



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, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA
À DOENÇA CRÓNICA**

**NURSE'S INTERVENTION IN THE ADAPTATION OF THE CHILD AND
FAMILY TO CHRONIC DISEASE**

Por Marisa Alexandra Fernandes Inácio da Silva

Lisboa, 2019



CATOLICA
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, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA
À DOENÇA CRÓNICA**

**NURSE'S INTERVENTION IN THE ADAPTATION OF THE CHILD AND
FAMILY TO CHRONIC DISEASE**

Por Marisa Alexandra Fernandes Inácio da Silva

Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2019

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender
nem tão pequeno que não possa ensinar”*

ESOPO

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio e amor incondicional, pelo incentivo constante a perseguir os meus objetivos e a não desistir sem tentar

Aos meus irmãos por acreditarem nas minhas capacidades e alegrarem-se das minhas conquistas

À minha cunhada e cunhado por me incentivarem e apoiarem

Ao meu sobrinho João por aceitar a distância que este percurso obrigou e amar-me mesmo assim

Aos enfermeiros orientadores dos contextos de estágio pelo contributo no meu desenvolvimento académico e pessoal, pela partilha de saberes

À Professora Elisabete pela orientação e empenho, e aos restantes docentes que contribuíram para o meu crescimentos

Às minhas colegas por me ajudarem nos turnos e aturarem o meu cansaço

Aos meus amigos que mesmo à distância sempre me apoiaram.

Aos meus, inicialmente colegas, e para sempre amigos e companheiros nesta caminhada Luís, Paula e Rita pela partilha e ombro nos momentos difíceis

Aos meus “meninos” por me ajudarem a manter a serenidade

RESUMO

A elaboração deste relatório surge no culminar do percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa.

Ao longo deste percurso escolhi como temática a adaptação da criança e família à doença crónica. Há uma crescente tendência para a doença crónica em idade pediátrica. Com o avanço tecnológico e biomédico, houve um aumento da sobrevivência das crianças com condições de saúde complexas. Isto traz implicações na vida da criança e família. Como referencial teórico no estudo desta temática utilizei o Modelo de Adaptação de Callista Roy sendo que o Modelo de Parceria de Anna Casey surgiu como apoio no cuidado às crianças e famílias na promoção da sua adaptação.

Prestei cuidados e desenvolvi atividades em diferentes contextos onde há intervenção do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, no serviço de Urgência Pediátrica, Neonatologia e Pediatria. O objetivo geral e transversal a todos os contextos que definido foi desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica nos diversos contextos, sendo os específicos de cada contexto direcionados para os respetivos diagnósticos de situação, tendo sempre por base a temática a trabalhar: a adaptação da criança e família à doença crónica.

Dos trabalhos desenvolvidos destacam-se sessões de educação para a saúde sobre prevenção de acidentes e sobre prematuridade das quais resultaram uma sugestão de atividade a ser desenvolvida pelos enfermeiros do serviço e um guia orientador para os profissionais; uma instrução de trabalho sobre o acompanhamento da criança com diabetes, mapeamento de intervenções a ser planeadas no preparação para o regresso a casa de crianças com doença crónica /necessidades especiais de saúde do qual resultou uma norma de orientação para os enfermeiros.

No decorrer deste percurso pude desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança/jovem e família nas necessidades do ciclo de vidas e nas situações de maior complexidade, na maximização da sua saúde, através das atividades desenvolvidas, dos cuidados prestados, da contínua pesquisa científica que efetuei na sua fundamentação.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Doença Crónica, Criança; Família

ABSTRACT

The preparation of this report comes at the culmination of the training course of the Master Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health by the Institute of Health Sciences of the Catholic University of Lisbon.

Throughout this course I chose as the theme the adaptation of the child and family to chronic illness. There is a growing trend towards chronic illness in pediatric age. With the technological and biomedical advancement, there was an increase in the survival of children with complex health conditions. This has implications for the life of the child and family. As a theoretical reference in the study of this theme I used the Adaptation Model of Callista Roy and the Partnership Model of Anna Casey emerged as a support in the care of children and families in promoting their adaptation.

I have cared for and developed activities in different contexts where there is intervention of the specialist pediatric and child health nurse, namely in primary health care, Pediatric Emergency Services, Neonatology and Pediatrics. The objective and transversal to all the contexts that was defined was to develop skills of specialist nurses in pediatric and child health in the different contexts, the specifics of each context being directed to the respective diagnoses of situation, always having as a base the theme to work: the adaptation of the child and family to chronic disease.

Of the developed works, health education sessions on accident prevention and on prematurity were highlighted, which resulted in a suggestion of activity to be developed by the nurses of the service and a guideline for professionals; a work instruction on the follow-up of the child with diabetes, mapping of interventions to be planned in the preparation for the return home of children with chronic illness / special health needs which resulted in a guideline for nurses.

In the course of this course, I was able to develop specific skills of a specialist nurse in children's and pediatric health, in the care of the child / young person and family in the life cycle needs and in the situations of greater complexity, in the maximization of

their health, through the activities developed, the provided by the continuous scientific research that I carried out in its foundations

Keywords: Pediatric Nursing; Chronic Disease; Child; Family

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APSI - Associação para a promoção da segurança infantil

APA - *American Psychological Association*

DGS - Direção Geral de Saúde

JBI - *The Joanna Briggs Institute*

UCERN- Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UN - Unidade de Neonatologia

PEWS - *Pediatric Early Warning Score*

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

NES - Necessidades Especiais de Saúde

REPE - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*

RN - Recém-nascido

SO - Serviço de Observação

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SU - Serviço de Urgência

ABREVIATURAS

Ed. - Edição

et al. - e outros

pp. - página

Vol. - Volume

Vols. - Volumes

Rev. - Revista

Enferm. - Enfermagem

Esc.- Escola

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	21
1.1. A ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA CRÓNICA - A PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA.....	21
1.2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
1.2.1. Modelo de Adaptação de Callista Roy	23
1.2.2. Modelo de Parceria de Anne Casey e os cuidados centrados na família	25
1.3. REVISÃO DA LITERATURA	26
1.3.1. Metodologia	27
1.3.2. Resultados	28
1.3.3. Discussão e Considerações finais	32
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	37
2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	38
2.1.1. Diagnóstico de Situação	38
2.1.2. Objetivos e atividades	39
2.1.3. Competências adquiridas	45
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	46
2.2.1. Diagnóstico de Situação	47
2.2.2. Objetivos e Atividades	48
2.2.3. Competências Adquiridas	52
2.3. UNIDADE DE NEONATOLOGIA.....	54
2.3.1. Diagnóstico de Situação	54
2.3.2. Objetivos e Atividades	55
2.3.3. Consulta de Desenvolvimento - observação	60
2.3.4. Competências Adquiridas	62
2.4. SERVIÇO DE PEDIATRIA.....	63

2.4.1. Diagnóstico de Situação.....	63
2.4.2. Objetivos e Atividades.....	64
2.4.3. Competências Adquiridas.....	69
3. CONCLUSÃO.....	71
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
APÊNDICES.....	83
APÊNDICE I - Poster “Intervenção do Enfermeiro na adaptação da criança e família à doença crónica.....	85
APÊNDICE II - Quadro de Apresentação de Resultados.....	89
APÊNDICE III - Reflexão “Tratamento a uma criança com queimadura - Idade Toddler”	97
APÊNDICE IV - Sessão “Equipar para crescer em segurança”.....	105
APÊNDICE V - Cartaz “Equipar para crescer em Segurança”.....	119
APÊNDICE VI - Sugestão de Atividade.....	123
APÊNDICE VII - Questionário de levantamento de necessidades formativas e tratamento dos dados.....	129
APÊNDICE VIII - Sessão “Adolescentes - Prevenção de acidentes”	137
APÊNDICE IX - Reflexão crítica “Atendimento à criança e família no serviço de urgência”.....	155
APÊNDICE X - Cartaz “Cetoacidose Metabólica”	161
APÊNDICE XI - Instrução de Trabalho “Abordagem à criança com diagnóstico de	165
APÊNDICE XII - Reflexão Crítica “Cuidar do bebé prematuro”.....	173
APÊNDICE XIII - Guia Orientador para Profissionais “Ser Prematuro”.....	179
APÊNDICE XIV - Sessão “Ser Prematuro”.....	189
APÊNDICE XV - Folheto “Prematuro”.....	205
APÊNDICE XVI - Reflexão “Ausência do Enfermeiro na Consulta de Desenvolvimento”.....	209
APÊNDICE XVII- Mapeamento de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem	213
APÊNDICE XVIII - Norma de Orientação “Preparação para a alta da criança e família com doença crónica/ necessidades especiais de saúde.....	223

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos.....	28
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Intervenções - Modo Fisiológico.....	29
Quadro 2 - Intervenções - Modo de Autoconceito.....	30
Quadro 3 - Intervenções - Modo de Função do Papel na Vida Real.....	30
Quadro 4 - Intervenções - Modo de Interdependência.....	32

INTRODUÇÃO

Este relatório surge como uma análise reflexiva do percurso feito ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, onde irei comunicar os resultados da minha aprendizagem, sempre de forma fundamentada numa visão académica avançada.

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem este “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)”. Assim, o enfermeiro especialista deve “promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”(Ordem dos Enfermeiros, 2018. p.19192).

A temática que decidi estudar neste meu caminho académico, para a obtenção do grau de mestre e especialista foi a doença crónica, mais concretamente a adaptação da criança e da sua família à mesma e em que medida o enfermeiro pode otimizar essa adaptação. Como enfermeira especialista pretendo prestar cuidados que promovam a saúde e a qualidade de vida das crianças e famílias, em situações complexas, na maximização da sua saúde. Esta temática surgiu na medida em que a doença crónica na infância é um problema cada vez mais frequente e comporta alterações nas vidas das famílias, nas suas rotinas e no desenvolvimento da criança (Santos, Santos & Lacerda, 2017). A doença crónica é uma situação que exige cuidados prolongados, com recurso frequente aos cuidados de saúde. A adaptação à doença crónica é importante, uma vez que, essa adaptação permite uma melhor aceitação da doença, melhor adesão aos tratamentos, prevenção de complicações e, como consequência, melhor qualidade de vida (Salvador et al, 2015). Esta temática sensibiliza-me, uma vez que crianças precisam de ser crianças, o que é muitas vezes limitado pela doença, mais ainda quando é uma condição prolongada e/ou permanente.

O principal referencial teórico no qual me apoio ao trabalhar esta temática é o Modelo de Adaptação de Callista Roy sendo, segundo este modelo, papel da enfermagem promover respostas adaptativas da pessoa, seja esta um indivíduo, família ou comunidade (Coelho & Mendes, 2011). O objetivo geral transversal ao estágio é desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nos diversos contextos da praxis.

Quando o alvo dos nossos cuidados é a criança e família torna-se importante trabalhar em parceria. Surge como apoio, também o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Esta parceria entre o enfermeiro, criança e família é muito importante na medida em que assim, ao respeitar as capacidades das famílias e ao adaptar os cuidados às mesmas, o enfermeiro ajuda na promoção da adaptação às novas situações e conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Irá ser apresentado neste relatório um enquadramento teórico da temática e do referencial teórico e uma revisão de literatura que pretende responder à questão: Qual a intervenção do enfermeiro na adaptação da criança e família à doença crónica?

Na segunda parte deste relatório irei apresentar o meu percurso nos diferentes contextos, com uma breve descrição dos mesmos, o diagnóstico de situação em cada contexto, as actividades que desenvolvi e como contribuíram para a aquisição de competências.

As referências bibliográficas neste relatório irão seguir as regras da Norma APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1.1. A ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA CRÓNICA - A PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

Neste ponto irei abordar o porquê desta temática e a sua importância como objeto de estudo e intervenção ao longo do meu percurso neste mestrado. Como parte das competências do enfermeiro especialista está o cuidar da criança e jovem em situações de especial complexidade, nomeadamente o promover a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Desta forma é importante perceber o que é a doença crónica e o impacto desta na vida da criança e família. Assim, o que é a doença crónica? De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), a doença crónica é toda aquela que se prolonga no tempo e abarca todas as situações de doença que necessitam de tratamento contínuo ao longo de vários anos (Ordem dos enfermeiros, 2010). Esse cuidado contínuo, ao longo do tempo, pode não resultar em cura mas no controlo dos sintomas que, por vezes, podem sofrer melhorias ou agravamentos, tendo, por isso, estas condições um prognóstico e duração incertos (Núbrege et al., 2017).

Há uma tendência crescente para a existência de doença crónica em idade pediátrica, como resultado de um avanço tecnológico e biomédico. Verifica-se um aumento da sobrevivência de crianças com patologias que, anteriormente, causariam morte prematura. Para que uma condição seja considerada crónica, a sua duração deve ser de, pelo menos, um ano, exceto se morte, e carecer de cuidados especializados por alteração em vários sistemas ou em apenas um, mas com considerável gravidade (Santos, Santos & Lacerda, 2017). Na infância, a sua definição inclui condições que podem resultar em um ou mais efeitos como, por exemplo, limitações a nível da função, da atividade ou do papel social quando comparadas com outras crianças da mesma idade sem alterações no seu crescimento e/ou desenvolvimento, dependerem de dispositivos tecnológicos especiais e necessidade de recorrer aos cuidados do serviço de saúde e utilização de medicamentos

mais frequentemente. Desta forma, as crianças têm as suas necessidades influenciadas por estas condições, e são consideradas, por isso, crianças com necessidades especiais de saúde. Este grupo inclui as crianças com condição crónica ou em risco de a desenvolver (Tavares, Sena & Duarte, 2016). Crianças com necessidades especiais de saúde são crianças que necessitam de mais cuidados de saúde que as demais crianças, por apresentarem condições crónicas, alterações físicas, de desenvolvimento, comportamento ou emocionais (Góis & Cabral, 2017).

Ao longo dos anos, com a melhoria do cuidados em resultado do avanço tecnológico e biomédico, tem havido uma diminuição das taxas de mortalidade infantil. Com a diminuição da taxa de mortalidade regista-se um aumento das crianças com doenças crónicas ou necessidades especiais de saúde. Assim, as crianças vivem com condições de saúde complexas, com necessidades de cuidados de saúde especializados, e com implicações profundas na vida das crianças e famílias, por limitações da própria doença, mas também pelo recurso recorrente e, por vezes prolongado ao Sistema de Saúde. Com a doença crónica há, muitas vezes, um aumento dos encargos, das responsabilidades, a incerteza face ao futuro, isolamento social e perda de oportunidade, problemas psicológicos e comportamentais, e por isso, o impacto da doença crónica na criança e no funcionamento da família é profundo (Hockenberry & Wilson, 2014).

O diagnóstico de doença crónica numa criança altera de forma intensa a vida desta e de toda a família. Para cuidar de uma criança com doença crónica/necessidades especiais de saúde, há uma exigência da família reorganizar os seus papéis, tendo em conta as necessidades dessa criança. Muitas vezes, os pais lidam com sentimentos como culpa, angústia, medo do futuro e de não conseguir lidar com a situação. Numa situação de doença crónica, há muitas vezes agravamento de sintomas, complicações, que podem levar a internamentos recorrentes. Tudo isto fragiliza ainda mais a criança e a família (Salvador et al, 2015).

Daí esta temática ter suscitado o meu interesse, uma vez que, é parte integrante do papel do enfermeiro e, de acordo com os “Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem” promover a adaptação aos novos estados de saúde, por forma a satisfazer a necessidades e a máxima autonomia nas atividades de vida diárias (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Ao facilitar o reconhecimento por parte das famílias da sua própria

normalidade e desta forma permitir um melhor desenvolvimento, o enfermeiro está a facilitar o processo de normalização e a promover a adaptação, uma vez que a normalização é centrada na criança e no seu desenvolvimento e não na sua doença (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.2. REFERENCIAL TEÓRICO

1.2.1. Modelo de Adaptação de Calista Roy

Como referi anteriormente, a temática que norteou o meu percurso foi a adaptação da criança e família à doença crónica. A doença crónica na infância tem implicações na vida das crianças e das famílias, uma vez que causa desequilíbrios, alterações nas funções físicas, alterações da imagem corporal e do autoconceito, do seu papel na sociedade entre outras (Hockenberry & Wilson, 2014). Surge desta forma, o Modelo de Adaptação de Roy como modelo conceptual.

De acordo com este modelo os metaparadigmas são definidos da seguinte forma:

Pessoa: A pessoa é definida como um sistema de adaptação, que pode ser um indivíduo, uma família, uma comunidade, e que possui processos internos que potenciam a adaptação nos diferentes modos adaptativos (Tomey & Alligood, 2004). Esses processos internos, regulador ou cognitivo, condicionam o seu comportamento face aos estímulos do ambiente, ou seja, a sua resposta, podendo esta ser adaptativa ou ineficaz. A pessoa, assim, é influenciada pelo ambiente, contudo também o influencia (Roy & Andrews, 2001)

Ambiente: Todos os estímulos que agem sobre a pessoa e influenciam o seu desenvolvimento e comportamento (Galbreath, 2000). “O ambiente é o *input* para a pessoa enquanto sistema de adaptação envolvendo fatores internos e externos”(Tomey & Alligood, 2004. pp. 308).

