuncionar a criança, alterando a via de administração dos antibióticos e dos analgésicos que esta se encontrava a fazer de endovenosa para oral.

Pelas 17h, a mãe da T. deslocou-se até à sala de trabalho de enfermagem, pedindo se lhe podíamos administrar um analgésico uma vez que a criança se encontrava com otalgia à esquerda. Assim, dirigimo-nos até ao quarto da T., onde esta se encontrava na companhia dos pais. Levámos connosco duas seringas: uma com o antibiótico (amoxicilina + ácido clavulânico) e outra com o paracetamol que a mãe nos tinha solicitado.

Assim que viu as duas seringas preenchidas com xarope, a criança ficou bastante ansiosa, referindo que não ia tomar nada e que podíamos mandar tudo para o lixo.

Mantive uma postura tranquila, pousei as seringas e sentei-me junto da criança, tentando iniciar um processo de negociação para que a T. aceitasse tomar os xaropes e isto constituísse um momento o menos stressante possível para si e para os seus pais. Perguntei-lhe se havia algum alimento que ela gostasse e que quisesse ter na mão para ingerir assim que tomasse os xaropes para que não ficasse com o sabor destes na boca; a T. pediu um sumo que a mãe tinha guardado e este foi colocado num copo que ficou na mão da criança.

De seguida, tentando fazê-la sentir-se sempre incluída em todo este processo, dirigi-me a ela questionando “Vamos pensar todos juntos numa maneira de tomares os xaropes sem custar tanto, pode ser? É que eles são muito importantes para ti e para os teus ouvidos!”.

A criança assentiu e optei por recorrer à negociação, planeando, em conjunto com ela e com os seus pais, uma estratégia que fosse eficaz e que culminasse com a toma dos fármacos por parte da criança.

No sentido de lhe proporcionar alguma autonomia e controlo perante a situação, questionei-a relativamente à toma dos xaropes que tinha comigo em duas seringas, perguntando “Qual preferes tomar primeiro T.? O branco ou o cor de laranja?”. Para meu espanto, a criança respondeu apontando para a seringa branca, pegando nela com a própria mão e tomando o xarope, seguido de um copo de sumo.

Todos os presentes no quarto, inclusive eu e a enfermeira orientadora, aplaudimos perante a atitude da criança, reforçando positivamente a sua postura. De seguida, a T. pediu apenas que o copo de sumo fosse novamente cheio e referiu “já tenho a minha poção mágica para conseguir tomar o xarope”. Assim, e após afirmar que estava preparada, foi administrado o Paracetamol com a total colaboração da criança, que após a sua toma recorreu novamente à sua “poção” (como ela acabou por chamar aquilo que, para nós, era apenas um simples copo de sumo).

Os pais agradeceram toda a paciência e todo o tempo dispendido junto da T. para que esta tomasse os xaropes, tempo este que considero crucial para a adaptação da criança à sua situação de doença e hospitalização neste contexto.

CONCLUSÃO

Com a realização deste documento é notória a panóplia de oportunidades que tive (ao longo deste ensino clínico) em intervir de forma fundamentada e adequada no âmbito da prestação de cuidados atraumáticos à criança/jovem hospitalizado e sua família. Estas, permitiram-me consolidar e/ou desenvolver várias competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, munindo-me de ferramentas importantes para o meu desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, trazendo benefícios francos às crianças/jovens e famílias alvo da prestação de cuidados.

Destaco ainda o facto de, tal como é possível verificar após a leitura dos casos expostos anteriormente, ter tido a oportunidade de prestar cuidados a crianças e jovens que atravessam faixas etárias bastante distintas, “obrigando-me” a ajustar a minha intervenção, não só às características individuais e únicas de cada sujeito, como também à fase de desenvolvimento infantil em que estes se encontram. Este, foi um aspeto desafiante para mim, que envolveu pesquisa na área, fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem adequados e de excelência neste contexto.

Para além disso, considero que consegui atingir a minha finalidade, estimulando a prestação de cuidados atraumáticos em circunstâncias bastante distintas, indo desde procedimentos efetivamente invasivos e dolorosos para a criança/jovem, a procedimentos que, embora não tenham um carácter doloroso do ponto de vista físico, são considerados por eles como stressantes e desagradáveis (como por exemplo a avaliação de sinais vitais ou a administração de terapêutica por via oral).

Em todos os momentos descritos, considero que foram implementadas estratégias adequadas, que me permitiram alcançar a finalidade pretendida: diminuir o trauma, o sofrimento, o medo e a ansiedade da criança/jovem, tornando, conseqüentemente, a situação de internamento mais fácil para si e para os seus pais e minimizando potenciais efeitos negativos que pudessem vir a surgir no futuro, assegurando experiências o menos traumáticas possíveis neste contexto.

**APÊNDICE XXV: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “HIPNOSE NO CONTROLO
DA DOR NA CRIANÇA/JOVEM: A LUVA MÁGICA”**

A elaboração da presente análise crítico reflexiva surge integrada no ensino clínico que me encontro atualmente a realizar no serviço de internamento de pediatria do [REDACTED]

Este ensino clínico, parte integrante do terceiro semestre do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, coloca-me perante a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a crianças e jovens com necessidade de hospitalização, durante a qual, frequentemente, se deparam com procedimentos dolorosos, como é o exemplo da punção venosa periférica.

Para além da componente de internamento, existe ainda um espaço no serviço destinado ao atendimento de crianças e jovens em regime de ambulatório (Hospital de Dia), no qual são prestados cuidados de saúde nas mais diversas áreas.

No passado dia onze de outubro recorreu ao Hospital de Dia do serviço uma adolescente que precisava de realizar uma colheita de sangue para análises. A jovem, com dezasseis anos de idade, ao saber que iria ser puncionada, encontrava-se apreensiva e um pouco assustada com a situação. Embora estivesse bastante colaborante, tinha algum receio da dor que iria sentir no momento da punção. Assim, um dos elementos da equipa médica (que possui uma certificação em hipnose clínica), implementou uma estratégia que me cativou e motivou a presente reflexão – a luva mágica.

Embora desenvolva diariamente a minha atividade profissional num serviço de internamento de pediatria, no qual as crianças e jovens lidam frequentemente com a dor associada a procedimentos invasivos, esta foi uma técnica totalmente nova e surpreendente para mim; não só nunca tinha tido a oportunidade de assistir à sua implementação em contexto prático como nunca tinha refletido tão profundamente sobre ela e sobre a sua importância no âmbito da prestação de cuidados atraumáticos.

Em primeiro lugar, a médica pediu à adolescente (M.) que deixasse os seus dois braços descobertos. Esta, retirou então o casaco e a médica iniciou o processo de hipnose. Sentou-se à frente da M, começando por tentar estabelecer com esta uma relação de abertura e confiança, de forma a colocar a jovem o mais à vontade possível e a compreender quais as suas memórias e significações relativamente à dor. De seguida, iniciou o processo de “colocação da luva”, começando pela extremidade distal dos dedos da mão e subindo lentamente ao longo do membro superior direito (aquele que iria sofrer o “dano” da punção). Utilizando as suas mãos para aplicar uma ligeira fricção ao longo da mão e do braço da M., a médica descrevia o ato de vestir a luva, esticando-a, falando do seu tamanho, da sua textura e de outros pormenores no sentido de a tornar mais real na mente da jovem (que foi sempre

incluída nesta conversa, tendo sido questionada, por exemplo, quanto à cor da luva em questão). Assim, a imagem da luva e a sua perceção foi-se tornando cada vez mais real para ambas – e assumo que até mesmo para mim, que me encontrava apenas a assistir.

Progressivamente, a jovem foi ficando mais relaxada e tranquila, encarando de facto a luva como uma protecção real. Ao longo do processo foi sorrindo com um olhar um pouco desconfiado. No entanto, quando a médica pegou num lápis de carvão e o passou pela região do sangradouro do membro inferior esquerdo (o que se encontrava descoberto e sem luva), referindo que a sensação do lápis a passar nesta zona equivaleria a um nível de dor dez (na escala numérica da dor) e, de seguida, repetiu o procedimento no sangradouro do membro superior direito (protegido com a luva branca que a M. tinha escolhido), a jovem compreendeu que de facto todo este processo tinha sido eficaz, referindo um nível de dor um/dois no membro superior no qual iria ser puncionada.

De seguida, a enfermeira realizou a punção venosa para colheita de sangue, com a total colaboração da jovem, que permaneceu sempre tranquila e sem qualquer sinal sugestivo de dor. Segundo ela, a luva foi eficaz, conferindo-lhe uma protecção quase total.

No final do procedimento, a médica voltou a abordar a M. no sentido de terminar este processo retirando a luva que já não era então necessária.

Tal como referem Silva et al (2017), a realização de qualquer intervenção ou procedimento diagnóstico ou terapêutico doloroso ou desagradável tem maior probabilidade de sucesso quando a dor e a ansiedade são efetivamente controladas; assim, o alívio adequado da dor e da ansiedade devem ser perspetivados como prioritários neste contexto, principalmente quando se fala em saúde infantil e pediátrica. Sempre que possível, é importante que sejam aplicadas medidas para gerir adequadamente a dor e o desconforto durante a realização de procedimentos, de forma a promover a segurança e o bem-estar do utente pediátrico, a minimizar a sua dor física e sofrimento, a controlar a ansiedade e a reduzir qualquer trauma psicológico que possa advir da situação.

Segundo os autores, e tal como corrobora Friêza (2016), as estratégias não farmacológicas (como é o caso da luva mágica) desempenham um papel importante na redução do stress vivenciado durante e após procedimentos, devendo ser implementadas precocemente e sempre que possível.

Assim, considero fulcral a atuação da equipa perante a M., utilizando esta técnica de hipnose de forma a prepará-la adequadamente para o procedimento a que iria ser submetida e, conseqüentemente, tornando-o bastante mais simples, ajudando-a a geri-lo de uma forma tranquila.

Segundo Figueiredo (2016), crianças e jovens expostos a situações de ansiedade causadas por procedimentos médicos/ de enfermagem invasivos e/ou dolorosos, apresentam um elevado risco de desenvolverem alterações cognitivas e comportamentos de afastamento e rejeição relativamente aos cuidados de saúde. Desta forma, e como apontam vários estudos realizados nesta área temática, crê-se que a abordagem para a prestação de cuidados desta natureza à criança e jovem deve ser inter e multidisciplinar, incluindo técnicas psicológicas que podem ser usadas de forma independente ou associadas a medidas farmacológicas.

Tal como defendia já Erickson no ano de 1980, também Neubern (2009) e as normas atualmente aceites pela Direção-Geral da Saúde (2012), concebem a dor como um processo subjetivo; uma vivência desenvolvida pelo sujeito em termos de significados, sentidos e emoções. Assim, é importante perspetivá-la de forma única, singular e incomparável em cada sujeito, ajustando sempre a nossa intervenção às características particulares da pessoa a quem prestamos cuidados, de forma a conseguir construir um quadro terapêutico eficaz para reduzir a dor e aumentar o conforto e o bem-estar.

Esta situação e a conseqüente reflexão que dela emergiu, sensibilizou-me para a importância do trabalho em equipa e para a importância de que se reveste a formação nesta temática, tal como corroboram Batalha et al (2014). Esta, tal como defendem os autores, deve ser estimulada junto de todos os profissionais de saúde, acarretando francos benefícios para todos os elementos envolvidos na prestação/receção de cuidados de saúde.

Este episódio em particular permitiu-me compreender e observar em termos práticos a real diferença que implica ter uma jovem preparada para o procedimento a que vai ser submetida, permitindo que este seja experienciado de uma forma muito menos traumática neste contexto. Efetivamente, a dor, considerada atualmente como o quinto sinal vital, não pode ser desvalorizada nem menosprezada, sendo a sua avaliação e controlo [de acordo com os padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2013)] uma tarefa nuclear e imprescindível para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Após refletir acerca de toda a situação anteriormente descrita, considero então que esta teve um caráter construtivo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me aperfeiçoar e desenvolver várias competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com destaque para a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Este, foi um episódio que me enriqueceu enquanto enfermeira especialista, permitindo-me valorizar e implementar no futuro competências que desenvolvi, garantindo a gestão

adequada de medidas não farmacológicas no controlo e/ou alívio da dor e aplicando conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicológico e espiritual da criança/jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L.M.C. (2014). Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 99-106. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2723>.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientação técnica da nº022/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares>.
- Figueiredo, C.I.P. (2016). *Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor* (Dissertação elaborada para a obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediatria). Guarda: Escola Superior de Saúde. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%>.
- Friêza, A.A.N. (2016). *Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança e jovem: desafios para o enfermeiro especialista* (Relatório para obtenção de mestrado em enfermagem - área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16795>.
- Neubern, M.S. (2009). Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. *Psico-USF*, 14(2), 201-209. Acedido em: 8/12/2018. **Doi:** 10.1000/xyz123.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (Nº133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança* (Cadernos OE, Série I, Nº6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.
- Silva, S. L. et al (2017). Sedação para procedimentos em crianças e adolescentes: uma proposta a partir do sistema grade. *Revista Médica de Minas Gerais*, 27(supl.3), 77-86. Acedido em: 8/12/2018. Disponível em: rmmg.org/exportar-pdf/2109/v27s3a13.