Saúde: A saúde resulta da interação entre a pessoa e o ambiente e quando dessa interação resultam respostas adaptativas, isto é, que promovem a integridade da pessoa

(Roy & Andrews, 2001). Resulta da adaptação da pessoa às circunstâncias com que se depara e pelas quais é influenciada. Em oposição, a doença acontece quando os mecanismos para enfrentar as situações são ineficazes (Tomey & Alligood, 2014).

Enfermagem: É definida como “a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa”(Tomey & Alligood, 2004, pp .307).

A pessoa como sistema interage com o ambiente e recebe estímulos deste. Desses estímulos resulta uma resposta que, por sua vez influencia o ambiente. São processos internos, como mecanismos de enfrentamento, que vão mediar a resposta da pessoa aos estímulos. Esses processos, que Roy denomina por mecanismos de enfrentamento ou resistência dividem-se em regulador (mecanismos fisiológicos, inatos) e cognitivo (mecanismos ligados a sentimentos, mobilizações emocionais e processamento de informações , adquiridos). Tendo em conta este modelo existem três tipos de estímulos: O estímulo focal, que é aquele com o qual a pessoa é confrontada diretamente; os estímulos contextuais, que são aqueles que influenciam a situação contribuem para o efeito do estímulo focal e podem ser internos ou externos; os estímulos residuais são todos os outros cuja a influência na situação atual é pouco clara. A combinação destes estímulos vai influenciar o nível de adaptação da pessoa, nível esse que pode ser diferente de momento para momento, uma vez que o ambiente está em constante mudança (Roy & Andrews, 2001, Galbreath 2000). “O nível de adaptação é o nome dado ao ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação” (Roy & Andrews, 2001,pp.23)

Ao receber esses estímulos a pessoa aciona os seus mecanismos de resistência, e produz respostas, sendo essas respostas comportamentos, e podem ser adaptativas, quando promovem os objetivos de adaptação quanto à sobrevivência, crescimento, reprodução e autonomia e a integridade da pessoa, ou ineficazes, quando não o promovem (Roy & Andrews, 2001).

O objetivo da enfermagem passa por potenciar respostas adaptativas por parte da pessoa através da identificação dos estímulos e dos comportamentos face aos mesmos. Isto

é, para que haja adaptação é necessário que a pessoa tenha respostas adaptativas nos quatro modos adaptativos. O modo fisiológico relaciona-se com as respostas fisiológicas aos estímulos, sendo as necessidades básicas deste modo a oxigenação, a nutrição, a eliminação, a atividade e repouso e a proteção e quatro processos complexos que influenciam a adaptação que são os sentidos, fluídos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina. O modo do autoconceito relaciona-se com aspectos psicológicos e espirituais, como por exemplo a imagem corporal, sendo a necessidade inerente a este modo a integridade psíquica. O modo da função do papel ou função na vida real está ligado aos papéis desempenhados pelas pessoas na sociedade, integridade social. Por fim, o modo de interdependência que corresponde às necessidade afetivas e de relação com os outros, a adequação emocional. O papel do enfermeiro passa por promover a adaptação nestes quatro modos através da observação das respostas e intervenção junto dos estímulos que as influenciam (Roy & Andrews, 2001; Coelho & Mendes, 2011). Assim, o enfermeiro contribui para “a saúde, qualidade de vida e morte da pessoa com dignidade” (Roy & Andrews, 2001. pp. 34).

1.2.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e os cuidados centrados na família

Trabalhar a adaptação da criança e da família à doença crónica está intimamente ligada com o trabalhar com a criança e com a família. Desta forma, considero importante abordar aqui, de forma sucinta, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey assim como a filosofia dos cuidados centrados na família.

De acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados, o enfermeiro valoriza a experiência da família no cuidado à criança, e as rotinas que esta utiliza para proporcionar conforto. Desta forma, possibilita que essas rotinas familiares sem mantenham em ambiente hospitalar, mesmo que, na ausência da família seja, o enfermeiro a cuidar da criança. Quando a família está presente ou a criança deseja ser ativa no seu autocuidado, desenvolve-se um processo de negociação, no qual cabe ao enfermeiro auxiliar e instruir de forma contínua sobre os cuidados para que a sua realização pela criança/família seja baseada numa tomada de decisão informada (Casey, 1995). Baseia-se numa relação

próxima numa perspectiva de cuidar entre o enfermeiro e a família, reconhecendo nesta a importância na identificação das necessidades da criança e tomada de decisão. Desta forma, a negociação dos cuidados torna-se um pressuposto fundamental deste modelo. (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A criança e família tomam uma posição central no processo de cuidados, havendo um planeamento de cuidados partilhado, onde enfermeiro e pais assumem uma parceria (Mendes & Martins, 2012). Segundo Alves, Amendoeira e Charepe (2014) “a parceria significa mudança, negociação dos cuidados às crianças partilhada com a família, apoio, ensino, e envolvimento da mesma como resultado de uma negociação prévia estabelecida.” (as cited in Alves, Amendoeira e Charepe, 2017)

Numa filosofia de cuidados centrados na família, esta é reconhecida como parte da vida da criança, sendo que os cuidados devem englobar a família e a criança como uma unidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, o enfermeiro deve reconhecer as necessidade de todos os membros da família no processo de cuidar da criança como alvo da sua atenção (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.3 REVISÃO DA LITERATURA

Por forma a ampliar o conhecimento na temática em estudo e intervir, com base na evidência científica, utilizando ferramentas adquiridas ao longo a formação neste mestrado, em métodos de investigação, realizei uma *scoping review*.

Pude partilhar os resultados desta *scoping review*, através da apresentação de um póster (APÊNDICE I) ao participar no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) sob o tema “Intervenção Especializada: o valor entre a clinica e a academia”.

1.3.1. Metodologia

A metodologia utilizada para a elaboração desta *scoping review* baseou-se na metodologia descrita pelo Instituto Joanna Briggs (JBI, 2015).

Como objetivo para esta *scoping review* defini identificar a intervenção do enfermeiro para promover a adaptação da criança e família à doença crónica.

A formulação da questão que serviu de ponto de partida a esta revisão foi concretizada através da estratégia de PCC sendo P(População) a criança com doença crónica, família e enfermeiros, C(Conceito) a adaptação à doença crónica e C(Contexto) em qualquer contexto de intervenção. Desta forma surgiu a seguinte questão: Qual a intervenção do enfermeiro na adaptação da criança e família com doença crónica?

Foram validadas palavras-chave pelo MeSH e DeCS e feitos pré-testes com os seguintes descritores “Chronic disease”, “Child”, “Children” “Disable children”, “Family”, “Adaptation”, “Adjustment”, “Nursing” e “Pediatric nursing” utilizando os operadores booleanos AND e OR. Por algumas limitações nos resultados foi feita então nova pesquisa nas seguintes bases de dados científicas com as seguintes fórmulas de pesquisa: CINHAl Complete (via ESBCOhost) com a fórmula “Chronic Disease” AND (“Child” OR “Disable children” AND “Family” AND “Pediatric Nursing”, PubMed com a fórmula “Chronic Disease” AND (“Child” OR “Disable children”) AND “Family” AND “Pediatric Nursing”; e na SiELO com a fórmula “Chronic disease” AND “Child” AND “Family” AND “Pediatric Nursing”.

Como critérios de inclusão foram definidos todos os artigos publicados nas bases de dados científicas entre 2013 e 2018, cujo acesso ao texto integral fosse livre, os idiomas o português, inglês e espanhol. Foi definido também como critério de inclusão a idade das crianças (dos 0 aos 18 anos) para incluir apenas esta população, e para excluir todos os artigos cuja população fosse adultos com doença crónica. Como critério de exclusão de artigos foi definido a não referência a intervenções do enfermeiro.

A selecção dos artigos foi feita através da leitura dos títulos, resumos e por fim texto integral.

Na Figura 1 é possível observar o processo metodológico desde a identificação dos artigos através pesquisa nas bases de dados utilizando as fórmulas já referidas até à inclusão dos estudos para análise nesta *scoping review*.

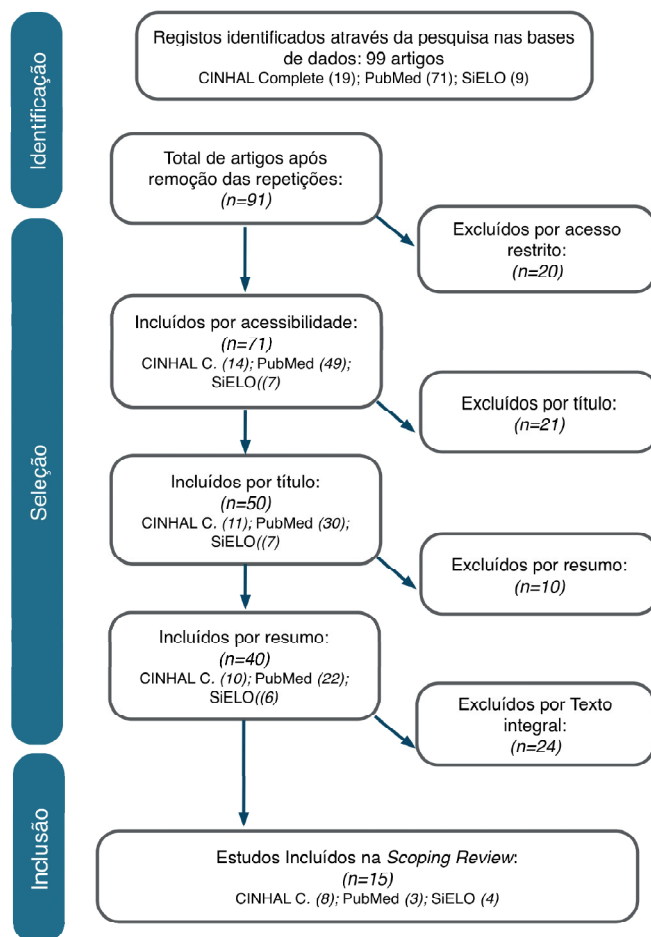


Figura 1 -Fluxograma do processo de seleção de estudos

1.3.2. Resultados

Pela pesquisa nas bases de dados científicas, tendo em conta os descritores e os critérios de inclusão supracitados foram identificados 99 artigos. Destes artigos, e após remoção das repetições ficaram 91 artigos para análise. Após a seleção por acesso livre, título e resumo ficaram 40 artigos para leitura integral, sendo que destes 15 foram incluídos nesta revisão. Nestes artigos foi possível identificar variadas intervenções de enfermagem que possibilitam a promoção da adaptação da criança e família à doença

crónica. Em apêndice é possível consultar um quadro com os artigos incluídos e as intervenções identificadas. (APÊNDICE II).

Segundo Roy, a pessoa enquanto sistema adaptável às mudanças do ambiente e que também o influencia, apenas atinge a integridade total, ou seja, a adaptação, quando essa existe nos quatro modos adaptativos: Modo Fisiológico; Modo de Autoconceito; Modo de Função do Papel na vida real e Modo de Interdependência. Assim, o objetivo da enfermagem é promover essa adaptação em cada um desses modos (Roy & Andrews, 2001). Desta forma, e após a análise dos artigos, as intervenções do enfermeiro foram categorizados pelos quatro modos adaptativos, tendo por base o descrito por Roy na sua caracterização em Teoria da Enfermagem - O Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001) e podem ser consultadas nos quadros seguintes (Quadro 1; Quadro 2; Quadro 3 e Quadro 4)

Modo Fisiológico

Quadro 1- Intervenções - Modo Fisiológico

- *Prestar cuidados centrados na família* (Okido et al., 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Salvador et al., 2015; Leite, Silva & Silva, 2013; Dougherty, 2015);
- *Prestar cuidados em parceria com a criança e família* (Costa & Santos, 2016; Salvador et al., 2015; Tavares, Sena & Duarte, 2016)
- *Avaliar potenciais áreas de desajuste por forma a intervir atempadamente* (Dougherty, 2015)
- *Avaliar as necessidades fisiológicas da criança e adolescente* (McCarthy, 2015; Geense et al., 2017)
- *Fornecer informações às mães sobre crenças de saúde consistentes com os comportamentos recomendados* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Avaliar a dor* (Silva et al., 2018)
- *Utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor* (Silva et al., 2018; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Vigiar sinais vitais* (Silva et al, 2018)
- *Ensinar a criança, família e outros cuidadores sobre a doença, cuidados, tratamentos e necessidades complexas da criança* (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Costa & Santos, 2016; Salvador et al, 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Orientar pais sobre a terapêutica, gestão de horários* (Silva et al., 2018; Okido et al, 2016)
- *Ajudar na identificação de estratégias de enfrentamento* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Ensinar pais sobre estratégias como distração e brincadeira para incentivar a adesão da criança ao tratamento* (O'Neill & Robinson, 2016)
- *Fornecer orientação antecipatória face às complicações/exacerbações* (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Costa & Santos, 2016; Salvador et al, 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)

- *Treinar pais e família para a realização de cuidados à criança* (Silva et al, 2018; Okido et al., 2016; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Salvador et al, 2015; Zhang, Wei, Sen & Zhang, 2014; Leite, Silva & Silva; 2013; Dougherty, 2015)

Modo de Autoconceito

Quadro 2 - Intervenções - Modo Autoconceito

- *Prestar cuidados centrados na família* (Okido et al., 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Salvador et al., 2015; Leite, Silva & Silva, 2013; Dougherty, 2015)
- *Prestar cuidados em parceria com a criança e família* (Costa & Santos, 2016; Salvador et al., 2015; Tavares, Sena & Duarte, 2016)
- *Avaliar áreas de potencial desajuste para todos os membros da família por forma a intervir atempadamente* (Dougherty, 2015)
- *Avaliar as necessidades psicossociais da criança e adolescente* (McCarthy, 2015; Geense et al., 2017)
- *Fornecer suporte emocional* (Silva et al., 2018; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Salvador et al., 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013; Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014; Leite, Silva & Silva, 2013)
- *Apoiar os irmãos* (Silva et al., 2018)
- *Incentivar os pais à promoção de autonomia e independência da criança/adolescente* (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016)
- *Dar reforço positivo no desempenho dos cuidados* (Santos et al, 2018)
- *Promover a interação social* (Costa & Santos, 2016) *Ouvir o adolescente* (Costa & Santos, 2016)
- *Promover a expressão de sentimentos* (Costa & Santos, 2016; Kelo, Erksson & Eriksson, 2013)
- *Ouvir o adolescente* (Costa & Santos, 2016)
- *Orientar a família na procura e escolha de acampamentos de verão* (McCarthy, 2015)
- *Promover a esperança* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Ajudar na identificação de estratégias de enfrentamento* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Envolver vários membros da família nos cuidados à criança a fim de evitar a sobrecarga do cuidador* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Auxiliar a família no estabelecimento de estratégias de normalização que apoiem simultaneamente o cuidador e a criança* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Proporcionar oportunidades para a criança possa viver a infância* (Tavares, Sena & Duarte, 2016)
- *Incentivar os pais a passar tempo individual com o filho saudável* (Dougherty, 2015)

Modo de Função do Papel na Vida Real

Quadro 3- Intervenções - Modo de Função do Papel na Vida Real

- *Prestar cuidados centrados na família* (Okido et al., 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Salvador et al., 2015; Leite, Silva & Silva, 2013; Dougherty, 2015)
- *Prestar cuidados em parceria com a criança e família* (Costa & Santos, 2016; Salvador et al., 2015; Tavares, Sena & Duarte, 2016)