APÊNDICE XXVI: SESSÃO DE FORMAÇÃO “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DA DOR NO LACTENTE E TODDLER”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

SESSÃO DE FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM


**“ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DA
DOR NO LACTENTE E TODDLER”**



Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa

novembro, 2018

ÍNDICE

1. PLANO DA SESSÃO.....	5
2. DIAPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO.....	6
3. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO.....	12
3.1. FORMULÁRIO DO QUESTIONÁRIO.....	12
3.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS.....	14

1. PLANO DA SESSÃO

TEMA	Estratégias não farmacológicas de controlo da dor no lactente e toddler
LOCAL	Sala de Reuniões – Serviço de Internamento de Pediatria [REDACTED] [REDACTED]
FORMADORA	Enfermeira Maria Hogan Teves de Almeida
POPULAÇÃO ALVO	Enfermeiros no Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED] [REDACTED]
DATA	15 de novembro de 2018 (14horas)

FASES	OBJETIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a formadora e a temática a abordar; - Apresentar os objetivos da formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percurso académico e laboral da formadora; - Pertinência do tema e justificação das faixas etárias escolhidas. 	- Expositiva.
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sentimentos negativos que a criança/jovem experienciam quando se depara com a dor; - Apresentar estratégias que permitam minimizar ou eliminar a dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forma do lactente e do toddler expressarem e vivenciarem a dor; - Estratégias não farmacológicas úteis no controlo da dor no lactente e toddler; 	- Expositiva.
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre os efeitos perturbadores da dor na criança/jovem e importância da sua avaliação e controlo. - Reconhecer a importância do controlo da dor na prestação de cuidados traumáticos. 	- Efeitos negativos da dor na vivência do processo de recurso aos cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva; - Interrogativa.
AVALIAÇÃO	Aplicar questionário de satisfação.		

2. DIAPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO

SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DA DOR



LACTENTE E TODDLER (1 MÊS – 3 ANOS)

Elaborado por: Enf^ª Maria Hogan (Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa)
Docente Orientadora: Prof^ª Dr^ª Margarida Lourenço
Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

15 DE NOVEMBRO, 2018 – 14 HORAS (SALA DE REUNIÕES)

A experiência da hospitalização da criança é considerada uma situação potencialmente traumática, que pode despoletar diversos sentimentos negativos mediante uma situação desconhecida ou perspectivada com ameaçadora pela criança internada.



EQUIPA DE ENFERMAGEM!

Papel fundamental na minimização das consequências que a doença e hospitalização podem provocar na vida da criança e família.

↻ Estratégias não farmacológicas no controlo da dor
Prestação de Cuidados Atraumáticos ↻



CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL



O crescimento e o comportamento infantil são categorizados em grupos etários/ estágios de desenvolvimento.

Os limites de cada estágio de desenvolvimento não são rígidos e não têm em consideração os aspectos individuais e particulares de cada criança, pelo que não podem ser aplicados a todas as crianças com exatidão nem excluem uma avaliação direcionada, individualizada e única em cada situação.



JEAN PIAGET

0 – 2 ANOS

ESTÁGIO SENSORIO-MOTOR

- A criança entende o mundo através das sensações e ações.
- As ações mais frequentes incluem: agarrar, sugar, atirar, bater e chutar.



Manter sempre os pais no seu campo de visão;
Utilizar expressões faciais e movimentos com a cabeça;
Preferir brinquedos que estimulem os seus sentidos (por exemplo com som, luz, cor...).



ESTÁGIO PRÉ-OPERATÓRIO

2 – 7 ANOS

- A criança entende o mundo através da linguagem e de imagens mentais.
- Pensamento egocêntrico.
- Fase do concreto (são incapazes de separar o real da fantasia – “agulha grande”).



Dirigir a comunicação para a criança;
Evitar a comparação com as experiências de outras crianças;
Permitir que a criança toque, veja por ela própria, descubra por si;
Evitar frases que possam ser interpretadas à “letra”.



ERIK ERIKSON – TEORIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

0 – 18 MESES

ESTÁGIO 1 CONFIANÇA VS DESCONFIANÇA

- A criança é totalmente dependente.
- Adquire, ou não, segurança e confiança em relação a si própria e ao mundo através da relação que tem com os seus cuidadores; se estes não assegurarem a satisfação das suas necessidades a criança vai desenvolver receios, medos e desconfianças.

Esperança



ESTÁGIO 2 AUTONOMIA VS VERGONHA/DÚVIDA

- É caracterizado por uma contradição entre a vontade própria (os impulsos) e as normas e regras sociais que a criança tem que começar a integrar.
- Fase em que a criança começa a querer explorar o mundo e o seu corpo.
- Fase importante na construção da identidade.
- Manifesta-se nas "birras"; nos porquês; no ato de querer fazer as coisas sozinho.

Autonomia

18 MESES – 3 ANOS



LACTENTE (1 MÊS → 1 ANO)

AMAMENTAÇÃO

- Permitir que o lactente seja amamentado mesmo durante o procedimento, mantendo-o no peito da mãe durante alguns minutos após o seu término.

CONTENÇÃO COM LENÇOL/ MANTA OU CONTENÇÃO MANUAL

- Envolver o lactente num lençol ou com uma manta, assegurando o correto alinhamento corporal, a flexão dos quatro membros e deixando as mãos livres para chegar à boca.
- A contenção manual envolve a utilização das mãos do profissional ou progenitor para posicionar o bebé mantendo os princípios expostos no tópico anterior.

GLICOSE A 30% OU SACAROSE A 24%

- Administrar sobre a porção anterior da língua cerca de 2ml de solução oral utilizando uma seringa; esta, deve ser oferecida ao bebê 2 minutos antes do procedimento.

* Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos.

SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA

- Oferecer a chupeta ao lactente como medida de conforto (caso este já tenha o hábito de utilizar a chupeta).

MASSAGEM

- Massajar o bebê, através de manipulação com ou sem aplicação de cremes e óleos (durante 15 a 30 minutos), estimulando o relaxamento.

* Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.

DISTRAÇÃO

- Providenciar objetos adequados ao estágio de desenvolvimento da criança (com luzes ou que emitam sons), desviando a atenção da criança do procedimento doloroso.



TODDLER (1 ANO → 3 ANOS)



PREPARAÇÃO

- Antes do procedimento, dar informações sobre o procedimento (o que vai passar-se e que sensações poderão ocorrer), ajudando a criança a criar uma expectativa realista. Esta, pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais.

*A antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.

MODELAÇÃO / ENSAIO COMPORTAMENTAL

- Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de coping neste contexto (por exemplo através de uma demonstração/simulação com um boneco).

IMAGINAÇÃO GUIADA / HIPOANALGESIA

- Estimular a criança a construir uma imagem mental do seu agrado, concentrando-se nas suas componentes visuais, auditivas, olfativas e/ou gustativas.

REFORÇO POSITIVO

- Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. No final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“portaste-te muito bem”) ou pequenos prémios (como autocolantes, certificados e diplomas).

DISTRAÇÃO

- Providenciar objetos adequados ao estágio de desenvolvimento da criança e que sejam do seu agrado e lhe permitam focar-se noutra atividade durante a realização do procedimento (ex: ligar a televisão, disponibilizar bonecos/peluches/ legos...).

ATRIBUIR À CRIANÇA ALGUM CONTROLO SOBRE O TRATAMENTO

- Sempre que possível, proporcionar à criança a opção de escolha (por exemplo relativamente ao local onde quer ficar sentada, ao braço onde quer avaliar a tensão arterial ou ser puncionada).



OS PAIS DEVEM SER ENVOLVIDOS NO APOIO À CRIANÇA, NÃO NA SUA RESTRIÇÃO FÍSICA.

NUNCA SE DEVE ENGANAR A CRIANÇA, DIZENDO QUE NÃO VAI DOER SE ESTIVERMOS PERANTE UM PROCEDIMENTO DOLOROSO OU DESCONFORTÁVEL.

SEMPRE QUE POSSÍVEL, DEVEM SER AGRUPADOS OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS, DE FORMA A NÃO DESTABILIZAR A CRIANÇA VÁRIAS VEZES.

É IMPORTANTE RESPEITAR O ESPAÇO DA CRIANÇA, REALIZANDO TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE POSSAM SER DOLOROSOS OU DESAGRADÁVEIS NUMA SALA PRÓPRIA, COM UM AMBIENTE CALMO.

NUNCA DEVEM SER UTILIZADOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU DE ENFERMAGEM COMO AMEAÇA!

SEMPRE QUE NECESSÁRIO, DEVEM SER CONJUGADAS COM AS ESTRATÉGIAS ANTERIORMENTE APRESENTADAS, ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO E CONTROLO DA DOR!





“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças.”

(Instituto de Apoio à Criança, 2008)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L.M.C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Revista Saúde & Tecnologia*. Suplemento. 16-21.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da Direção-Geral da Saúde, número 022, de 18 de dezembro. Lisboa: DGS.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: grupo Medinfar.
- Mendonça, M.J.C. (2015). A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: o brincar como instrumento terapêutico de enfermagem (Dissertação para obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde da criança e do jovem). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE. Série I – número 6.
- Piaget, J. (2010). Seis Estudos de Psicologia. Sétima Edição. Lisboa: Texto Editores.
- Veríssimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.



3. QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

3.1. FORMULÁRIO DO QUESTIONÁRIO

Antes de mais, obrigada por ter estado presente nesta sessão de formação!

Nesta fase, considero importante realizar uma apreciação sobre a mesma, na tentativa de compreender o seu impacto e de encontrar aspetos que possam facilitar a preparação e realização de novas atividades.

Desta forma, gostaria de solicitar a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário, de carácter anónimo.

Em cada item, assinale com uma cruz (X) a opção de resposta que melhor se adequa à sua opinião.

RELATIVAMENTE À AÇÃO DE FORMAÇÃO...

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Esta formação foi útil para a prestação de cuidados no serviço de internamento de pediatria.				
As suas expectativas quanto à formação foram satisfeitas.				
A formação foi pertinente e adequada à realidade do serviço.				
As estratégias apresentadas são adequadas às idades selecionadas (lactente e toddler).				
A sessão formativa favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos.				
O tempo da formação foi adequado.				
O método utilizado foi eficaz na transmissão dos conteúdos abordados.				

RELATIVAMENTE À FORMADORA...

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conhecimento/ Domínio dos temas abordados.				
Clareza na transmissão da informação apresentada.				
Capacidade de capacitar a atenção dos formandos.				
Capacidade de estimular a discussão e partilha de experiências em grupo.				
Interação com o grupo.				
Pontualidade.				
Gestão do tempo.				

OUTRAS SUGESTÕES...

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO,

MARIA HOGAN TEVES DE ALMEIDA

(ESTUDANTE DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA)

3.2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS

RELATIVAMENTE À AÇÃO DE FORMAÇÃO...

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Esta formação foi útil para a prestação de cuidados no serviço de internamento de pediatria.			0	10
As suas expectativas quanto à formação foram satisfeitas.			1	9
A formação foi pertinente e adequada à realidade do serviço.			0	10
As estratégias apresentadas são adequadas às idades selecionadas (lactente e toddler).			0	10
A sessão formativa favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos.			1	9
O tempo da formação foi adequado.			2	8
O método utilizado foi eficaz na transmissão dos conteúdos abordados.			1	9

RELATIVAMENTE À FORMADORA...

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Conhecimento/ Domínio dos temas abordados.			0	10
Clareza na transmissão da informação apresentada.			1	9
Capacidade de capacitar a atenção dos formandos.			0	10
Capacidade de estimular a discussão e partilha de experiências em grupo.			1	9
Interação com o grupo.			2	8
Pontualidade.			0	10
Gestão do tempo.			2	8

Não foram apresentadas sugestões por parte de nenhum participante.

Globalmente, e através da análise das respostas obtidas nos questionários de satisfação, é possível verificar que a equipa considerou esta atividade pertinente e enriquecedora.

**APÊNDICE XXVII: POSTER “SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE:
RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO”**



Síndrome de Morte Súbita do Lactente: Recomendações para a Prevenção



1. Introdução

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é definida como a morte súbita de uma criança com menos de um ano de idade, que permanece inexplicada após uma investigação aprofundada (Carlin&Moon, 2017; Adams *et al.*, 2015). É rara no 1º mês de vida, apresentando um pico máximo entre os 2-4 meses, com 90% dos casos antes dos 6 meses de idade. Relativamente à sua etiologia, têm sido propostas várias teorias, sendo que atualmente a hipótese do "triplo risco" é a mais aceite (Carlin&Moon, 2017; Adams *et al.*, 2015), sugerindo tratar-se de um acidente multifatorial que ocorre quando (1) um lactente particularmente vulnerável, (2) num período crítico e instável do seu desenvolvimento, (3) experienciando um *stressor* exógeno (relacionado com o ambiente de sono). Sendo este último um fator modificável, deve ser o foco da atuação do enfermeiro na prevenção da SMSL, que continua a ser a principal causa de morte pós-neonatal nos países desenvolvidos (Adams *et al.*, 2015).