- *Avaliar potenciais áreas de desajuste por forma a intervir atempadamente* (Dougherty, 2015)
- *Estimular a criança a brincar, a realizar atividades que uma criança saudável faz* (Silva et al, 2018)
- *Proporcionar momentos lúdicos* (Silva et al., 2018)
- *Treinar pais e família para a realização de cuidados à criança* (Silva et al, 2018; Okido et al., 2016; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Salvador et al, 2015; Zhang, Wei, Sen & Zhang, 2014; Leite, Silva & Silva; 2013; Dougherty, 2015)
- *Orientar os pai sobre a medicação/gestão de horários* (Silva et al., 2018; Okido et al, 2016)
- *Ensinar a criança, família e outros cuidadores sobre a doença, cuidados, tratamentos e necessidades complexas da criança* (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Costa & Santos, 2016; Salvador et al, 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Fornecer orientação antecipatória face às complicações/exacerbações* (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Costa & Santos, 2016; Salvador et al, 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Ensinar pais sobre estratégias como distração e brincadeira para incentivar a adesão da criança ao tratamento* (O'Neill & Robinson, 2016)
- *Incentivar os pais à promoção de autonomia e independência da criança/adolescente* (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016)
- *Dar reforço positivo no desempenho dos cuidados* (Santos et al, 2018)
- *Orientar para o recurso para uma rede social de suporte* (Santos et al., 2014)
- *Promover a interação social* (Costa & Santos, 2016)
- *Avaliar as necessidades psicossociais da criança e adolescente* (McCarthy, 2015; Geense et al., 2017)
- *Orientar a família na procura e escolha de acampamentos de verão* (McCarthy, 2015)
- *Avaliar se a criança tem condições físicas e emocionais para integrar um acampamento de verão e respeitar os seus tempos* ((McCarthy, 2015)
- *Ajudar os pais a determinar as obrigações financeiras relacionadas à experiência do acampamento e ajudar a obter assistência com essas obrigações se necessário* (McCarthy, 2015)
- *Fornecer informações acerca de associações de doentes* (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Apoiar os pais na sua necessidade de equilibrar as suas responsabilidades como cuidadores e as suas vidas pessoais* (Geense et al., 2017) *Ajudar na identificação de estratégias de enfrentamento* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014) *Envolver vários membros da família nos cuidados à criança a fim de evitar a sobrecarga do cuidador* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Auxiliar a família no estabelecimento de estratégias de normalização que apoiem simultaneamente o cuidador e a criança* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Fornecer informações às mães sobre crenças de saúde consistentes com os comportamentos recomendados* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Proporcionar oportunidades para a criança possa viver a infância* (Tavares, Sena & Duarte, 2016)
- *Fornecer orientação antecipada à família para promover resultados positivos para os irmãos* (Dougherty, 2015)
- *Educar os pais sobre os aspetos mais angustiantes da doença para os irmãos e encorajá-los a questionar sobre os medos* (Dougherty, 2015)
- *Promover educação para a saúde direcionada para os irmãos* (Dougherty, 2015)

Modo de Interdependência

Quadro 4 - Intervenções - Modo de Interdependência

- *Prestar cuidados centrados na família* (Okido et al., 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Salvador et al., 2015; Leite, Silva & Silva, 2013; Dougherty, 2015)
- *Prestar cuidados em parceria com a criança e família* (Costa & Santos, 2016; Salvador et al., 2015; Tavares, Sena & Duarte, 2016)
- *Avaliar potenciais áreas de desajuste por forma a intervir atempadamente* (Dougherty, 2015)
- *Proporcionar momentos lúdicos* (Silva et al., 2018)
- *Constituir rede de apoio* (Silva et al., 2018)
- *Fornecer suporte emocional* (Silva et al., 2018; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Salvador et al., 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013; Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014; Leite, Silva & Silva, 2013)
- *Apoiar os irmãos* (Silva et al., 2018)
- *Orientar para o recurso para uma rede social de suporte* (Santos et al., 2014)
- *Promover a interação social* (Costa & Santos, 2016)
- *Ouvir o adolescente* (Costa & Santos, 2016)
- *Promover a expressão de sentimentos* (Costa & Santos, 2016; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Orientar a família na procura e escolha de acampamentos de verão* (McCarthy, 2015)
- *Avaliar se a criança tem condições físicas e emocionais para integrar um acampamento de verão e respeitar os seus tempos* (McCarthy, 2015)
- *Fornecer informações acerca de associações de doentes* (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013)
- *Avaliar as necessidades emocionais da criança e adolescentes* (McCarthy, 2015)
- *Promover a esperança* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Ajudar na identificação de estratégias de enfrentamento* (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014)
- *Fornecer orientação antecipada à família para promover resultados positivos para os irmãos* (Dougherty, 2015)
- *Incentivar os pais a passar tempo individual com o filho saudável* (Dougherty, 2015)

1.3.3. Discussão e Considerações Finais

Ao agrupar as intervenções do enfermeiro identificadas nos vários artigos nos quatro modos de adaptação de Roy, e tendo em conta as características de cada um, verificou-se que a maioria das intervenções incluem-se em mais do que um modo simultaneamente. Os modos de adaptação são as respostas observáveis, isto é, os comportamentos da pessoa face aos estímulos do ambiente (Roy & Andrews, 2001). Desta forma, a mesma intervenção pode atuar sobre os estímulos diferentes permitindo respostas adaptativas em modos diferentes.

Após a análise dos artigos, é possível verificar que, a abordagem da família enquanto unidade, numa filosofia de cuidados centrados na família está patente em vários artigos (Okido et al., 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Salvador et al., 2015; Leite, Silva & Silva, 2013; Dougherty, 2015). A doença crónica na criança é uma experiência difícil para toda a família. O diagnóstico de uma doença crónica é bastante impactante, e acarreta sentimentos de incerteza, medo quanto ao futuro e implica uma mudança do funcionamento familiar (Santos et al 2014). Assim, é importante que a abordagem junto da família seja sistémica. Foram incluídas nos quatro modos as seguintes intervenções: “Prestar cuidados centrados na família”, “Prestar cuidados em parceria com a criança e família”, “Avaliar potenciais áreas de desajuste por forma a intervir atempadamente” e “Ajudar na identificação de estratégias de enfrentamento”(Okido et al., 2016; Santos et al., 2014; O'Neill & Robinson, 2016; Salvador et al., 2015; Leite, Silva & Silva, 2013; Dougherty, 2015; Costa & Santos, 2016; Tavares, Sena & Duarte, 2016; Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014). Como parte do processo de enfermagem, segundo o Modelo de Adaptação de Roy, existe a avaliação dos comportamentos da pessoa e a avaliação dos estímulos internos e externos que influenciam esses comportamentos. Os comportamentos podem ser observados, medidos ou referidos pela pessoa. O que é uma resposta a um estímulo em determinado modo, noutra modo esse mesmo comportamento pode ser o estímulo (Roy & Andrews, 2001). Daí que estas intervenções podem ser utilizadas em todos os modos adaptativos. A parceria de cuidados emerge, também, da análise destes artigos e o enfermeiro deve estabelecê-la com a família nos cuidados à criança, por forma a criação de um plano de cuidados partilhados, valorizando o conhecimento da família no cuidar da criança, as suas estratégias (Salvador et al., 2015; Costa & Santos, 2016, Tavares, Sena & Duarte, 2016).

Nos cuidados à criança, a família deve ser encarada como uma constante na vida da criança, e assim o enfermeiro deve ter em consideração os restantes membros da família e as suas necessidades. Na intervenção com a família, o enfermeiro cria oportunidades para que os membros da família reconheçam as suas forças e competências e adquiram novas no cuidados à criança doente, e assim promover a sua capacitação e empoderamento, ao sentirem que têm um maior controlo sobre a sua vida (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando é diagnosticada uma doença crónica tanto a criança como a família necessitam de

se ajustar a essa nova realidade, têm de assumir novos papéis. Quando a transição para o novo papel não produz respostas adaptativas pode dizer-se que não há adaptação no modo de função da vida real. Esses comportamentos ineficazes podem ser estímulo e condicionar as respostas noutra modo (Roy & Andrews, 2001). Através da análise dos artigos foram identificados algumas intervenções que podem promover a adaptação no modo de função do papel na vida real e por isso, promover também a adaptação no modo fisiológico. As intervenções identificadas que podem influenciar a adaptação nestes dois modos foram: “Fornecer informações às mães sobre crenças de saúde consistentes com os comportamentos recomendados”, “ Ensinar a criança, família e outros cuidadores sobre a doença, cuidados, tratamentos e necessidades complexas da criança”, “Fornecer orientações antecipatórias face às complicações/exacerbações”, “Orientar os pais sobre a terapêutica, gestão de horários”, “Treinar pais e família para a realização de cuidados à criança” e “Ensinar sobre estratégias como distração e brincadeira para incentivar a adesão da criança a tratamento” (Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Santos et al., 2014; O’Neill & Robinson, 2016; Costa & Santos, 2016; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013; Silva et al., 2018; Okido et al, 2016; Salvador et al, 2015; Leite, Silva & Silva; 2013; Dougherty, 2015). No modo de função na vida real podem ser observados dois tipos de comportamentos: comportamentos expressivos (de natureza emocional) e comportamentos instrumentais (ações físicas). Quando os comportamentos instrumentais identificados são ineficazes, isso deve-se à falta de conhecimento, de informação prática ou de modelos de papéis (Roy & Andrews, 2001). Assim, com estas intervenções é possível potenciar esses comportamentos para que esses sejam adaptativos. A educação para a saúde sobre a doença crónica da criança, a orientação antecipatória sobre complicações, o esclarecimento de dúvidas, o ensino das procedimentos necessários no cuidado da criança com doença crónica são intervenções que surgem destes estudos e que promovem essa capacitação e assim, facilitam a adaptação a essa mesma doença pelo sentimento de controlo da situação (Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Santos et al., 2014; O’Neill & Robinson, 2016; Costa & Santos, 2016; Salvador et al, 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013). Ao serem capacitados a prestar os cuidados que a criança necessita é possível promover a adaptação no modo fisiológico uma vez que as necessidades inerentes a este modo são, mais facilmente, alcançadas através dos cuidados prestados pelos pais ou

outros cuidadores. Também as crenças que os pais têm em relação à doença vão influenciar a adaptação na medida em que influenciam a forma como os pais recebem as informações dadas pelo profissional de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

O *stress* decorrente da existência de uma doença crônica na criança para a família assim, como as atividades complexas que são necessárias para o cuidado desta criança leva a que os pais se focalizem nas dificuldades que a criança atravessa, ignorando ou menosprezando as suas potencialidades. Por isso, é muito importante reforçar positivamente as qualidades e competências da criança para otimizar o seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Com intervenções como “ Incentivar os pais à promoção da autonomia e independência da criança/adolescente”, “Auxiliar as famílias no estabelecimento de estratégias de normalização que apoiem simultaneamente o cuidador e a criança”, “Dar reforço positivo no desempenho dos cuidados”, “Estimular a criança a brincar, a realizar atividades que uma criança saudável faz”(Santos et al, 2018; Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016) podem simultaneamente favorecer a adaptação no modo de função do papel na vida real na medida em que promove o papel da criança doente enquanto criança e facilita a transição do papel nos pais enquanto cuidadores. Por outro lado, permitem a adaptação no modo de autoconceito, uma vez que, relacionado com todos os componentes deste modo está a autoestima, a percepção que a pessoa tem do seu valor (Roy & Andrews, 2001).

Segundo Callista Roy, o modo de interdependência é um modo social cujo objetivo passa por atingir adequação afetiva através das relações com os outros. Essas relações podem ser estabelecidas entre família mas também através de redes sociais de suporte (Roy & Andrews, 2001). Essa rede é constituída por pessoas com as quais existe um vínculo como, por exemplo, a família, vizinhança, círculo de amizades, equipa de saúde, etc (Salvador et al., 2015). Algumas intervenções que promovem a adaptação neste modo são “Orientar para o recurso de uma rede social de suporte”, “Fornecer informações acerca de associações de doentes” “Constituir rede de apoio” (Santos et al., 2014, Silva et al., 2018, Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013) É muito importante promover a expressão de sentimentos e escutar ativamente as dúvidas e medos, e fornecer suporte emocional (Silva et al., 2018; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016; Salvador et al., 2015; Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013; Zhang, Wei, Shen & Zhang, 2014; Leite, Silva & Silva, 2013; Costa &

Santos, 2016). Desta forma, o enfermeiro está a intervir na promoção da esperança, sendo esta muito importante na gestão da doença e na vivência de situações causadoras de incerteza e *stress*. A esperança, como resposta humana, é fundamental na adaptação à doença (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

É importante não esquecer que, por vezes, na família onde existe uma criança com doença crónica, podem existir outras crianças e que a doença da criança doente pode afetar negativamente a vida dos irmãos. Também eles têm medos, dúvidas e angústias e a forma como percebem e se adaptam à doença do irmão é influenciada por diversos fatores, como por exemplo a idade e o nível de desenvolvimento e também pela forma como os pais lidam com a situação. Pais com níveis de *stress* elevados podem contribuir para a má adaptação dos irmãos. Muitas vezes, os irmãos reagem com inveja, ciúmes da atenção que os pais dedicam ao irmão doente. É importante que os enfermeiros orientem os pais para as possíveis reações destas crianças e que forneçam estratégias para minimizar as reações negativas (Dougherty, 2015). Assim, o enfermeiro pode otimizar a adaptação nos modos de autoconceito e interdependência.

O enfermeiro tem, assim, uma intervenção importante na adaptação da criança e família à doença crónica em diversos aspetos ao trabalhar em parceria numa filosofia de cuidados centrados na família. Pode concluir-se que, com uma intervenção, é possível ao enfermeiro intervir em mais que um modo em simultâneo, e que os modos estão interligados uma vez que a não adaptação num pode interferir com a não adaptação noutra. É, então, importante que a intervenção do enfermeiro seja feita com base numa avaliação global da pessoa (criança e família) para que a sua integridade seja alcançada, pois só desta forma é possível haver adaptação.

Como limitações na análise dos resultados desta *scoping*, à luz do modelo teórico adotado, aponto a própria complexidade do modelo e as diferentes interpretações que podem ser feitas a partir dos seus resultados.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer deste percurso formativo tive oportunidade de contactar com diferentes contextos onde é possível intervir junto das crianças e das suas famílias. Intervir em parceria, em qualquer contexto onde a criança se encontre é, segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados na Saúde da Criança e do Jovem, um dos objetivos do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, para a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Os contextos foram os cuidados de saúde primários, o serviço de Urgência Pediátrica, o serviço de Neonatologia e o serviço de internamento de Pediatria. A metodologia utilizada ao longo dos estágios foi a metodologia de projeto. Para cada contexto elaborei um projeto no qual apresentei um diagnóstico de situação, defini objetivos e atividades que permitissem atingir esses objetivos. Neste capítulo irei fazer uma breve descrição desses contextos, irei abordar os respectivos diagnósticos de situação, os objetivos definidos e como desenvolvi atividades que me permitiram a aquisição de competências.

O objetivo geral que defini para ser transversal a todos os contextos foi:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nos diversos contextos da praxis

Desta forma, procurei que, na minha prestação nos diferentes contextos, pudesse adquirir competências na assistência à criança, jovem e família nas situações de especial complexidade, na maximização da sua saúde e na avaliação das suas necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento e prestar cuidados específicos para lhes dar resposta.

2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nos cuidados de saúde primários desenvolvi estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) no período entre 30 de Abril e 15 de Junho. As UCSP são unidades funcionais que, assim como as Unidades de Saúde Familiar, as Unidades de Cuidados Continuados, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Recursos Partilhados, formam os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). A UCSP onde estagiei presta cuidados de saúde personalizados à população abrangida pelo concelho e visa garantir, de acordo com o artigo 10º do Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, a acessibilidade, continuidade e globalidade desses mesmos recursos (Ministério da Saúde, 2008). Nesta unidade o enfermeiro tem um ficheiro com um número de famílias que acompanha ao longo de todo o ciclo vital, num trabalho conjunto com o médico de medicina geral e familiar.

2.1.1 Diagnóstico de Situação

Ao longo da primeira semana na UCSP, e através de entrevista não estruturada à enfermeira orientadora sobre as características da população e necessidades de intervenção, foi na área da prevenção de acidentes na infância que surgiu o foco de atenção, nomeadamente os resultantes da não utilização de equipamentos de proteção nas atividades com veículos com rodas como, por exemplo, a bicicleta.

A minha temática transversal é a adaptação à doença crónica. Apesar de a prevenção de acidentes não corresponder diretamente à temática, poderá ser interpretado como forma de prevenir uma situação que pode levar a necessidades especiais de saúde. Os traumatismos resultantes de acidentes são uma das principais causas de mortalidade e morbidade nas crianças com mais de um ano em todo o mundo (DGS, 2010). Os traumatismos acidentais que não resultam em morte podem alterar definitivamente a vida da criança, condicionando de forma irreversível o seu desenvolvimento e a qualidade de vida da criança e família. Os acidentes de viação, as quedas, os acidentes em atividades de lazer sem a utilização de equipamentos de proteção são exemplos de acidentes que levam a este tipo de traumatismos. (Dias, Costa & Martins, 2013; Ong, Low & Vasanwala, 2016).

À medida que a criança cresce altera as suas capacidades físicas e cognitivas, o grau de dependência diminui e potencia a exploração do ambiente à sua volta, testa os seus limites e adota maior número de comportamentos de risco sem que haja necessariamente uma capacidade desta para reconhecer e evitar as situações que as colocam em perigo (Dias, Costa & Martins, 2013).

Embora haja conhecimentos por parte dos pais das medidas de segurança, muitas vezes essas são descuradas, o que coloca em risco a segurança da criança como, por exemplo, a não utilização de capacetes e outros acessórios de proteção em atividades de lazer (APSI, 2011).

O Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica tem um papel importante na educação para a saúde e capacitação da criança e família na manutenção da saúde e segurança. Uma das suas áreas de atuação é “deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco” (Ordem dos Enfermeiros, 2018. pp. 19192).

2.1.2. Objetivos e Atividades

Como orientador do meu percurso, tendo em conta o contexto e o diagnóstico de situação identificado no decorrer da primeira semana de estágio defini objetivos específicos a atingir. A elaboração desses objetivos visa dar resposta à problemática identificada mas também à aquisição e competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Como tal defini como objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à criança/jovem e família atendendo às necessidades do ciclo vital, por forma a promover o seu desenvolvimento e prevenir situações de risco
- Contribuir para a promoção de adoção de comportamentos promotores de saúde na área da prevenção de acidentes
- Contribuir para a formação em serviço na área da saúde infantil e juvenil

Prestar cuidados especializados à criança/jovem e família atendendo às necessidades do ciclo vital, por forma a promover o seu desenvolvimento e prevenir situações de risco

Por forma a dar resposta a este objetivo defini como atividades a realização de consultas de vigilância de saúde infantil de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada criança e jovem, a transmissão de orientações antecipatórias à família, adequadas à idade da criança/jovem, incluindo a temática da prevenção de acidentes no decorrer das consultas e a realização de registos adequados no sistema informático em utilização na UCSP por forma a promover a continuação de cuidados.

Ao longo deste estágio realizei consultas de vigilância de saúde à criança e jovem com menos de 18 anos, de acordo com a calendarização das consultas nas idades-chave propostas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). De acordo com o PNSIJ a idade-chave é aquela onde são previstos os acontecimentos importantes na vida da criança como “etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, socialização, alimentação e a escolaridade”(DGS, 2013. p7).

No decorrer das consultas de vigilância avalei o desenvolvimento da criança através da avaliação dos parâmetros somatométricos e através do escala de avaliação de *Mary Sheridan*, assim como, pelo observação da criança no decorrer das consultas e através das informações fornecidas pelos pais, sempre com respeito pela individualidade e culturalidade. “O acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser flexível, dinâmico e contínua, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança”(DGS, 2013. p 57). Apesar das idades-chave tive em conta que cada criança tem o seu ritmo de crescimento e desenvolvimento individual e que as escalas utilizadas para avaliar esse desenvolvimento são importantes como indicadores do padrão mas com limites amplos. As idades não são rígidas as consultas de vigilância devem adequar-se às necessidades particulares de cada criança e família, caso a caso (DGS, 2013).

Durante as consultas transmiti informações antecipatórias adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento de cada criança, assim com tratei com respeito todas as dúvidas que os pais foram transmitindo, valorizando a importância dos cuidados antecipatórios para a promoção da saúde e prevenção da doença, de acordo com o que é

preconizado no PNSIJ. Por outro lado, identifiquei algumas situações de risco para a saúde das crianças como alimentação inapropriada, cuidados de higiene oral gravemente deficitários e assim como medidas de segurança descuidadas e intervi através da educação para a saúde em contexto de consulta.

Planeei e promovi a vacinação de acordo com o estipulado no Plano Nacional de Vacinação (PNV) através da monitorização das crianças que atendi em consulta. Verifiquei o seu plano de vacinação, e aproveitei as oportunidades para as vacinar, informando os pais acerca do atual esquema. Também administrei vacinas extra plano de acordo com a prescrição médica. Vigiei a criança e forneci informações aos pais sobre a vacinação e potenciais efeitos adversos.

Prestei cuidados em situações de complexidade como no caso do tratamento a uma criança com queimadura cuja reflexão crítica apresento em apêndice (APÊNDICE III).

Tive também a oportunidade de participar na sinalização de uma criança para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI surge do Decreto-lei n 281/2009 de 6 de Outubro. De acordo com este Decreto-lei o SINPI tem como principal objetivo “garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento”(Ministério da Saúde, 2009. pp 7298). Inclui as crianças com idade compreendida entre os 0 e os 6 anos de vida.

Contribuir para a promoção de adoção de comportamentos promotores de saúde na prevenção e acidentes

Para a concretização deste objetivo, e tendo em conta o diagnóstico de situação identificado, realizei uma sessão de educação para a saúde intitulada “ Equipar para crescer em segurança” por forma a incentivar o uso de equipamentos de segurança em atividades como andar de bicicleta, skate, patins, etc.. Previamente à sessão foi elaborado um plano da sessão que foi validado com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe da UCSP e que deixo em apêndice (APÊNDICE IV).

Esta sessão teve como destinatários as crianças em idade escolar e família. As crianças em idade escolar adquirem uma maior coordenação motora, conseguem empreender atividades físicas mais duradouras sem exaustão, uma vez que há alterações físicas próprias desta idade, como o alongamento esquelético e aumento da percentagem de peso corporal representada por tecido muscular. Isto favorece um aumento da força e aquisição progressiva de coordenação e equilíbrio. Atividades como andar de bicicleta, skate ou patins são facilitadas por estas alterações proporcionais nas crianças desta faixa etária. E por estes motivos estas atividades são apreciadas pelas crianças em idade escolar e devem ser estimuladas como forma de potenciar uma melhor coordenação. Nesta fase do desenvolvimento da criança, ela tem habilidades físicas aumentadas, esforça-se por adquirir novas habilidades e melhorar as que já possui, tem uma confiança que excede a capacidade física, mas distrai-se facilmente com o ambiente, o que a torna vulnerável a acidentes (Hockenberry & Wilson, 2014)

As crianças em idade escolar são crianças com maior prevalência de acidentes em ambientes de recreio e atividades físicas (Ong, Low & Vasanwala, 2016). As quedas de bicicleta e patins constituem uma das causas mais significativas de traumatismos em crianças em idade escolar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para a realização desta sessões, dado a estrutura e funcionamento da UCSP, optei por realizá-las em contexto de sala de espera. Contudo, estas foram realizadas em tempo de consulta, por haver poucas consultas, em toda a unidade, de crianças desta faixa etária em horários coincidentes. Foi feita divulgação da sessão a todos os enfermeiros da UCSP numa reunião da equipa, no sentido de obter a colaboração dos enfermeiros na divulgação da sessão junto das famílias. As crianças e famílias foram informadas individualmente nas consultas. A realização desta sessão em contexto de consulta não trouxe qualquer constrangimento para a mesma. Como método de apresentação da sessão utilizei o método expositivo com a utilização de cartazes (APÊNDICE IV) e ativo, com a participação das crianças. Apesar de o objetivo principal ser abordar a utilização dos equipamentos de segurança também abordei os cuidados a atravessar a estrada e os cuidados no carro.

Em termos de desenvolvimento cognitivo, a criança em idade escolar começa a adquirir capacidade de observar a realidade por outra perspetiva que não seja a sua. As crianças nesta faixa etária, nas suas brincadeiras, utilizam as suas habilidades intelectuais e

de fantasia e imaginação. Adoram histórias pois as suas capacidades criativas estão muito desenvolvidas (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, como estratégia para envolver as crianças na sessão e captar a sua atenção para as informações abordadas iniciei a sessão com uma história que intitulei “A história de Miguel e Maria” que é possível ver no cartaz inicial. Encorajei a participação das crianças durante a sessão e, no final da mesma ,entreguei às crianças um folheto que incluía a história e algumas recomendações (APÊNDICE IV).

A avaliação desta sessão foi feita através de um questionário aplicado aos pais. O questionário e o tratamento dos dados dos questionários, encontra-se em apêndice (APÊNDICE IV). Como forma de avaliar a compreensão dos conteúdos da sessão por parte das crianças, foi mostrada às crianças uma folha com desenhos de crianças com equipamentos de proteção e sem esses equipamentos (APÊNDICE IV). As crianças tinham de responder à questão “Quais os meninos que estão protegidos? assinalando na imagem. A totalidade das crianças assinalou corretamente.

Esta sessão foi bastante positiva. As crianças foram bastante participativas. Constatei que, apesar de terem conhecimento da existência desses equipamentos muitas vezes não os utilizam. Foi curioso constatar que, após sugestão para que contassem a história na escola a outros colegas, isso tenha de facto acontecido. Uma criança contou na escola e quando fui realizar a sessão a outra criança esta já a conhecia. Relatou toda a história e o que tinha aprendido com ela sem ter assistido à sessão propriamente dita.

Os pais/família consideraram pertinente a abordagem deste tema.

Foi, ainda, elaborado um cartaz informativo sobre a utilização de equipamentos de segurança nas atividades com bicicletas, skates, patins e outros veículos de rodas (APÊNDICE V) e uma sugestão de atividade para que os enfermeiros da UCSP possam dar continuidade a estas sessões (APÊNDICE VI).

Contribuir para a formação em serviço na área da saúde infantil e juvenil

Após entrevista informal à enfermeira chefe da UCSP constatei que não havia, na unidade, nenhum plano de formações estruturado. Desta forma, elaborei um questionário para levantamento das necessidades formativas (APÊNDICE VII), direcionado para saúde

infantil e validei-o com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe. Tendo em conta os resultados da aplicação dos questionários aos enfermeiros da unidade a temática da sessão foi a prevenção de acidentes na faixa etária dos adolescentes (APÊNDICE VII). Esta temática acabou por vir ao encontro do meu diagnóstico de situação e, indiretamente da temática que trabalhei ao longo de todo o percurso, como já relatei acima.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a idade adulta e que é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. O adolescente experiencia grandes mudanças a nível físico, cognitivo, psicológico e social.

O desenvolvimento psicossocial é bastante amplo na adolescência, sendo que nenhum adolescente se desenvolve da mesma maneira nem ao mesmo ritmo. Essa transição para a idade adulta não ocorre de um modo contínuo, uniforme ou síncrono (Fonseca, 2017). Ainda assim, e de acordo com este autor, a adolescência pode dividir-se em três fases, ainda que estas não sejam rígidas. Estas fases são baseadas em modelos comportamentais dos adolescentes como a conquista de independência face aos pais, o comportamento face aos pares e códigos de conduta de grupo, a importância e aceitação da própria imagem corporal e o estabelecimento da identidade sexual, vocacional, intelectual e moral. Segundo Fonseca (2017) essas fases são a adolescência precoce (10 aos 13 anos) a qual se caracteriza por alterações físicas típicas da puberdade assim como alterações psicossociais e emocionais; a adolescência média (14 aos 17 anos) que se caracteriza pela emergência e intensidade dos sentimentos, uma maior atribuição de importância aos valores dos pares, que modelam os seus comportamentos; e a adolescência tardia (17 aos 21 anos) onde ocorre a conquista de autonomia psicossocial e reconhecimento de uma identidade própria.

Assim, a adolescência é um período de oportunidades e riscos, e um ensaio de “novas reflexões, tomadas de decisão e condutas que até então não tinham sido tentadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010. pp.17).

Em geral, a adolescência é considerada um período da vida saudável. Contudo, é também um período de experimentação e de adoção de comportamentos de risco, o que faz dos adolescentes um grupo suscetível à ocorrência de acidentes (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Outro facto que os torna vulneráveis é a predominância, nesta faixa etária, de

sentimentos de onnipotência e imortalidade, com a conseqüente diminuição da noção dos perigos (Fonseca, 2017). Relacionado com o facto de ser um período de experimentação está o consumo por parte dos adolescentes de substâncias, como o álcool, o que aliado à menor percepção dos perigos, os coloca em risco de acidentes (Ordem dos enfermeiros, 2010).

Elaborei uma sessão para os enfermeiros da UCSP com esta temática. Esta sessão foi divulgada numa reunião de serviço e apresentada igualmente numa reunião de serviço. O plano da sessão foi validado com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe (APÊNDICE VIII). Os diapositivos desta sessão, “Adolescentes - Prevenção de Acidentes” estão em apêndice (APÊNDICE VIII). Após a sessão foi aplicado um questionário de avaliação aos enfermeiros que assistiram e feito o respetivo tratamento dos dados (APÊNDICE VIII).

Na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, através da avaliação dos dados somatométricos ou através da utilização de Escala de Avaliação *Mary Sheridan* nas consultas de saúde infantil é possível detetar alterações na adaptação da criança e família às mudanças no ambiente nos modos fisiológico, de interdependência, de função na vida real, pela promoção do desenvolvimento infantil e transmissão de orientações antecipatórias.

Através da educação para a saúde é possível promover comportamentos adaptativos na medida em que os mecanismos de resistência da pessoa, no caso a criança e família, são reforçados, nomeadamente o sistema cognitivo. Estes mecanismos vão influenciar a forma como a pessoa reage ao estímulo do ambiente e é manifestado através de comportamentos ou respostas (Roy & Andrews, 2001).

2.1.3. Competências Adquiridas

Durante o estágio neste contexto pude desenvolver competências na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, através da gestão e interpretação da informação adquirida da formação inicial especializada, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil pela avaliação

adequada das crianças e jovens e pela transmissão de orientações antecipatórias às famílias. Desenvolvi competências na comunicação com a criança e família, nas consultas e durante a sessão com as crianças, adaptando a minha linguagem à idade e estágio de desenvolvimento da criança, na utilização de técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família. Nas consultas com adolescentes pude desenvolver competências na promoção da auto-estima do adolescente pelo reforço positivo e pelo estímulo à comunicação expressiva de sentimentos, e na auto-determinação nas escolhas relativas à saúde, pela escuta ativa das suas preocupações, pelo estímulo à tomada de decisão responsável quanto aos comportamentos promotores de saúde e prevenção de comportamentos de risco.

Foi possível, também, desenvolver competências na assistência à criança e jovem com a família, na maximização da sua saúde, no diagnóstico de situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida a criança e jovem pela identificação de situações de risco, na avaliação dos comportamentos da criança e ao facilitar à criança e jovem a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança.

As competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica acima descritas encontram-se no regulamento da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Desenvolvi estágio no serviço de urgência entre 3 de Setembro e 5 de Outubro. A equipa de enfermagem é constituída por dois enfermeiros por turno, um afeto à triagem e outro à sala de tratamentos e SO. Nos meses de maior afluência, no período de inverno e primavera, há um terceiro elemento que dá apoio à sala de tratamento e à triagem.

A sala de reanimação está localizada junto aos postos de triagem, à entrada do serviço. Sempre que chega à urgência uma criança em situação de emergência, o enfermeiro da triagem dirige-se à sala de reanimação e, através de uma campainha, avisa os médicos e o enfermeiro que está na sala de tratamentos.

O percurso de uma criança que se dirige ao serviço de urgência inicia-se no serviço administrativo com a sua inscrição. Após a inscrição a criança é chamada para triagem

num período máximo de 8 minutos. No posto de triagem realiza-se a primeira observação da criança pelo enfermeiro, que mediante as queixas e cumprindo o fluxograma da triagem de Manchester, atribui uma pulseira de acordo com a gravidade e que estabelece a prioridade para a observação médica. Após triagem a criança aguarda na sala de espera acompanhada sempre por uma pessoa de referência (pai, mãe ou outro responsável pela mesma). Dependendo do motivo que levou a criança a ir à urgência e, de acordo com a prescrição médica a criança poderá ser encaminhada para a sala de tratamentos, sala de aerossóis, sala de espera de ortopedia ou até ao serviço de imagiologia. Após realização dos tratamentos a criança é reavaliada e, de acordo com a evolução do seu estado a criança pode ter alta, ser internada no SO ou ser transferida para o internamento de pediatria. A criança que fique internada no SO não permanece lá mais de 24 horas. Se ao fim dessas 24 horas a criança ainda permanecer no SO ela é internada no serviço de pediatria ou transferida para outro hospital mais especializado.

2.2.1. Diagnóstico de Situação

No decorrer da primeira semana, através de entrevista não estruturada à enfermeira orientadora e observação, identifiquei como diagnóstico de situação a criança com diabetes mellitus 1, tendo em conta área temática (a intervenção do enfermeiro na adaptação doença crónica). A necessidade de intervir nesta área surgiu do facto da admissão de crianças com diabetes mellitus tipo 1 em descompensação metabólica não ser uma situação que surja com muita frequência neste serviço de urgência, e da necessidade dos profissionais têm de prestar a melhor assistência à criança e família numa situação de urgência.

A diabetes mellitus é um distúrbio metabólico crónico e como qualquer outra doença crónica traz implicações para a vida da criança e família, e prolonga-se por toda a vida (DGS, 2016). A criança com diabetes mellitus apresenta uma deficiência na produção da hormona insulina, podendo esta ser parcial ou total, e esta é a alteração metabólica mais comum (Hockenberry & Wilson, 2014).

A admissão de crianças com diabetes no hospital acontece no “no momento do diagnóstico inicial, durante uma doença ou cirurgia ou em episódios de cetoacidose” (Hockenberry & Wilson, 2014,p1698). A descompensação metabólica,

nomeadamente a cetoacidose diabética, leva a criança a necessitar de recorrer ao serviço de urgência. Algumas destas situações de agudização podem ocorrer por desvalorização por parte da família e má adaptação à doença.

A diabetes mellitus é uma doença complexa, que provoca ansiedade e angústia nos pais, e a adesão ao tratamento e conseqüente qualidade de vida da criança e família é tanto melhor quanto melhor for a adaptação à doença (Silva, Macedo, Silva, Aparício & André, 2017).