3. Materiais e Métodos

A metodologia adotada para dar resposta à questão de investigação: "Quais as recomendações para a prevenção da SMSL?" foi a revisão integrativa da literatura, realizada através de pesquisa em bases de dados científicos (CINAHL Complete, Medline Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews via EBSCO-HOST), efetuada entre os dias 10-16 de abril de 2018, através da equação de pesquisa: "sudden infant death syndrome OR SIDS" AND "prevent". Foram definidos como critérios de inclusão artigos publicados nos últimos 5 anos, disponíveis em português ou inglês e em texto integral, que contemplassem estratégias para a prevenção da SMSL. Foi considerado todo o tipo de literatura à exceção dos artigos de opinião. Da análise das referências dos artigos lidos foi incluída na revisão a publicação da fonte primária principal (American Academy of Pediatrics - AAP). Realizado o processo de seleção, foi obtido um total de 8 artigos para análise.

2. Objetivos

Analisar e sintetizar a evidência científica existente quanto às últimas recomendações para a prevenção da SMSL.

4. Resultados

O pilar da prevenção da SMSL é o **ambiente de sono seguro, evitando os fatores de risco e promovendo os fatores protetores.**

Recomendações

- Dormir em decúbito dorsal;
- Dormir sobre um colchão firme;
- Manter o lactente a dormir no mesmo quarto que os pais, mas em camas separadas ("room-sharing without bed-sharing");
- Manter a cama do lactente livre de objetos;
- Incentivar a amamentação;
- Oferecer a chucha durante o sono;
- Evitar o sobreaquecimento;
- Evitar a exposição ao tabaco, álcool e drogas ilícitas durante a gravidez e após o nascimento;
- Manter uma vigilância pré-natal regular e adequada e a vacinação do lactente atualizada (conforme o Programa Nacional de Vacinação);
- Não utilizar monitores cardiorrespiratórios como estratégia de redução do risco;
- Os *media* e os fabricantes devem seguir as recomendações para um sono seguro;
- **Profissionais de saúde devem:**
 - adotar e recomendar as medidas de prevenção do SMSL desde o nascimento;
 - participar ativamente em campanhas de sensibilização para a prevenção da SMSL.

Tab.1. Síntese das recomendações para a prevenção da SMSL (Carlin&Moon, 2017; Moon, 2016; Adams *et al.*, 2015; Azevedo *et al.*, 2015; Meadows-Oliver & Hendrie, 2013)

55% dos cuidadores recebeu recomendações apropriadas

25% dos cuidadores recebeu recomendações incorretas

20% dos cuidadores não recebeu recomendações

Em Portugal, não se têm verificado campanhas de sensibilização e os estudos nacionais revelam fraca adesão às recomendações da AAP, quer por parte dos profissionais de saúde, quer pelos cuidadores informais (Azevedo *et al.*, 2015; Fernandes *et al.*, 2012).

Fig.1. Estudo realizado nos EUA (CDC, 2018) relativo a recomendações dadas pelos profissionais de saúde.

5. Conclusões

Conclui-se como fundamental para a prevenção da SMSL a intervenção precoce no sentido de minimizar os fatores de risco e promover os fatores protetores. Sendo consensual que grande parte destes fatores são modificáveis, através da adoção de medidas práticas e simples, é imprevisível a formação dos profissionais e cuidadores informais. Neste sentido, vislumbra-se o papel central do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Considerando as competências específicas, a "avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil" é uma área de atuação particularmente importante, devendo o EESIP transmitir informação orientadora dos cuidados antecipatórios, para maximização do potencial de desenvolvimento infantil. Assim, o EESIP, enquanto transmissor de conhecimentos e influenciador dos comportamentos parentais, apresenta um papel fulcral, transmitindo as recomendações mais atualizadas, quer a cuidadores informais, como a profissionais que trabalham com lactentes (nomeadamente através de formação a pares). Surgem ainda recomendações para o futuro, tais como a realização de estudos nacionais para compreensão da SMSL e implementação de medidas promotoras da divulgação das recomendações para a sua prevenção.

6. Referências Bibliográficas

- Adams, S.; Chad, E.; Garcia, C. (2015). Sudden Infant Death Syndrome. *American Family Physician*, 91 (11), pp.778-783; Azevedo, L.; Mota, L.; Machado, A. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. *Nascer e Crescer*, XXIV (1), pp.18-23; Carlin, R.; Moon, R. (2017). Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *JAMA Pediatrics*, 171 (2), pp.175-180; Fernandes, A.; Fernandes, C.; Amador, A.; Guimarães, F. (2012). Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (2), pp.59-62; Moon, R., AAP Task Force On Sudden Infant Death Syndrome (2016). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*, 138 (5): e20162940; US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention (2018). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67 (1), pp.39-48; Meadows-Oliver, M.; Hendrie, J. (2013). Expanded Back to Sleep Guidelines. *Pediatric Nursing*, 39 (1), pp.40-42

**APÊNDICE XXVIII: NORMA DE PROCEDIMENTO “UTILIZAÇÃO DO KIT SEM
DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA”**

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Serviço de Urgência de Pediatria	
<i>NORMA DE PROCEDIMENTO – UTILIZAÇÃO DO “KIT SEM DOR” NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA</i>	
<i>Elaborado por:</i> Enfª Maria Hogan	<i>Revisto por:</i>
<i>Revisão:</i>	<i>Aprovado em:</i> ____/____ Enfª Diretora

1. Objetivos

- Uniformizar as intervenções de enfermagem perante procedimentos dolorosos ou situações causadoras de medo e ansiedade na criança/jovem no decorrer da sua permanência no serviço de urgência de pediatria, recorrendo à estratégia do brincar terapêutico e à aplicação do “kit sem dor”.
- Compreender o impacto do brincar terapêutico na gestão da ansiedade e no alívio da dor da criança/jovem, no âmbito da realização de procedimentos dolorosos.

2. Destinatários

Equipa de enfermagem que desenvolve a sua atividade profissional no serviço de urgência de pediatria.

3. Material necessário

“Kit sem dor” (que se encontra na sala de trabalho da sala de observação do serviço de urgência de pediatria).

4. Enquadramento teórico

Tal como referem Engenheiro et al (2016), o recurso aos cuidados de saúde e a hospitalização constituem, muito frequentemente, uma das primeiras crises com que a criança/jovem se depara; esta, afasta-a da sua vida quotidiana habitual e do seu ambiente familiar e promove, muitas vezes, um confronto com a dor e com a limitação física, gerando sentimentos de medo e ansiedade. Assim, a inserção do

brinquedo terapêutico no plano de cuidados de enfermagem, torna-se essencial para a prestação de um cuidado integral e de qualidade neste âmbito.