O hospital onde realizei estágio neste contexto em conjunto com o ACES da região promoveu um projeto com o principal objetivo de reintegrar a criança com diabetes na comunidade de forma eficaz, para uma melhor gestão da doença por parte da criança e da família. Quando a criança é internada com diagnóstico de diabetes inaugural é contactada a enfermeira responsável pela consulta de diabetes de pediatria do hospital. Esta enfermeira estabelece contacto com o ACES. É atribuído à criança um enfermeiro na comunidade, que o irá acompanhar após a alta hospitalar. Caso a criança tenha enfermeiro de família este assume essa função. Caso tal não se verifique, então, será outro enfermeiro da comunidade a desempenhar o papel de gestor de caso. Assim, todas as crianças podem ter um enfermeiro na comunidade como enfermeiro de referência. Enquanto a criança ainda permanece no hospital, o enfermeiro de referência entra em contacto com a família o que facilita a transição após a alta. Desta forma, promove-se uma organização dos cuidados de enfermagem, no sentido do estabelecimento de parcerias entre os vários níveis de prestação de cuidados disponíveis à criança e jovem, por forma a melhorar a sua acessibilidade e continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com a informação que obtive pela enfermeira chefe é importante a inclusão de todos os serviços de pediatria neste projeto.

2.2.2. Objetivos e Atividades

Neste contexto, por forma a adquirir competências e, tendo em conta o diagnóstico de situação identificado defini os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à criança e família em situações de maior complexidade, na maximização da saúde, em contexto de urgência

- Otimizar a assistência à criança com Diabetes Mellitus tipo 1 e sua família que recorre ao SU

Prestar cuidados especializados à criança e família, em situações de maior complexidade, na maximização da saúde, em contexto de urgência

Durante o período em que realizei estágio no serviço de urgência, e por forma a atingir este objetivo delinee atividades como a prestação de cuidados de enfermagem especializados em sala de tratamentos e SO, realização de procedimentos técnicos promovendo os cuidados atraumáticos, a aquisição de conhecimentos acerca da triagem de Manchester através da observação.

Prestei cuidados a crianças com diferentes idades e cujos os motivos de recurso à urgência eram variados. Ao longo deste estágio os motivos mais frequentes com os quais contactei foram febre, vômitos, dor abdominal, dificuldade respiratória, disúria ou oligúria. Realizei alguns procedimentos técnicos como algaliação, punção de veia periférica, colheitas de sangue. Tive por base sempre os cuidados atraumáticos. Um dos objetivos dos cuidados atraumáticos é minimizar o desconforto físico ou psicológico que um procedimento pode acarretar para a criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma utilizei estratégias para a diminuição desse desconforto, como a distração e o brincar terapêutico, na realização de procedimentos. A permanência no serviço de urgência pode desencadear na criança sentimentos negativos como o medo, e é necessário intervir de forma a minimizar esses efeitos negativos tentando transformar a experiência o mais positiva possível para a criança (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). A situação de doença e o ambiente desconhecido podem provocar na criança sentimentos de angústia, medo, nervosismo, desconfiança, entre outros. O enfermeiro deve facilitar a gestão desses sentimentos, por forma a minimizar os efeitos negativos da experiência. Desta forma, capacita a criança de mecanismos de enfrentamento para regular as suas emoções em experiências futuras. Utilizar o brincar terapêutico como recurso na intervenção de enfermagem junto da criança é vantajoso, na medida em que, ajuda a diminuir sentimentos como o medo e a aumentar a sua cooperação. Além disso, preparar a criança para o procedimento, permitir que ela se expresse e reforçar positivamente são estratégias

igualmente importantes na diminuição do desconforto físico e emocional que a criança possa estar a vivenciar (Diogo, 2015; Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Costa, Veríssimo, Toriyama & Sigaud, 2016). Assim, otimizei a adaptação da criança a esta nova situação no modo do autoconceito, nomeadamente no ser pessoal, ao intervir de forma a diminuir a ansiedade, de acordo com o Modelo de Adaptação de Callista Roy.

Ao cuidar das crianças que recorriam ao serviço de urgência, envolvi a família nos procedimentos por forma a diminuir a ansiedade e mau estar da criança e melhorar a sua cooperação, e transmiti informações adequadas à especificidade de cada situação de doença à criança e família, potenciando a melhoria do estado de saúde e informações antecipatórias para a adoção de comportamentos promotores de saúde e prevenção novas situações.

Em apêndice deixo uma reflexão sobre uma situação de prestação de cuidados no serviço de urgência (APÊNDICE IX).

Cuidei de crianças em internadas em SO, onde acompanhei a evolução das crianças, com atenção a focos de instabilidade e agravamento, através da monitorização dos sinais vitais e observação através da escala de PEWS (*Pediatric Early Warning Score*). A escala de PEWS permite avaliar o estado da criança em risco de deterioração e perceber se necessita de nova reavaliação ou contactar pediatra de imediato. Por deterioração do estado clínico entende-se a manifestação de sinais e sintomas que revelam instabilidade. Ao avaliar precocemente estas manifestações é possível prevenir o agravamento, pois isto permite uma atuação mais rápida (Miranda et al., 2016).

A criança, em contexto de urgência, pode ter dor. Dependendo da sua idade ou nível de desenvolvimento a criança consegue ou não expressar a dor que sente. A dor na criança deve ser valorizada uma vez que, quando não tratada, pode trazer consequências futuras. Para um melhor controlo da dor é importante que a sua avaliação seja o mais rigorosa possível, daí ser importante a utilização de escalas de avaliação da dor adequadas ao desenvolvimento de cada criança. Monitorizei a dor com recurso a várias escalas de avaliação da dor. Em crianças com idade inferior a 4 anos ou que não conseguem verbalizar apliquei a escala de Flacc. Em crianças dos 4 aos 6 anos de idade apliquei a escala de faces de Wong Baker. Em crianças com mais de 6 anos apliquei a escala numérica ou de faces, consoante a capacidade da criança para avaliar a própria dor (DGS,

2010; Bastos & Sousa, 2014) Ao fazer esta avaliação da dor pude atuar por forma a alterar a resposta ao estímulo que, ao existir dor, é uma resposta ineficaz no modo fisiológico, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001), através de medicação prescrita e medidas não farmacológicas para alívio da dor, como o posicionamento, a distração, a brincadeira, aplicação de frio, entre outras (Ordem dos enfermeiros, 2013).

Tive também a oportunidade de observar a triagem das crianças na admissão ao serviço de urgência. Esta é feita através do sistema de triagem de Manchester e, uma vez que é necessário ter formação nesse âmbito, não pude realizá-la. O Sistema de triagem de Manchester consiste na aplicação de um fluxograma que classifica os doentes em grau de risco. Assim cada pulseira de cores diferentes determina a prioridade e o tempo máximo que o doente, no caso criança ou jovem, pode esperar de acordo com o tempo de espera clinicamente recomendado para tal situação de saúde. As pulseiras têm várias cores que vão do branco até ao vermelho (GSEAS, 2016). A triagem é muito importante pois facilita o atendimento mais rápido das situações mais urgentes que podem trazer risco de vida ou agravamento do estado de saúde das crianças. Segundo o Despacho 4835-A/2016 presente em Diário da República, com este sistema “pretende-se assim, criar condições para reduzir o número de situações não urgentes nos SU e dar uma melhor resposta nesses serviços aos efetivos episódios urgentes”(GSEAS, 2016. pp. 11816-2). Foi muito enriquecedor para mim observar os colegas na triagem, uma vez que é a primeira observação da criança e é muito importante porque define a prioridade no seu atendimento.

Pude colaborar com os enfermeiros em situações de emergência com recurso à sala de reanimação.

A enfermeira orientadora assumia um papel importante na gestão e coordenação do serviço de urgência pediátrica. Esse facto possibilitou-me observar e compreender melhor a dinâmica do serviço e do seu funcionamento. Pude observar e aprender no que respeita à gestão dos medicamentos, do material clínico, da verificação do carro de urgência e da sala de reanimação, da verificação de medicamentos estupefacientes, verificação dos equipamentos como o ventilador e o desfibrilhador.

Otimizar a assistência à criança com Diabetes Mellitus tipo 1 e sua família

Após entrevistas informais à enfermeira chefe, enfermeira orientadora e enfermeiros do serviço de urgência, acerca das necessidades do serviço na abordagem à criança com diabetes em contexto de urgência, e tendo em conta o diagnóstico de situação, elaborei um cartaz adaptado de uma norma já existente no serviço. O tema deste cartaz é a cetoacidose metabólica e é dirigido aos enfermeiros do serviço de urgência (APÊNDICE X). Tem como objetivo facilitar a consulta da norma numa situação real para uma melhor atuação perante uma criança em descompensação metabólica. Desta forma, o enfermeiro potencia a adaptação da criança no modo fisiológico, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001). O conteúdo deste cartaz tem alguma informação que necessita de prescrição médica para que o enfermeiro possa intervir, mas sendo o enfermeiro responsável pela administração da medicação prescrita considerei relevante a sua inclusão. Os enfermeiros, de acordo com as suas competências profissionais “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”(Ministério da Saúde, 1996). A divulgação deste cartaz foi feita em passagem de turno sendo o feedback da equipa positivo. O mesmo foi revisto pela enfermeira chefe e aprovado. Dado o tempo limitado de estágio neste contexto, e uma vez que não é uma situação frequente no serviço, não foi possível avaliar em termos práticos e numa situação concreta a funcionalidade deste cartaz.

Realizei, também, uma Instrução de Trabalho (APÊNDICE XI), para otimizar a abordagem dos enfermeiros do serviço de urgência à criança após diagnóstico de diabetes mellitus e família e no seu encaminhamento, facilitando também a participação do serviço no projeto de articulação do Hospital com o ACES mencionado atrás.

2.2.3. Competências Adquiridas

No decorrer deste estágio pude continuar o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

Na prestação de cuidados à criança em contexto de serviço de urgência pude desenvolver competências na área da assistência à criança e jovem, na maximização da sua saúde, ao negociar a sua participação e da família em todo o processo do cuidar, aproveitando as oportunidades para transmitir informação necessária à sua gestão dos processos específicos de saúde/doença e na adoção de comportamentos promotores de saúde. Assim, ao procurar oportunidades para promover comportamentos de saúde, desenvolvi competência na gestão, em parceria com a família, de um plano de saúde, promotor da parentalidade.

Demostrei capacidade de trabalhar com a equipa multidisciplinar e demonstrei conhecimentos sobre as situações de doença mais comuns em cada idade e iniciativa na resolução dos problemas na minha área de especialização, através de respostas adequadas a esses mesmos problemas.

Pela vigilância da situação de doença, evolução do estado de saúde e sinais de possível deterioração do mesmo encaminhei a criança para a observação de outros profissionais.

Desenvolvi competências na identificação de sinais de mau estar psíquico através da comunicação com a criança e avaliação da dor.

Assim, desenvolvi a unidade de competência “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao cuidar de crianças internadas no SO e no apoio que prestei aos enfermeiros em sala de emergência, necessitei de mobilizar todos os conhecimentos, quer da minha formação inicial como da especializada, assim como da minha experiência profissional, para estar apta a identificar, de forma eficaz, os focos de instabilidade e dar resposta de forma apropriada e antecipatória. Pela avaliação da dor, com recurso a escalas, garanti a gestão da dor, pela utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Desta forma, desenvolvi a unidade de competências “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados apropriados” e “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança /jovem, otimizando as respostas” no cuidar de crianças em situações de maior complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018. pp.19193)

2.3. UNIDADE DE NEONATOLOGIA

No período compreendido entre 8 de Outubro e 9 de Novembro de 2018 realizei estágio no Serviço de Neonatologia. É um serviço de Nível IIIB, o que significa que está preparado para prestar cuidados a bebés com muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1500g), com o apoio tecnológico tal como ventilação de alta frequência e também o acesso a várias especialidades médicas, técnicas de diagnóstico avançado e cirurgia pediátrica.

O serviço de Neonatologia é dividido em duas unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais ou Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN). A equipa de enfermagem presta cuidados em ambas as unidades. Os enfermeiros são divididos por equipas pelas duas unidades e existe rotatividade das mesmas. Na UCIN existem oito incubadoras (vagas) para bebés que necessitem de cuidados intensivos. Na UCERN existem dez vagas que são preenchidas por bebés provenientes do serviço de Obstetrícia ou da UCIN quando estes já não necessitam dos cuidados prestados nesta unidade. O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho.

Este serviço é, também, um serviço de referência a nível nacional para a realização de Hipotermia Induzida para bebés que preencham os requisitos para a realização desta técnica.

2.3.1. Diagnóstico de Situação

Ao longo dos primeiros turnos no serviço de Neonatologia pude observar a dinâmica da unidade, integrar-me na equipa. Nesses primeiros dias e, através de entrevista informal à enfermeira orientadora e enfermeiras da equipa tomei conhecimento de que está em desenvolvimento, ainda numa fase inicial, a organização dos ensinamentos que serão feitos aos pais durante o internamento. Um dos temas que a equipa pretende trabalhar é a prematuridade.

Uma das causas do aumento da doença crónica em idade pediátrica está relacionada com o desenvolvimento dos cuidados de saúde dos últimos anos, que permite que crianças

que nasçam em condições de saúde adversas e mais vulneráveis sobrevivam, o que não acontecia antes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Um recém-nascido prematuro é todo aquele que nasce abaixo das 37 semanas de gestação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existe nestes bebés, um maior risco de desenvolvimento de problemas de saúde graves e como consequência uma pior qualidade de vida. A principal causa de morte neonatal e a segunda em crianças até aos cinco anos de vida relaciona-se diretamente com complicações devidas à prematuridade (OMS, 2015).

O nascimento de um bebé é sonhado e idealizado pelos seus pais. Quando este nasce prematuramente, a necessitar de cuidados especiais, os pais são forçados a encarar uma realidade diferente da que haviam idealizado. Existe uma barreira física e psicológica pais e bebé. O facto de bebé estar numa unidade de cuidados neonatais, numa incubadora, rodeado por monitores e fios, muitas vezes auxiliado nas suas funções básicas como a respiração, pode tornar toda esta situação bastante assustadora. Toda essa parafernália de equipamentos potencia um afastamento emocional entre pais e bebé, causando sentimentos de angústia e culpa nos pais. É, então, bastante importante promover a aproximação destes ao seu bebé ao longo do internamento e facilitar a sua adaptação a este bebé e à parentalidade diferente daquela esperada (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Ao promover esta aproximação durante o internamento e ao realizar ensinamentos que lhes permitam ter maior contacto com o seu bebé prematuro, fá-los sentir mais confiança e autonomia nos cuidados e posteriormente na adaptação ao ambiente familiar. Ao haver uma preparação para a alta do bebé prematuro estamos a promover a diminuição da ansiedade dos seus pais e a aumentar a sua autoconfiança em relação a cuidar dos seus filhos. Esta preparação é feita ao longo de todo o internamento com o envolvimento dos pais nos cuidados, ao promover a sua vinculação através de ensinamentos e supervisão dos cuidados prestados por eles (Alcântara et al., 2017).

2.3.2. Objetivos e Atividades

No contexto de Neonatologia estabeleci os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à criança e família, em situações de maior complexidade, na maximização da saúde, em contexto de Neonatologia
- Contribuir para a promoção da adaptação ao papel parental dos pais de bebés prematuros

Prestar cuidados especializados à criança e família, em situações de maior complexidade, na maximização da saúde, em contexto de Neonatologia

Durante estas cinco semanas tive a oportunidade de prestar cuidados nas duas unidades (cuidados intensivos e intermédios). Cuidei de bebés de termo e de prematuros com necessidades de ventilação invasiva e não invasiva, bebés submetidos a cirurgias, bebés com ostomias, entre outras situações de patologia.

Os bebés internados no serviço de Neonatologia vivenciam uma separação abrupta da sua mãe, muitas vezes prematuramente, e vêem-se privados dos seus cuidados, sujeitos a procedimentos e por vezes dolorosos, a manipulações excessivas e a luzes e ruídos que podem causar *stress* e alterações fisiológicas (Otaviano, Duarte & Soares, 2015). Na minha prestação de cuidados a estes bebés, avaliei o bebé quanto à pele e mucosas, estado neurológico, sinais vitais, alterações dos padrões respiratórios, efetuei técnicas como por exemplo aspiração de secreções, prestei cuidados de higiene e conforto, alimentação. Tentei fazê-lo sempre de forma agrupada para minimizar as manipulações e permitir maiores períodos de sono. Desta forma, ao controlar a os fatores que causam *stress* fisiológico e alteração ou perturbação do seu ritmo circadiano de forma permanente, como o controle da luz, ruído e manipulações, é possível potenciar a recuperação e desenvolvimento do bebé prematuro (Otoni & Grave, 2014).