Este, constitui uma forma privilegiada de libertação de stress e de gestão dos sentimentos negativos cuja vivência surge, por vezes, inerente à necessidade de hospitalização ou submissão a procedimentos dolorosos.

Ainda na perspetiva dos autores, o brinquedo deve ser utilizado para promover a recreação, socialização e estimulação da própria criança/jovem, mas também para cumprir a sua função terapêutica, permitindo uma melhor adaptação ao contexto em que esta se encontra e tornando possível o estabelecimento de laços afetivos e de confiança com os profissionais de saúde.

Tal como corroboram Gomes, Fernandes e Nóbrega (2016), o cenário de prestação de cuidados de saúde e todo o ambiente que o envolve torna-se bastante favorável para a ocorrência de situações de medo e ansiedade que a criança/jovem não se sente capaz de gerir. Assim, e tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2013), o enfermeiro deve estimular a criança/jovem a brincar, fazendo-o com ela de forma terapêutica, promovendo o seu desenvolvimento físico, emocional, mental e social e ajudando-a, simultaneamente, a lidar com a experiência que atravessa, tornando-a o menos traumática possível.

5. Materiais do “Kit sem dor” e finalidade dos mesmos

- Roca – distração através da estimulação visual, tátil e auditiva, desviando a atenção da criança para os estímulos sensoriais;
- Chupeta e sacarose – sucção não nutritiva;
- Material hospitalar (compressas, ligaduras, adesivos, máscaras, soro fisiológico, sistema de soro, abocath, seringas...) – manipulação do material hospitalar desmistificando medos e receios e proporcionando à criança o controlo da situação, dando-lhe uma sensação de poder e uma maior tranquilidade por se sentir familiarizada com os materiais;
- Boneco para servir de modelo – simulação de procedimentos (que podem ser efetuados pela própria criança) através da imitação sobre o que aconteceu ou irá acontecer;
- Bolas de sabão – relaxamento e promoção de controlo da respiração, bem como distração tátil e visual;

- Livros de histórias:
 - Relacionados com a saúde, a doença, o corpo humano e algumas situações pelas quais a criança/jovem pode passar no hospital (por exemplo: “Uma aventura no bloco operatório”);
 - Relacionados com rimas, adivinhas ou anedotas, estimulando o humor e o riso (por exemplo: “1001 piadas fixes”);
- Lápis de cor e papel para desenho – promoção da arteterapia através da pintura e do desenho;
- Bolas coloridas antistress – distração visual e tátil e libertação de stress, promovendo o relaxamento;
- Pensos rápidos coloridos e bloco de diplomas de bom comportamento – reforço positivo e valorização da criança pelo seu comportamento no decorrer do procedimento ou da situação vivenciada; percepção de um momento de bem-estar associado ao procedimento ou situação desagradável;
- Baralho de cartas (UNO) – distração através da atividade lúdica do jogar.

6. Condições de Aplicação do “Kit sem dor”

O “Kit sem dor” pode ser aplicado a qualquer criança/jovem com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos (menos um dia), isto é, a todas as crianças e jovens admitidos no serviço de urgência de pediatria. No entanto, é importante que a sua utilização seja ajustada conforme a faixa etária e o estágio de desenvolvimento da criança/jovem com quem vamos desenvolver esta atividade. Para que sejam atingidos os objetivos que a sua aplicação visa, é crucial que o enfermeiro avalie quais os objetos adequados em cada situação específica, adequando a sua intervenção às características pessoais de cada criança/jovem.

É ainda fundamental conseguir a atenção da criança/jovem, obtendo a sua colaboração e estimulando o seu interesse nos objetos utilizados.

Para além disso, é ainda importante assegurar um ambiente o mais tranquilo possível, no qual o foco da atuação do enfermeiro seja, naquele momento, única e exclusivamente aquela criança/jovem.

Por fim, é essencial que seja tida em conta a díade pais – criança/jovem, estimulando sempre o envolvimento dos pais na utilização do “kit” e fornecendo-lhes o folheto informativo elaborado neste âmbito, que descreve:

- O que é o “Kit sem dor” e qual o seu objetivo;
- O que constitui o “Kit sem dor”;
- Qual a importância do brincar terapêutico para o bem-estar da criança/jovem;
- Qual o papel dos pais enquanto promotores do brincar.

Nota Final: os procedimentos deverão ser regularmente avaliados para verificação do seu cumprimento e, sempre que necessário, atualizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Engenheiro, O. et al (2016). Benefícios do Brincar Terapêutico em Crianças Hospitalizadas: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 489-501. Acedido em: 10/12/2018. **Doi:** 10.24902/r.riase.
- Gomes, G.L.L. & Nóbrega, M.M.L. (2015). Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de um diagnóstico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 963-970. Acedido em: 10/12/2018. **Doi:** 10.1590/0104-1169.0372.2637.
- Gomes, G.L.L.; Fernandes, M.G.M. & Nóbrega, M.M.L. (2016). Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 939-945. Acedido em: 10/12/2018. **Doi:** 10.1590/0034-7167-2015-0116.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 15/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança* (Cadernos OE, Série I, N°6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 10/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolo dorcrianca.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (N°133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 10/12/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.
- UNICEF (1958). Declaração Universal dos Direitos da Criança. Acedido em: 4/12/2018. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca

**APÊNDICE XXIX: ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA “UTILIZAÇÃO DO KIT SEM
DOR”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

UTILIZAÇÃO DO “KIT SEM DOR”

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA



Discente: Maria Hogan Teves de Almeida

Nº 192017065

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço

Enfermeira orientadora: 

Lisboa

dezembro, 2018

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no último semestre do curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa (Instituto de Ciências da Saúde). Neste contexto, encontro-me atualmente a realizar ensino clínico no serviço de urgência de pediatria do [REDACTED]

[REDACTED]. Este, é um estágio com a duração de cinco semanas, nas quais se preconiza a presença de cento e quinze horas de contacto, ao longo das quais me tenho deparado frequentemente com crianças e jovens com necessidade de hospitalização e/ou submissão a procedimentos dolorosos, que são vivenciados pela criança/jovem e pela sua família de forma perturbadora e stressante, despoletando a experiência de vários sentimentos e emoções negativas, como é o caso do medo e da ansiedade.