Cerca da sexta/sétima semana de gestação o feto já tem recetores para a dor na face, junto aos lábios e por volta da 20ª semana estes recetores já se encontram em todo o corpo. Entre as 20 e as 24 semanas de gestação o feto já tem a capacidade de sentir dor. A dor no recém-nascido, quer seja de termo ou pré-termo, pode ter consequências nocivas, tanto fisiológicas como comportamentais. Quando o recém-nascido tem dor, ainda que resultantes de procedimentos pouco dolorosos como o exame físico, o manuseio constante, que podem ser percebidos pelo bebé como estímulo doloroso, pode apresentar alterações

fisiológicas como taquicardia, taquipneia, ou metabólicas como hiperglicémia como resultado da diminuição da insulina sistémica e aumento do glucagon (Alves, Tubino & Tubino, 2016). Desta forma, nos cuidados que prestei aos bebés, vigiei os parâmetros vitais como frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio. Como forma de controlar a dor nestes bebés, utilizei técnicas como a contenção dos membros junto à linha média, para minimizar as alterações comportamentais e fisiológicas, o envolvimento numa manta quando prestava alguns procedimentos como entubação ou aspiração de secreções, a administração de sacarose e utilização da sucção não nutritiva sempre que possível nos bebés com reflexo de sucção presente e adequado, envolvi os pais nos cuidados ao bebé. A sucção não nutritiva, a administração de sacarose, o posicionamento são alguns exemplos de técnicas não farmacológicas de alívio da dor (Virgens, Greco & Carvalho, 2018).

Nos cuidados aos bebés internados na UCIN e na UCERN promovi o contacto entre o bebé e os seus pais estimulando o toque terapêutico e o método canguru sempre que a situação do bebé assim o permitiu. O toque terapêutico traz benefícios para o bebé como por exemplo, o facto de acalmar o bebé antes e após as intervenções, diminuir a dor, promover o seu desenvolvimento sensorial, reduzir a atividade motora e conseqüente gasto de energia, entre outras vantagens, assim como promover a vinculação com os pais. (Ramos, Frias & Risso, 2016). O método canguru consiste em colocar o bebé num contacto pele com pele com a/o mãe/pai e tem vindo a demonstrar trazer variados benefícios para o bebé. Num bebé prematuro ou de baixo peso, o método canguru permite que este faça uma regulação mais adequada dos seus parâmetros homeostáticos e hemodinâmicos; permite a redução da frequências respiratória e cardíaca, pela diminuição *stress*, e reduz os episódios de apneia, auxilia a regulação térmica, favorecendo a gestão da energia e conseqüentemente a progressão ponderal; diminui a dor e a agitação e melhora o padrão de sono. Em termos emocionais e afetivos, potencia a proximidade entre os pais e o bebé, fortalecendo vínculos e reforçando a confiança dos pais na sua capacidade para tomar conta do seu filho. A par com a tecnologia necessária nos cuidados, estes métodos referidos facilitam a adaptação do Rn prematuro à vida fora do útero materno (Marques et al, 2016; Santos & Filho, 2015) As terapias complementares não têm como função substituir os cuidados fundamentais à saúde dos bebés internados numa unidade de Neonatologia, mas

sim complementarem esses cuidados, com objetivo de promover a saúde e estimular a interação e vinculação com os pais (Ramos, Frias & Risso, 2016)

O nascimento de um bebê prematuro é para os pais, muitas vezes, uma perda, a perda do bebê sonhado, idealizado e o confronto com o bebê real, que é diferente do que haviam idealizado. A forma como vivenciam a parentalidade é igualmente diferente. É, portanto, um processo de luto (SPN, 2016). De acordo com Diaz, Fernandes & Correia (2014, pp 90) “o internamento de um bebê numa UN pode ter significativas repercussões não só no seu desenvolvimento e bem-estar mas também na autoconfiança destes pais e na sua capacidade de assumirem o papel parental.” Pude desenvolver competências na promoção da adaptação destes pais ao internamento dos filhos na unidade de Neonatologia e da vinculação entre os pais e os bebês através do acolhimento destes pais, do esclarecimento de dúvidas acerca dos cuidados prestados aos bebês e dos equipamentos e tratamentos, na inclusão dos pais nos cuidados aos bebês tanto quanto fosse o seu desejo e capacidade. Com recurso à parceria de cuidados é possível promover o contacto entre os pais e os seus bebês e desta forma reduzir a ansiedade dos pais nos cuidados aos mesmo e assim, favorecer um desenvolvimento saudável do RN prematuro (Fernandes, Toledo, Campos & Vilela, 2014).

Desta forma, e fazendo o paralelismo com o Modelo de Adaptação de Roy, intervi de forma a otimizar a adaptação do recém-nascido prematuro no modo fisiológico, e no modo da função de papel e no modo de interdependência, ao promover a vinculação dos pais com o bebê e auxiliá-los seus cuidados.

Realizei uma reflexão sobre o cuidar do bebê prematuro que pode ser consultada em apêndice (APÊNDICE XII).

Contribuir para a promoção da adaptação ao papel parental dos pais de bebês prematuros

Para além de contribuir para a adaptação dos pais ao papel parental dos bebês prematuros pelo incentivo à participação nos cuidados prestados a estes bebês, à promoção da vinculação, através das intervenções mencionadas no ponto anterior, colaborei na organização da informação a fornecer aos pais por meio de sessões de educação para a

saúde a realizar pela equipa de enfermagem. Com o objetivo de organizar os conteúdos mais pertinentes a abordar, a equipa de enfermagem estava, ainda numa fase inicial, a agrupar os ensinamentos por temáticas, na construção de um guia orientador para os enfermeiros. Esse guia tinha por objetivo servir de apoio aos profissionais na realização das sessões de educação para os pais, com informação fundamentada.

Para atingir o meu objetivo, a temática que trabalhei foi a prematuridade. Realizei entrevista informal à enfermeira orientadora e às enfermeiras da equipa com o objetivo de aferir os assuntos a abordar dentro da temática prematuridade. Foram mencionados quatro tópicos que a equipa considerou importantes incluir: o crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro que tendo em conta as suas características tem um risco acrescido de alterações (SPN, 2016); as infeções pela vulnerabilidade do recém-nascido prematuro, sendo importante alertar os pais para os cuidados a ter com o ambiente que o rodeia (Hockenberry & Wilson, 2014); complicações e sequelas resultantes da imaturidade fisiológica e dificuldade na adaptação ao meio extra-uterino; e a intervenção precoce, cujo objetivo é melhorar ou prevenir problemas de desenvolvimento, uma vez que este é influenciado pelo estímulo que o bebé recebe do meio envolvente (SPN, 2016). Construí este guia após pesquisa sobre os diferentes tópicos. Esta foi a organização do Guia Orientador em apêndice (APÊNDICE XIII). Este guia foi revisto pela enfermeira orientadora e feitas as alterações pertinentes.

Preparei uma sessão com o título “Ser prematuro” dirigida aos pais, baseada nos conteúdos do guia orientador. A divulgação desta sessão foi feita oralmente junto dos pais que acompanhavam diariamente os seus bebés na unidade. Foi elaborado um plano de sessão que foi validado com a enfermeira orientadora (APÊNDICE XIV). O objetivo desta sessão era favorecer a adaptação dos pais dos bebés prematuros após a alta, intervindo, assim, no modo função do papel na vida real, nomeadamente no papel de transição, que segundo Callista Roy, refere-se ao desempenhar de um novo papel, no caso papel de mãe e/ou pai do bebé prematuro (Roy & Andrews, 2001). Os destinatários desta sessão foram os pais dos bebés internados na UCIN e na UCERN. Foi feita uma apresentação em powerpoint (APÊNDICE XIV) e aberto espaço para esclarecimento de dúvidas. A avaliação da sessão foi feita através da aplicação de um questionário aos pais que assistiram à sessão. Foram sete os pais que assistiram à sessão. A maioria referiu ser a

primeira vez que tiveram acesso a esta informação e avaliaram, de uma forma global, como importante para a compreensão dos cuidados e do futuro acompanhamento dos seus bebés. Houve uma mãe que sugeriu que a sessão fosse igualmente dirigida aos familiares mais próximos, como tios e avós. O questionário e o tratamento dos dados está em apêndice (APÊNDICE XIV).

Posteriormente elaborei um folheto com algumas características e competências do prematuro, como os desenvolvimento dos sentidos nas diferentes semanas, com o objetivo de aproximar os pais do seu bebé a compreendê-lo melhor e a interagir com ele (APÊNDICE XV). Este folheto foi revisto pela enfermeira orientadora e pela enfermeira coordenadora. Os pais podem consultar estes folhetos quando estiverem na sala que lhes é destinada para momentos de descanso.

2.3.3. Consulta de Desenvolvimento - observação

No decorrer deste estágio surgiu a oportunidade de observar o funcionamento da Consulta de Desenvolvimento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existe nos bebés prematuros, um maior risco de desenvolvimento de problemas de saúde graves e como consequência uma pior qualidade de vida (OMS, 2015). Sendo os prematuros um grupo de risco, considero importante para o desenvolvimento do meu tema, perceber a dinâmica da consulta de desenvolvimento e em que medida é feito o seguimento destes bebés.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016), através do seguimento do bebé prematuro por uma equipa multidisciplinar que avalie e acompanhe o seu crescimento e desenvolvimento, por forma a detetar e intervir de forma precoce nas possíveis alterações ao normal desenvolvimento, assim como, transmitir orientações e apoio às famílias, é possível que este possa ter uma vida normal como qualquer outra criança (SPN, 2016).

Durante uma manhã, pude acompanhar e perceber como funcionam as consultas de desenvolvimento. Fui recebida pela Pediatra responsável pela consulta que me apresentou a estrutura física do espaço onde são realizadas as consultas e as diferentes valências que as compõem. Na consulta de Desenvolvimento as crianças são seguidas por pediatra, e têm

acesso a psicologia, terapia da fala, fisioterapia, de acordo com as necessidades de cada criança. Há uma articulação com a comunidade, com as escolas e com o serviço social. Cada técnico preenche um relatório que é anexado ao processo da criança, onde é possível perceber as necessidades e evolução da mesma e da família.

No que diz respeito à Prematuridade, o encaminhamento dos prematuros para a consulta de desenvolvimento é feito através da referenciação interna feita em Consulta de Neonatologia. Os recém-nascidos prematuros internados nas unidades de Neonatologia após alta são acompanhados em consulta de Neonatologia.

Após entrevista informal à Pediatra que me acompanhou nesta observação percebi que existe um protocolo de seguimento dos bebés que nascem com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou com muito baixo peso ao nascer. Todos estes bebés são acompanhados nesta consulta, independentemente se tiveram ou não muitas complicações no período neonatal. Outros bebés com idade superior a 32s e com peso superior a 1500g também podem ser referenciadas para a consulta de desenvolvimento, caso tenham tido complicações no período neonatal que o justifiquem, como por exemplo convulsões. Esta necessidade é sempre avaliada pelo médico que segue a criança.

No protocolo de seguimento de crianças nascidas com < 32 semanas e/ou muito baixo peso ao nascer (<1500g) existem idades pré estabelecidas para as consultas de desenvolvimento a realizar com essas crianças.

No programa está também incluído:

- Observação oftalmológica no período neonatal para identificação da Retinopatia da Prematuridade
- Observação oftalmológica posterior para deteção precoce de erros de refração e estrabismo
- Observação por especialista de Otorrinolaringologia para deteção de perturbações da audição

Na primeira consulta da criança são recolhidas informações relevantes como o motivo do encaminhamento, antecedentes familiares, história social, dados sobre a gestação, parto e período neonatal (Patologia neonatal significativa, terapêutica efetuada na Unidade de Neonatologia, etc), e a evolução após a alta, preocupações dos pais, etc.

Apesar dos diferentes profissionais envolvidos na Consulta de Desenvolvimento como terapeutas da fala e psicólogos, não existe a presença de enfermeiro. Realizei uma reflexão sobre a ausência do enfermeiro (APÊNDICE XVI)

2.3.4. Competências Adquiridas

No período que estive a desenvolver estágio no serviço de Neonatologia desenvolvi competências na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo vital tendo em conta a fase de desenvolvimento do bebé, na unidade de competência “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018. pp. 19194). Ao envolver os pais nos cuidados ao RN prematuro ou doente, sempre de forma negociada, pude avaliar o desenvolvimento da parentalidade e intervir de forma a o potenciar, promovi o contacto dos pais com o RN sempre que possível para o bebé e respeitando as necessidades dos pais.

Ao promover o toque terapêutico e o método de canguru pude utilizar terapias complementares para o cuidado do bebé e promoção do seu bom desenvolvimento e saúde.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) o enfermeiro decide, baseado no diagnóstico de enfermagem e sustentado pela evidência científica, decide sobre as técnicas a “utilizar na prestação dos cuidados, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade” (Ministério da Saúde, 1996).

Desta forma, desenvolvi a unidade de competência “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Recorri à minha formação específica e experiência profissional numa unidade de Neonatologia nos cuidados ao bebé e família. Aprofundi os meus conhecimentos acerca das competências do recém-nascido através da pesquisa bibliográfica necessária para a transmissão de informações aos pais sobre o desenvolvimento dos seus bebés assim como na elaboração da sessão de educação e do folheto sobre a prematuridade.

2.4. SERVIÇO DE PEDIATRIA

No período de 12 de Novembro a 19 de Dezembro de 2018 realizei estágio em contexto de Pediatria.

O serviço de Pediatria recebe crianças dos 0 aos 18 anos e tem uma lotação de 13 camas. Os dois primeiros quartos são normalmente destinados às crianças a partir dos 8 anos e até aos 18 anos. O serviço dispõe de uma sala lúdica para as crianças mais pequenas e uma espaço de convívio para crianças maiores/adolescentes e para os pais e outros familiares; uma sala de tratamentos onde são realizados os procedimentos, sala de trabalho onde é preparada medicação, realizados os registos de enfermagem e a passagem de turno. Por turno existem dois enfermeiros a prestar cuidados e o método de distribuição de trabalho é o método individual, sendo que, sempre que possível, o enfermeiro que esteve em turnos anteriores presta cuidados às mesmas crianças como forma de facilitar o processo de cuidados.

2.4.1. Diagnóstico de Situação

Durante os primeiros turnos no serviço de Pediatria e, através de entrevista informal ao enfermeiro orientador percebi que há uma necessidade de trabalhar a preparação para a alta, nomeadamente das crianças com doença crónica/necessidades especiais.

Quando uma criança é hospitalizada vivencia um momento de crise. Esta situação para a criança acarreta mudanças, não só do seu estado de saúde mas também das suas rotinas. Também a família sofre alterações na sua dinâmica quando uma criança está hospitalizada. A forma como cada criança e família reagem a esta situação depende de variados fatores como, por exemplo, a idade e nível de desenvolvimento da própria criança, a estrutura familiar, a gravidade da própria doença e níveis de dependência que ela possa acarretar, a incerteza quanto ao futuro, que apoios têm, entre outros fatores. Uma vez que o normal desenvolvimento da criança é afetado pelo impacto que a hospitalização provoca na criança e na sua família, é importante que o tempo de internamento possa ser o mais diminuto quanto a situação de doença o permita. Para isso, é de bastante importante

que se faça uma preparação para a alta e esta deve começar na admissão da criança no internamento (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As situações de doença crónica, dado a sua longevidade e potenciais complicações, podem ter como consequência uma maior procura dos serviços de saúde e internamentos repetidos (DGS, 2016).

É importante que os enfermeiros que cuidam destas crianças prestem cuidados centrados na família, isto é, englobando toda a família e fazendo desta também alvo dos seus cuidados. Isto permite aos enfermeiros identificar as especificidades de cada criança e família, perceber quais as suas forças e onde se encontram mais vulneráveis, utilizar esse conhecimento para facilitar a capacitação da família nos cuidados à criança. Assim, é papel do enfermeiro facilitar o reconhecimento por parte das famílias das suas forças e fraquezas e assim permitir um melhor desenvolvimento futuro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Através do Processo de Enfermagem, é possível identificar problemas ou focos de atenção, elaborar diagnósticos, planear intervenções e avaliá-las. De acordo com o modelo de Adaptação de Roy, o processo de enfermagem passa por uma avaliação do comportamento da pessoa, identificação dos estímulos, estabelecimento de metas, intervenções de enfermagem e a sua avaliação (Galbreath, 2000).

A preparação para a alta destas crianças deve ter em conta os aspetos abordados anteriormente. Para estas crianças, o regresso a casa não passa pela recuperação completa da sua saúde, uma vez que, ainda vão necessitar de cuidados. É de primordial importância, uma vez que há uma tendência crescente para a existência de crianças com doença crónica, necessidades especiais, e com necessidade de acompanhamento e vigilância de saúde prolongado, que seja promover a capacitação da criança e família e assim facilitar a adaptação à nova situação de saúde após a alta hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

2.4.2. Objetivos e Atividades

Para que fosse possível a aquisição de competências no contexto de Pediatria elaborei os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à criança e família, em situações de maior complexidade, na maximização da saúde, em contexto de Pediatria
- Otimizar a adaptação à doença crónica e família através da preparação para o regresso a casa

Prestar cuidados especializados à criança e família, em situações de maior complexidade, na maximização da saúde, em contexto de Pediatria

Ao longo das seis semanas no serviço de Pediatria prestei cuidados a crianças das mais variadas idades e diferentes situações de doença, em situações comuns e em situações complexas. Na infância uma situação de hospitalização causa *stress* para além da própria doença. A angústia da separação, o medo do desconhecido, da dor, da morte, a perda da autonomia são alguns dos fatores causadores de *stress* à criança que se encontra hospitalizada (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao cuidar das crianças internadas no serviço de pediatria, independentemente da razão que motivou o internamento, a minha comunicação com a criança foi adaptada à sua idade, ao seu nível de desenvolvimento e individualizada, com o fim de minimizar o impacto negativo da hospitalização, tentei desmistificar os seus medos sem os desvalorizar, com recurso a técnicas como a brincadeira e a distração. Além do ambiente estranho, do afastamento do seu meio familiar, da alteração da sua rotina, a criança hospitalizada é, muitas vezes, submetida a procedimentos dolorosos como colheitas de sangue, punções, entre outros. Ao realizar estes procedimentos, e em parceria com a família, utilizei técnicas não farmacológicas de alívio da dor. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013) é muito importante a inclusão dos pais aquando a realização destes procedimentos, como elemento protetor da criança num momento potenciador de *stress*, sendo a sua ausência outro fator stressor que pode aumentar a perceção da criança à dor. Desta forma, envolvi sempre a família, nas intervenções dolorosas a realizar à criança.

Cuidei de crianças em diferentes situações de doença comuns e complexas. Em todas as situações, prestei cuidados globais, avaliando a criança numa perspectiva holística, por forma a satisfazer as suas necessidades. Os cuidados que prestei foram com base na filosofia dos cuidados centrados na família e estabelecendo uma relação de parceria com os

pais ou cuidador informal da criança. Providenciei à criança e à família a informação antecipatória necessária à promoção da saúde. Por exemplo, no caso de uma criança com anemia ferropénica, fiz educação para a saúde sobre os hábitos alimentares, alimentos ricos em ferro, tendo em conta os recursos da família, e encaminhando para a equipa multidisciplinar para proporcionar um cuidado mais abrangente. No exemplo que referi, contactei a Nutricionista por forma a que fosse estabelecido um plano de alimentação adequado àquela criança, negociado com os pais, numa preparação para o regresso a casa.

No contacto com o adolescente, permiti a expressão de sentimentos e respeito pela sua identidade, negociando os cuidados para melhoria e responsabilização pelo cuidado à sua saúde. Nas situações complexas com que me deparei neste estágio, fiz referenciação para outros elementos da equipa multidisciplinar como o serviço social, pedopsiquiatria e cuidados na comunidade, como unidade de saúde onde o adolescente é acompanhado, como forma de prevenir situações futuras e permitir a continuidade dos cuidados ao adolescente. De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem, o enfermeiro especialista tem entre os diferentes focos de intervenção “a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima e progressiva responsabilização pelas escolhas em saúde”(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Tive, também a oportunidade de, numa situação de saúde grave e aguda, mobilizar a minha experiência profissional na ventilação não invasiva para colaborar com a equipa de enfermagem do serviço de pediatria, na orientação para a utilização e funcionamento do equipamento. Prestei cuidados à criança sob ventilação não invasiva e apoiei os pais, por forma a diminuir a sua ansiedade.

Neste contexto pude cuidar de várias crianças com doença crónica e(ou) necessidades especiais de saúde, em vários momentos, com a adaptação da criança e da família mais ou menos estabelecida.

Cuidei de uma jovem com 14 anos com paralisia cerebral, dependente em todas as suas atividades de vida. Trabalhei em parceria com a tia, sua cuidadora, nos cuidados à menina. Apesar da situação de saúde da jovem não ser nova e já haver uma adaptação da família à mesma, esta estava em processo de preparação para colocação de gastrostomia.

Cumpri todos os procedimentos necessários à preparação para a cirurgia de colocação de ostomia assim como no pós operatório, no cuidados ao local de inserção da ostomia e alimentação pela mesma. Tendo em conta o Modelo de Adaptação de Roy, nesta situação específica otimizei a adaptação da menina no modo fisiológico quanto à nutrição e proteção (Roy & Andrews, 2001). Trabalhei com a tia no sentido de facilitar a sua adaptação a esta nova realidade no modo função de papel na vida real.

Outra situação crónica foi a de um adolescente com mielomeningocele operado, com paraplegia e bexiga neurogénica com necessidade de esvaziamentos vesicais recorrentes. Através da avaliação da adaptação do jovem e da família foi possível concluir que esta não se encontrava comprometida.

Ao trabalhar em parceria com este jovem e com esta mãe, implicou negociação quanto ao plano de cuidados. De acordo com Alves, Amendoeira e Charepe (2017, pp.2) “A negociação assenta no valor da igualdade entre os pais e os enfermeiros e uma vez implementada valoriza uma dinâmica colaborativa no planeamento dos cuidados”. É importante que o enfermeiro valorize a experiência da família e a sua forma de fazer e de cuidar, respeite as suas vontades (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No cuidado a esta criança houve partilha de informação e respeito pelas decisões da criança e família no planeamento dos seus cuidados.

Pude cuidar de uma criança com hipoplasia mandibular que tinha feito distração mandibular e necessitava de cuidados especiais. Pude intervir junto da mãe na adaptação a esta nova realidade, nos cuidados à bebé, nomeadamente na promoção da autonomia alimentar, e nos cuidados à pele nas zonas de inserção dos distratores, e na adaptação ao papel parental de uma criança com necessidades especiais. Procurei estimular a mãe na procura de uma rede de suporte na família alargada, que pudesse facilitar o regresso a casa.

Elaborei plano de cuidados adequados à diversas situações com que me deparei ao longo do estágio e registei as minhas intervenções de forma clara. Transmiti as informações necessárias à continuação dos cuidados à restante equipa, nomeadamente em passagem de turno.

Otimizar a adaptação à doença crónica e família através da preparação para o regresso a casa

Para além das crianças internadas com situações agudas, prestei cuidados também a crianças com doença crónica e/ou com necessidades especiais de saúde (NES).

Assim, e após a discussão com o enfermeiro orientador surgiu a necessidade de normalizar o registo das intervenções da equipa de enfermagem na preparação do regresso a casa da criança e jovem com doença crónica/NES. De acordo com um estudo de Fernandes e Tareco (2016) os sistemas de informação, ao facilitar o planeamento do processo de enfermagem e o seu cumprimento, podem ser considerados como promotores da qualidade em saúde, uma vez que beneficiam a qualidade dos registos e consequentemente a qualidade dos cuidados. Contudo, e em resultado do mesmo estudo, por vezes os enfermeiros não estão familiarizados com esses sistemas, o que pode ser uma barreira na sua utilização e, desta forma, prejudicar esses mesmos registos. Esses contribuem para a continuidade dos cuidados.

Por forma a facilitar o planeamento da alta da criança com doença crónica/NES, e assim otimizar a sua adaptação, através da continuidade dos cuidados veiculada pelo processo de enfermagem registado no sistema de informação, elaborei um mapeamento de focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e intervenções, já existentes no sistema informático e em linguagem CIPE, por forma a permitir a consulta e consequentemente programação dos mais adequados para cada criança, e direcionados para a adaptação à doença crónica. É possível consultar esse mapeamento em apêndice (APÊNDICE XVII).

A hospitalização para a criança pode ser um fator desestabilizador do seu desenvolvimento e bem-estar. Desta forma, é muito importante preparar o regresso a casa o mais precocemente, devendo este iniciar-se ainda na admissão. No caso de uma criança com doença crónica, este regresso não significa que a criança está totalmente recuperada, nem invalida novas complicações que motivem novos internamentos. Daí a preparação do regresso a casa desta crianças, cujos cuidados a que muitas vezes são sujeitas no hospital mantêm-se em casa, torna-se ainda mais necessária (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A partir do mapeamento elaborei uma norma de orientação “Preparação para a alta da criança e família com doença crónica/necessidades especiais de saúde” (APÊNDICE

XVIII) para ser utilizada pelos enfermeiros do serviço de pediatria remetendo o mapeamento para anexo. Foi revisto pelo enfermeiro orientador e aprovado pela enfermeira chefe. A divulgação tanto da norma quanto do mapeamento foi feito em contexto de passagem de turno tendo havido receptividade por parte da equipa de enfermagem para a utilização desses instrumentos.

2.4.3. Competências Adquiridas

No serviço de pediatria foi possível aprofundar competências adquiridas nos contextos anteriores, e adquirir novas competências. Aprofundei competências na área da assistência à criança, jovem e família, na maximização da sua saúde nomeadamente na avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar, no trabalho em parceria com a família e com a comunidade, na estratégias de comunicação.

Através dos cuidados que prestei a crianças com necessidades especiais de saúde e através dos documentos que elaborei, para a otimização da adaptação à doença crónica/necessidades especiais de saúde no regresso destas crianças a casa, desenvolvi competências no cuidar em situações de maior complexidade, mais concretamente na unidade de competência “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”(Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ao fazer uma avaliação das necessidades e incapacidades da criança e família, numa prestação de cuidados em parceria e ao promover a capacitação dos pais nos cuidados à criança com necessidades especiais, estou a dotá-las de estratégias adaptativas ou de *coping* para lidar com a doença crónica e promover a adaptação. Estratégias de *coping* são aquelas que permitem ultrapassar sintomas decorrentes de situações causadoras de *stress*, por forma a permitir uma adaptação a novas situações (Santos et al., 2015).

Ao colaborar com a equipa na orientação para o uso do equipamento de ventilação não invasiva desenvolvi competências de liderança na prestação de cuidados especializados numa área em que tenho experiência.

3. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório é o culminar de um caminho percorrido para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Através da elaboração da *Scoping Review*, pela pesquisa e análise crítica dos resultados e a sua mobilização para a minha atuação nos diferentes contextos pude potenciar a aquisição de ferramentas fundamentais para que, na minha vida profissional, eu me torne uma peça impulsionadora da investigação, da procura da evidência, para a prática fundamentada e promotora da qualidade. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados especializados desenvolve competências técnicas e relacionais no cuidado da criança na promoção da sua saúde e desenvolvimento assim como em situações de doença e na capacitação dos pais na manutenção desses cuidados. Assim, e de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem para uma prestação de cuidados de qualidade é fundamental “a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2011. pp. 6).

Na passagem pelos diferentes contextos procurei integrar a temática da adaptação da criança e família à doença crónica, com o Modelo de Adaptação de Roy como suporte. Ao longo do relatório relatei as atividades que desenvolvi na tentativa desenvolver esta temática.

Nos cuidados de saúde primários trabalhei no sentido da prevenção. Ao intervir na prevenção de acidentes está-se a prevenir situações que podem levar a condições de incapacidade permanente e necessidades especiais.

No serviço de urgência trabalhei a adaptação à doença crónica num modo fisiológico ao realizar um cartaz sobre a descompensação metabólica, no caso a cetoacidose metabólica, como complicação de uma doença crónica como a diabetes mellitus. Também realizei uma instrução de trabalho para o atendimento à criança com diabetes mellitus inaugural e encaminhamento, incluindo assim o serviço de um urgência

num projeto existente no Hospital, que visa facilitar a transição da criança do hospital para a comunidade.

No serviço de Neonatologia o meu foco foi para a adaptação dos pais ao papel parental de um bebé prematuro. Colaborei com a equipa no desenvolvimento de um curso para a preparação para a alta, sendo que o módulo que trabalhei foi relativo à prematuridade. Os bebés prematuros necessitam de cuidados especiais e estão em maior risco de desenvolver condições crónicas que necessitem de cuidados de saúde prolongados. Ao prestar cuidados diretos a estes bebés também promovi a sua adaptação à vida.

No serviço de Pediatria pude prestar cuidados a várias crianças com condições crónicas e necessidades especiais de saúde. Ao elaborar a norma de orientação sobre a preparação para o regresso a casa destas crianças contribui para a promoção da adaptação à doença crónica, deixando um documento para ser utilizado no serviço.

Além das atividades direcionadas para a minha temática, estão descritas neste relatório atividades mais ligadas à prestação direta de cuidados e observação, que contribuíram para a aquisição de competências e que, também, dão resposta aos objetivos específicos.

Durante o estágio pude integrar as diferentes equipas multidisciplinares com responsabilidade e sentido ético, respeitando sempre os deveres que regem a minha vida profissional e os valores e princípios da Deontologia em Enfermagem

Ao definir os diferentes objetivos específicos em cada contexto de atuação junto da criança e família, e ao desenvolver atividades para a sua concretização, fi-lo com a preocupação de intervir de forma a dar um contributo positivo aos serviços, tendo por base a identificação de um diagnóstico de situação de necessária resolução, indo ao encontro da temática em estudo e resultado da minha revisão. Pude assim, tomar decisões fundamentadas, aplicando os conhecimentos adquiridos na minha formação de mestrado e formação especializada, com recurso à pesquisa e investigação.

Para resolução dos problemas com que me deparei na prestação de cuidados, nos diversos contextos, procurei tomar iniciativa e intervir de forma autónoma, crítica e criativa, integrando os meus conhecimentos da prática profissional e da formação avançada na minha área de especialização.

Desenvolvi competências específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica na assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e na prestação de cuidados específicos para dar resposta às necessidades do ciclo vital e do seu desenvolvimento.

A aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, que descrevo no decorrer do segundo capítulo foi feita de forma contínua e gradual, e de relevante importância no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Uma vez que a minha área profissional é a Neonatologia, foi muito importante aprofundar conhecimentos e desenvolver as minhas competências para melhorar os meus cuidados no meu serviço e colaborar e(ou) desenvolver projetos de melhoria de qualidade. Considero-me mais preparada para integrar as equipas da urgência pediátrica e Pediatria, caso se venha a proporcionar no futuro.

Considero ter atingido os objetivos a que me propus para a realização deste relatório e acredito que o mesmo traduz de forma clara o meu percurso.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcântara, K.L., Brito, L.L.M.S., Costa, D.V.S., Façanha, A.P.M., Ximenes, L.B., Dodt, R.C.M. (2017). *Orientações Familiares Necessárias para uma Alta Hospitalar segura do Recém-Nascido Prematuro: Revisão Integrativa*. Revista de Enfermagem UFPC On Line. Recife. 11(2):645-55 DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201720

Alves, J.M.N.O., Amendoeira, J.J.P., Charepe, Z.B. (2017). *A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde*. Rev. Gaúcha Enferm. 38(4): e2016-0070 DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>

Alves, E, Tubino, P., Tubino, P.V.A. (2016). *Orgãos dos sentidos. Desenvolvimento sensorial*. Anatomia Funcional Aplicada, Edition: 1a, Publisher: Gráfica e Editora Pires do Rio, Editors: Isac César Roldão Leite, Paulo Tubino, pp.63-106
Acedido através de: https://www.researchgate.net/publication/312191983_Orgaos_dos_sentidos_Desenvolvimento_sensorial

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012 - 2016*. Lisboa.
Acedido a partir de: http://apsi.org.pt/images/Documents/PASI_2011.pdf

Bastos, M.A., Sousa, C.F. (2014). *Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis*. Nascer e Crescer. Revista de pediatria do Centro hospitalar do Porto. 23(4):190-194
Acedido através de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-07542014000700003&lng=pt&nrm=i

Casey, A.(1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal cares*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 22: 1058-1062. doi: <http://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1995.tb03105.x>

Costa, J.S., Santos, M.L.S.C. (2016). *Grupos de adolescentes hospitalizados com doença crónica não transmissível como tecnologia de cuidado de enfermagem*. Revista de

Enfermagem UFPE On Line. Recife. 10(2):508-14
doi:<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201617>

Costa, D.T.L., Veríssimo, M.L.O., Toriyama, A.T.M., Sigaud, C.H.S. (2016). *O brincar na assistência de enfermagem à criança - revisão integrativa*. Rev. Soc. Bras.Enferm. Ped. Vol. 16, nº1, p 36-43. Acedido através de: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-revisao-1.pdf

Decreto-lei nº 281/2009 (2009) Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série. (Nº193 de 06-10-2009), 7298-7301. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>

Decreto-lei nº28/2008 (2008) Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I. (Nº38/2008 de 22-02-2008), 1182-1189. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Decreto-lei nº161/96 (1996) Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I-A (Nº205/1996 de 04-09-1996) 2959-2962. **ELI:**<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Despacho 4835-A/2016 (2016) Determina que as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, devem dar prioridade ao atendimento dos utentes que sejam referenciados através dos Cuidados de Saúde Primários ou do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (linha Saúde 24). *Diário da República*, Série II. 1º Suplemento (Nº69/2016 de 8-4-2016) 11816-(2). <https://dre.pt/home/-/dre/74076053/details/maximized?serie=II&dreId=74076051>