De entre os procedimentos dolorosos mais frequentemente realizados no serviço, destaco a punção venosa periférica, quer para colheitas de sangue para análises, quer para a administração de terapêutica por via endovenosa. Este, é um procedimento de carácter stressante e assustador para a maior parte das crianças/jovens, sendo vivenciado de forma desagradável e gerando sentimentos com os quais a criança/jovem nem sempre consegue lidar, necessitando de apoio no seu desenvolvimento, de forma a desenvolver estratégias de *coping* que lhe forneçam ferramentas para experienciar este processo da forma menos traumática possível.

Num dos turnos que realizei no serviço de observação (SO), fiquei responsável (juntamente com a minha enfermeira orientadora) pela prestação de cuidados a uma menina de cinco anos de idade, a V. Esta, encontrava-se internada por uma intolerância oral associada a estenose esofágica por ingestão de cáustico. Assim, era crucial a manutenção de um acesso endovenoso, uma vez que a via oral da criança se encontrava comprometida, exigindo uma hidratação endovenosa enquanto aguardava realização de uma endoscopia digestiva alta.

Na passagem de turno, foi transmitida a informação de que, no momento da entrada da criança no SO, esta não tinha conseguido gerir o seu medo e tinha sido bastante complicado colocar-lhe um acesso venoso periférico, uma vez que não conseguiram a sua colaboração para tal por esta se encontrar muito agitada e assustada.

No início do meu turno, verificámos que a criança apresentava um seroma na região do acesso venoso periférico que lhe tinha sido colocado no dia anterior, pelo que teria que ser repuncionada. Assim, surgiu uma oportunidade em que considerei que o “kit sem dor”

poderia ter um papel benéfico no decorrer deste procedimento. Considerei que este poderia ter um papel positivo e construtivo desde a fase de preparação da criança para o procedimento, até à sua concretização efetiva e numa fase posterior (interferindo na construção das suas memórias relativamente à realização do procedimento, com implicações importantes para situações futuras).

Assim, desloquei-me até à unidade da criança com alguns objetos do kit (cuja adequação à sua faixa etária, ao seu nível de desenvolvimento e à sua condição clínica foi previamente analisada). Em primeiro lugar, expliquei à mãe da V. qual a atividade que iria desenvolver junto da criança e com que finalidade a queria realizar, entregando-lhe o folheto informativo que elaborei neste âmbito (apresentado no próximo apêndice do presente relatório – apêndice XXX).

Foi incentivada a sua permanência junto da criança e a sua colaboração na atividade, realçando a importância do seu papel durante todo o processo.

De seguida, e operacionalizando a atividade, foram colocados à disposição da criança: um boneco (utilizado para simulações, dramatizações e demonstração de procedimentos), materiais hospitalares (neste caso aqueles que iriam ser utilizados durante o procedimento da punção venosa periférica – desinfetante, compressas, abocath, adesivos e seringas). Optei por levar ainda a chupeta, a roca e a sacarose (estimulando a criança a utilizá-las como medidas promotoras de conforto, relaxamento e distração do boneco, que na simulação iria então ser submetido à colocação de um acesso venoso periférico).

Entusiasmada com a atividade, a V. demonstrou interesse em adotar o papel de enfermeira, realizando o procedimento no boneco. Foi discutido com a criança o que poderia ajudar o bebé a sentir-se melhor durante o procedimento, tendo ela destacado: dar mimos, oferecer a chupeta e administrar sacarose e distrai-lo utilizando a roca, tentando que este se mantivesse relaxado e com o braço quieto (“como me pediram a mim ontem” - SIC).

Aproveitando esta intervenção da criança, e verificando que ela efetivamente tinha uma memória recente acerca do procedimento, este foi realizado passo a passo com ela. Começando pela desinfecção do local onde se iria realizar a punção, seguindo-se a aplicação das estratégias não farmacológicas anteriormente conversadas com a criança, posteriormente a punção e a fixação do acesso endovenoso com adesivos.

No final deste procedimento, que culminou com a colocação do acesso endovenoso periférico no boneco e com o elogio ao seu comportamento durante todo o processo, foi reforçado junto da V. a importância de lhe colocarmos um novo acesso endovenoso, perguntando-lhe se poderíamos contar com sua ajuda para o fazer e permitindo-lhe escolher

algumas estratégias que gostava de adotar para que o procedimento fosse o menos traumático possível. A criança solicitou sentar-se ao colo da mãe e ligar a televisão para ver desenhos animados e conseguir distrair-se; pediu ainda para que fosse feita uma contagem decrescente (de três até um) antes de realizar a punção. Os seus desejos foram assentidos e cumpridos e foi então dado início ao procedimento, no qual se conseguiu a total colaboração da criança, que permaneceu tranquila. No final do procedimento, foi elogiada a sua postura e valorizada a sua evolução e capacidade de colaboração e gestão emocional; foi-lhe entregue um diploma de bom comportamento e um conjunto de autocolantes com medalhas, ficando esta orgulhosa da sua postura e pedindo-nos que dessemos também estas recompensas ao boneco que tínhamos utilizado na fase de preparação da criança (integrando-se na brincadeira terapêutica de forma integral).

A meu ver, a utilização do “kit sem dor” nesta situação em particular permitiu que a criança experienciasse este momento de forma o menos traumática possível, desenvolvendo mecanismos que lhe permitiram colaborar no procedimento e gerir o medo e a ansiedade durante a sua realização. O *feedback* obtido junto da mãe da V. foi também positivo, sendo que esta reconheceu e valorizou a importância do mesmo, realçando o impacto que esta atividade teve na vivência deste processo para a V.

Tal como preconizam a Direção Geral da Saúde (2013) e a Ordem dos Enfermeiros (2013), o enfermeiro assume um papel crucial neste âmbito, tendo o dever de atuar no sentido da facilitação da adaptação da família e da criança/jovem ao ambiente em que esta se insere, bem como aos elementos que lhe estão inerentes (que incluem muitas vezes o contacto com situações e procedimentos assustadores e/ou dolorosos). Também o Ministério da Saúde (2003) defende a perspetiva da dor como o quinto sinal vital, reforçando a importância da sua avaliação e controlo adequados para o desenvolvimento saudável da criança/jovem.

Vários autores, como Hockenberry e Wilson (2014) ou Engenheiro et al (2016), enaltecem a importância dos benefícios do brincar terapêutico, realçando o impacto da sua inserção do no plano de assistência de enfermagem pediátrica para um cuidado completo, integral e de qualidade.

Com a aplicação deste kit e conseqüente reflexão, julgo que foi possível sensibilizar a equipa de enfermagem para a sua utilização de forma consistente e regular, bem como evidenciar os benefícios que este pode trazer para a criança/jovem, promovendo a prestação de cuidados atraumáticos – que, tal como corroboram Serafim et al (2012), constituem um dos pilares da filosofia da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Assim, considero que esta foi uma atividade que me permitiu consolidar competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, cujo regulamento de competências específicas preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o enfermeiro tem o dever de fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e sua família, otimizando as suas respostas, garantido a gestão e implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor e aplicando conhecimentos e ou/habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor.

Julgo que o seu desenvolvimento assumiu um carácter construtivo e positivo, quer para mim enquanto enfermeira generalista e futura enfermeira especialista, quer para as crianças/jovens e famílias a quem tive a possibilidade de prestar cuidados, promovendo a prestação de cuidados atraumáticos baseando-me num modelo concetual centrado na criança/jovem e na sua família como seres holísticos, com necessidades, não só fisiológicas, mas também emocionais, sociais, espirituais e psicológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Ministério da Saúde: DGS. Acedido em: 18/12/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 15/02/2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Engenheiro, O. et al (2016). Benefícios do Brincar Terapêutico em Crianças Hospitalizadas: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 489-501. Acedido em 18/12/2018. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/130.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas de controlo da dor na criança* (Cadernos OE, Série I, N°6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 15/12/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolo dor crianca.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, II Série* (N°133, de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em: 15/12/2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil>.
- Serafim, A. et al (2012). Promovendo uma Infância Melhor. *Percursos*, 26, 3-15. Acedido em: 18/12/2018. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n26.

**APÊNDICE XXX: FOLHETO INFORMATIVO “KIT SEM DOR – O BRINCAR
TERAPÊUTICO”**



O PAPEL DOS PAIS!

TRAGA PARA O
HOSPITAL BRINQUEDOS
OU OUTROS OBJETOS
PESSOAIS QUE O SEU
FILHO GOSTE E O FAÇAM
SENTIR-SE MELHOR!

FAÇA BRINQUEDOS
PARA O SEU FILHO,
CONFORME AS
PREFERÊNCIAS E
APTIDÕES QUE ELE JÁ
DESENVOLVEU!



PARTICIPE NAS BRINCADEIRAS DO SEU FILHO E ESTIMULE-
O A BRINCAR!

Elaborado por: Enfermeira Maria Hogan Teves de Almeida
(Estudante do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica,
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde).

Enfermeira orientadora: [REDACTED] (Enfermeira
Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica).

Docente orientadora: Professora Doutora Margarida Lourenço.

Referências Bibliográficas:

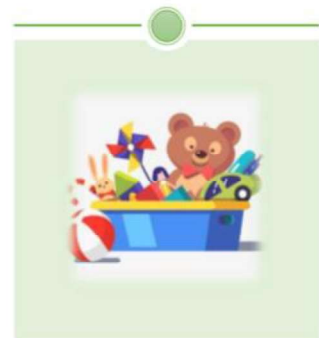
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- Norma da Direção Geral da Saúde Nº 10/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE. Série 1 – número 6.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: OE.
- UNICEF – Declaração Universal dos Direitos da Criança (1958). Consultada a 4/12/2018.



SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA

“KIT SEM DOR”

O BRINCAR TERAPÊUTICO



DEZEMBRO, 2018



O QUE É O “KIT SEM DOR”?

O “Kit sem dor” é uma ferramenta que pretende servir de auxílio à criança/jovem, colocando ao seu dispor vários brinquedos e objetos que podem ser importantes para a sua adaptação perante situações novas ou stressantes (como é o caso do internamento ou da realização de alguns procedimentos no decorrer da prestação de cuidados de saúde).



NESTE “KIT” É POSSÍVEL ENCONTRAR...



- ✓ Roca
- ✓ Chupeta e sacarose (solução açucarada)
- ✓ Máscara, sistema de soro, seringas, cateteres, ligadura, compressas...
- ✓ Boneco para servir de modelo
- ✓ Bolas de sabão
- ✓ Livros (Hélia, a enfermeira chefe; Uma aventura no bloco operatório; 1001 piadas fixes...)
- ✓ Lápis de cor e livros de pintar
- ✓ Bloco com diplomas de bom comportamento
- ✓ Bolas coloridas antistress
- ✓ Cartas UNO

É importante adequar a utilização do kit à faixa etária e ao nível de desenvolvimento da criança/jovem.



A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR...

PROMOVE A DISTRAÇÃO E O RELAXAMENTO

AJUDA A GERIR O STRESS E O MEDO

ESTIMULA O CONFORTO E O BEM-ESTAR

PROMOVE A EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS

POTENCIA O AUTOCONTROLO

FACILITA A ADEÇÃO E ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

PROMOVE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ATRAUMÁTICOS!

ANEXOS

ANEXO I: CONSTITUIÇÃO DO “KIT SEM DOR”

Constituição do Kit sem Dor

Idade	Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Roca; • Máscara, barrete, sistema de soro; • Pensos; • Chucha (sucção não-nutritiva); • Sacarose; 	<p>Exploração de objetos que proporcionem sensações de movimento, auditivas, visuais ou táteis;</p> <p>Simulação de procedimentos associados à cirurgia, ou a procedimentos dolorosos;</p>
1-3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Boneco para servir de modelo; • Material de penso, ligaduras e adesivo; • Pensos; • Livro (Hélia, a Enfermeira-Chefe); • Lápis de cores e papel para desenho; • Bolas de sabão; 	<p>Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer;</p> <p>Contar histórias acerca de situações vividas ou a experimentar;</p> <p>Arteterapia através do desenho e da pintura;</p> <p>Relaxamento através de exercícios respiratórios;</p>
4-6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Boneco para servir de modelo; • Compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro; • Pensos; • Livro (A Anita no Hospital); • Livro (Uma Aventura no Bloco Operatório); • Lápis e papel para desenhos; • Livros de pintar; • Bloco de diplomas de bom comportamento; • Bolas de Sabão; 	<p>Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar;</p> <p>Distração através da percepção visual;</p> <p>Arteterapia através de desenho e pintura;</p> <p>Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação;</p>
7-11 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Livro (O Corpo Humano); • Livro (A Ilha dos Diabretes); • Livro (Hoje é Dia de Consulta); • Compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, catéter; • Bolas de Sabão; • Bolas coloridas antistress; 	<p>Explicação e demonstração de procedimentos;</p> <p>Manipulação de material didático;</p> <p>Visualização de partes do corpo envolvidas nos procedimentos;</p> <p>Leituras;</p> <p>Distração;</p> <p>Relaxamento através dos exercícios respiratórios;</p>
12-18 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Cartas (Uno); • Livro (1001 Piadas Fixes); • Bolas coloridas antistress; 	<p>Explicação e demonstração de procedimentos;</p> <p>Leitura, distração e humor;</p> <p>Relaxamento através de exercícios respiratórios;</p>