Dias, J. Costa, S. Martins,S. 2013.*Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos*. Acta Pediátrica Portuguesa. 6 (44), p 278 Acedido a partir de: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3490/2756>

Diaz, Z.M., Fernandes, S.M.G.C., Correia, S. (2014). *Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia*. Revista de Enfermagem Referência. Serie IV, no 3, pp 85-93 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose de experiência emocional no ato de cuidar*. (2ª ed) Loures: Lusociência

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. Almeida, T. (2016). *Os medos das crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro enquanto Gestor Emocional*. Pensar Enfermagem. Vol. 20 nº 2 Acedido através de: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf

Direção Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral da Saúde (2016). *Plano Nacional de Saúde 2016 – 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Dougherty, J.P. (2015). *The Experience of Siblings of Children with type 1 Diabetes*. Pediatric Nursing Vol 4 (6) 279-305
CINHAL Complete via EBSCOhost

Fernandes, S., Tareco, E. (2016). *Sistemas de informação como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Uma revisão de níveis de abordagem*. Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologia de Informação (RISTI), Nº 19. pp. 32-45. DOI: 10.17013/risti.19.32–45

Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., Vilelas, J.M.S. (2014). *A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro*. Pensar Enfermagem. Vol. 18, nº2. pp.45-60. Acedido através de: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf

Figueiredo, S.V., Sousa, A.C.C., Gomes, I.L.V. (2016). *Children with special health needs and family: implications for Nursing*. Ver. Bras. Enfem. 69(1):79-85
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690112>

Fonseca, P. (2017). *Adolescência*. In G. Oliveira, J. Saraiva (Eds), *Lições de Pediatria*, Volume I (p. 247-258)
doi: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_14

Galbreath, J.G. (2000). In J.B.George. Artmed Editora. *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª Ed. (pp. 203-224) Porto Alegre: Artmed ISBN 85-7307-587-2

Geense, W.W., van Gaal, B.G.I., Knoll, J.L., Cornelissan, C.A.M, van Archerberg, T. (2017). *The suport needs of parents having a child with a chronic kidney disease: a focus group study*. Child: care, health and development. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/cch.12476>

Góes, F.G.B, Cabral, I.E. (2017). *Discourses on discharge care for children with special healthcare needs*. Rev Bras Enferm [Internet].70(1):154-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªEd. edição, Vols 1-2) Lusociência: Loures

Kelo, M., Eriksson, E., Eriksson, I. (2013). *Perception of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents*. Scandavian Journal of Caring Sciences 27: 894-904 doi:<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12001>

Leite, J.L., Silva, T.P., Silva, I.R. (2013). *Produção Científica do cuidado do enfermeiro à criança com condição crônica: revisão integrativa*. Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife. 7(8):5330-9 doi:<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201334>

Lerret, S.M., Johnson, N.L., Haglund, K.A. (2017). *Parents' Perspectives on Caring for Children after a solid organ transplant*. J.Spec. Pediatr. Nurs. 22 doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12178>

McCarthy, A. (2015). Summer Camp for children and adolescents with chronic conditions. Pediatric Nursing. Vol.41, nº5 ISSN: 0097-9805 CINHAL Complete via EBSCOhost

Marques, C.R.G., Neris, I.L.F., Carvalho, M.V.A., Menezes, M.O., Ferrari, Y.A.C.(2016). *Metodologia Canguru: Benefícios para o Recém-nascido Pré-termo*. Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Vol.3, nº3, pp.65-78. ISSN 2316-3143

Mendes, M.G.S.R., Martins, M.M.F.P. (2012). *Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. Revista Referência. III Série - nº 6, pp. 113-121. Acedido através: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>

Miranda, J.O.F., Camargo, C.L., Sobrinho, C.L.N., Portela, D.S., Monaghan, A., Freitas, K.S., Mendoza, R.F. (2016). *Translation and adaptation of a Pediatric Early Warning Score*. Rev. Bras. Enferm. 69(5):833-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1509/0034-7167-2015-0096>

Núbrega, V.M., Silva, M.E.A., Fernandes, L.T.B., Vieira, C.S., Reichert, A.P.S., Collet, N. (2017). *Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network*. Rev. Esc. Enferm. USP 51:e03226 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/51980-220X201604253226>

Okido, A.C.C., Cunha, S.T., Neves, E.T., Dupas, G., Lima, R.A.G. (2016). *Technology-dependent children and the demand for pharmaceutical care*. Rev. Bras. Enferm. 69(4): 671-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/00034-7167.2016690415i>

O'Neill, K., Robinson, J. (2016). *Psychological thinking in children and young people with skin disease*. Dermatological Nursing 15(4):32-37 ISSN: 1477-3368 CINHALL Complete via EBSCOhost

Ong, A.C.W., Low, S.G., & Vasanwala, F. F. (2016). *Childhood Injuries in Singapore: Can Local Physicians and the Healthcare System Do More to Confront This Public Health Concern?*, International Journal of Environment Research and Public Health, 13, 718. Acedido através de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Ordem dos Enfermeiros(2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica*. Volume III. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégia Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série 1, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

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

Organização Mundial de Saúde (2015). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros - As orientações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde Acedido através de: www.who.int

Otaviano, F.P, Duarte, I.P, Soares, N.S. (2015). *Assistência de Enfermagem ao neonato prematuro em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)*. Revista Saúde em Foco. v. 2, nº1 art 5º. p. 60-79 ISSN Eletrónico 2358-7946
Acedido através de: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/296/845>

Otoni, A.C.S., Grave, M.T.Q. (2014). *Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 25(2):151-8 doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p151-8>

Pereira, A.M., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de internamento de Pediatria*. Pensar Enfermagem. Vol.14, nº1 Acedido através de:[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf)

Ramos, A.C., Frias, A., Risso, S. (2016). *Resultados da intervenção toque terapêutico no recém-nascido: uma revisão sistemática da Literatura*. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. Vol.2(1):503-518. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).503](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).503)

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem dos Enfermeiros*, Série II (Nº 133/2018 de 12-07-2018), 19192-19194. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Roy, C., Andrews, H.A. (2001). *Teoria de Enfermagem - O Modelo de Adaptação de Roy*. Instituto Piaget: Lisboa

Salvador, M.S., Gomes, G.C., Oliveira, P.K., Gomes, V.L.O., Busanello, J., Xavier, D.M. (2015). *Estratégias de Famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas*. Texto Contexto Enfermagem 24(3):662-9
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000300014>

Santos, M.H., Filho, F.M.A. (2015). *Benefícios do método canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: revisão de literatura*. Universitas: Ciências da Saúde, Vol.14, nº1, pp. 67-76 doi: 10.5102/UCS.v14i1.3477

Santos, S., Santos, E.A., Lacerda, A.F. (2017). *Dor Crónica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde*. Acta Pediátrica Portuguesa. Porto. 49:167-77 doi: <http://dx.doi.org/10.21069/APP.2018.13014>

Santos, E.J.F., Marcelino, L.M.M.S., Abrantes, L.C.B., Marques, C.F.F., Correia, R.M.L., Coutinho, E.C., Azevedo, I.C.S.C. (2015). *O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®*. Millenium 49:153-171 acedido através: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf>

Santos, L.M., Valois, H.R., Santos, S.S.B.S., Carvalho, E.S.S., Santana, R.C.B., Sampaio, S.S. (2014). *Aplicabilidade de Modelo Teórico a famílias de crianças com doença crónica em cuidados intensivos*. Revista Brasileira de Enfermagem 67(2): 187- 94 doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140024>

Silva, E., Macedo, M., Silva, D., Aparício, G., André, S. (2017). *Vivências dos pais sobre a diabetes tipo 1 dos seus filhos*. Investigação Qualitativa em Saúde. Vol.2. Atas CIAIQ Acedido através de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1564>

Silva, T.P., Silva, L.J., Ferreira, M.J.C., Silva, I.R., Rodrigues, B.M.R.D., Leite, J.L. (2018). *Aspectos contextuais sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com dor oncológica crónica*. Texto Contexto Enfermagem 27(3):e3400017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003400017>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). *Manual completo. Crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro*. Lisboa. Portugal: APA
Acedido através de <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>

Tavares, T.S., Sena, R.R., Duarte, E.D. (2016). *Implications for nursing care concerning children discharge from a neonatal unit with chronic conditions*. Revista Rene 17(5):659-67 doi: 10.15253/2175-6783.2016000500011

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed., Lusociência: Loures ISBN: 972-8383-74-6

The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute

Veronez, M., Borghesan, N.A.B., Corrêa, D.A.M., Higarashi, I.H. (2017). *Vivência de mãe de bebês prematuros do nascimento à alta: notas de diários de campo*. Revista Gaúcha de

Enfermagem. 38(2):e60911

Acedido através de www.sielo.br/rgenf

Virgens, T.R., Greco, C.S.S., Carvalho, M.L. (2018). *A influência da sucção não nutritiva como analgesia não farmacológica em recém-nascidos durante procedimentos dolorosos: revisão sistemática*. Rev. Cienc. Med. 27(1):23-37 doi:<http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3951>

Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., Zhang, Y. (2014). *Identifying factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A Multi-site Study*. 30. pp. 160-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.002>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Poster “Intervenção do enfermeiro na adaptação da criança e família à doença crónica

Intervenção do Enfermeiro na adaptação da criança e família à doença crónica - uma scoping review

Introdução

Cada vez mais, há uma tendência crescente para a doença crónica em idade pediátrica como resultado do aumento da sobrevivência de crianças com patologias que, anteriormente, resultavam em morte prematura. Essa situação, para ser considerada crónica, tem a duração de, pelo menos, um ano, exceto se morte, e carece de cuidados especializados por alteração em vários sistemas ou em apenas um, mas com considerável gravidade (Santos, Santos, & Lacerda, 2017). O avanço tecnológico e biomédico tem permitido, ao longo dos anos, melhorar os cuidados de saúde, tratamento de doenças, com isso diminuir as taxas de mortalidade infantil. Com a diminuição da taxa de mortalidade relaciona-se, também, um aumento do número de crianças com doenças crónicas ou com necessidades especiais. O impacto que a doença crónica tem nas crianças e no funcionamento da própria família é profundo, aumentando os encargos, as responsabilidades, a incerteza face ao futuro, isolamento social e perda de oportunidades, problemas psicológicos e comportamentais (Wilson & Hockenberry, 2014). De acordo com o modelo de adaptação de Callista Roy, a pessoa é definida como "um sistema de adaptação vivo e complexo, com processos internos que atuam para manter a adaptação nos quatro modos adaptativos (fisiológico, auto-conceito, função de papel e interdependência" (Tomey & Alligood, 2014). A doença crónica traz desequilíbrios nestes modos com limitações nas funções físicas, alterações do auto-conceito e da imagem corporal, do seu papel na sociedade, entre outras (Wilson & Hockenberry, 2014). Estas alterações não podem ser removidas da vida da criança e da sua família. Sendo a saúde a interação entre a pessoa e o ambiente que é "todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento das pessoas ou grupos", o papel do enfermeiro passa por melhorar a interação entre a pessoa e o ambiente, ao fomentar capacidades adaptativas (Tomey & Alligood, 2014).

Objetivo: Identificar a intervenção do enfermeiro para promover a adaptação da criança e família à doença crónica

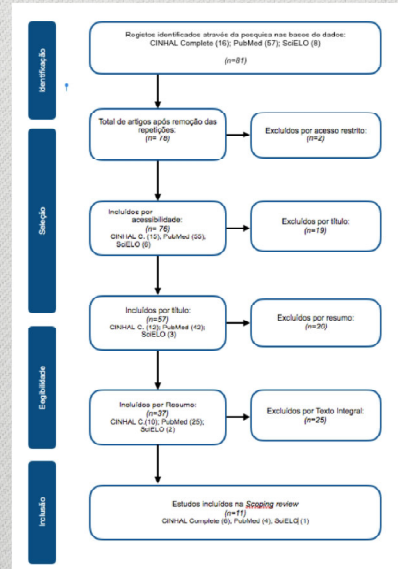
Materiais e Métodos:

Scoping Review baseada na metodologia descrita pelo instituto Joanna Briggs
Institute
Qual a intervenção do enfermeiro na adaptação da criança e família à doença crónica?

Crítérios de inclusão: todos os artigos publicados em bases de dados científicas entre 2013 e 2018, cujo acesso integral fosse livre, e os idiomas inglês, português e espanhol. A **População (P)** são as crianças, famílias e enfermeiros, o **Conceito (C)** é a adaptação à doença crónica e o **Contexto (C)** é em qualquer contexto. Realizada uma pesquisa utilizando três **bases de dados:** CINAHL Complete (via EBSCOhost), a PubMed e a Scielo. Utilizados os **Descritores MeSH** Pediatric Nursing AND Chronic Disease AND Child AND Family

RESULTADOS

- Prestar cuidados centrados na família, numa abordagem sistémica.
- Aconselhar os pais para facilitar a adaptação dos irmãos à doença crónica do irmão doente.
- Promover a capacitação da criança e família face aos sintomas, momentos de exacerbação, regresso a casa e alterações das rotinas, potenciais complicações através da educação para a saúde.
- Utilizar métodos farmacológicos e não farmacológicos de forma a diminuir a dor e a ansiedade, e promover a expressão livre de emoções.
- Adequar os tratamentos às particularidades de cada criança e família e as informações que transmite à idade e etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra.
- Promover a capacitação da família na aquisição de estratégias para uma adaptação positiva, através de uma rede de apoio na comunidade.



Conclusão: A intervenção do enfermeiro na adaptação da criança e família à doença crónica passa pelos cuidados centrados na família, nas várias dimensões da sua vida. Muito para além da doença em si e de todos os cuidados que lhe são inerentes, cabe ao enfermeiro capacitar a criança e família para a vida quotidiana ser o mais normal possível dentro das limitações. A criança com doença crónica é, acima de tudo, criança e o enfermeiro deve ajudar a criar oportunidades para que ela vivencie a sua infância.

Santos, S., Santos, E.A., Lacerda, A.F. (2017). *Dor Crónica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde*. Acta Pediatrica Portuguesa. *Revista de Pedagogia* 16(7), 101-106. doi: 10.11062/1640-0118.13014
Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (5ª edição) Loures: Lusociência
Tomey, A., Alligood, M. (2014). *Teoria de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. English (United Kingdom) Sa Ed., Loures: Lusociência.
The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 - Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute
García, L.M., Valbuena, H.R., Santos, S.B.B.S., Carvalho, E.S.S., Santana, R.C.B., Sampaio, S.S. (2014). Aplicabilidade de Modelo Teórico a famílias de crianças com doença crónica em cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 67(2); 187-94. doi: 10.5935/0034-7167.20140024
Tanaka, T.S., Seta, K.R., Duarte, E.D. (2016). Implications for nursing care concerning children discharge from a neonatal unit with chronic conditions. *Revista Rene* 17(5):659-67. doi: 10.15253/2175-6783.2016000500011
Costa, J.S., Santos, M.L.S.C. (2016). Grupos de adolescentes hospitalizados com doença crónica não transmissível como tecnologia de cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. Recife. 10(2):200-14. doi: 10.24003/revista.v10n02.1-13M.1002201017

Dougherty, J.P. (2015). *The Experience of Siblings of Children with type 1 Diabetes*. *Pediatric Nursing* Vol 4 (6) 279-305 CINAHL Complete via EBSCOhost
Salvador, M.S., Gomes, G.C., Oliveira, P.K., Gomes, V.L.O., Busanello, J., Xavier, D.M. (2015). *Estratégias de Famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas*. *Texto Contexto Enfermagem* 24(3):662-9. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-071915000300014
Iclo, M., Eriksson, E., Eriksson, I. (2013). *Perception of patient education during hospital stay - described by school-age children with a chronic illness and their parents*. *Scandinavian journal of caring sciences* 27: 888-894. doi: 10.1111/sjoc.12001
Greene, W.W., van Gal, B.G.L., Knoll, J.L., Corbridge, C.A.M., van Achterberg, T. (2017). *The support needs of parents having a child with a chronic kidney disease: a focus group study*. *Child: care, health and development*. doi: 10.1111/cch.12476
Figueiredo, S.V., Sousa, A.C.C., Gomes, I.L.V. (2016). *Children with special health needs under family: implications for Nursing*. *Ver. Bras. Enferm.* 69(1):79-85. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016090112
Lette, J.L., Silva, T.P., Silva, I.P. (2015). *Percepção dos pais de crianças com condições crônicas: revisão integrativa*. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. Recife. 7(8):530-9. doi:10.24003/revista.v7n08.201502201334
Lerret, S.M., Johnson, N.L., Haglund, K.A. (2017). *Parents Perspectives on Caring for Children after a solid organ transplant*. *J.Spec. Pediatr. Nurs.* 22. doi: 10.1111/jspn.12178

APÊNDICE II - Quadros de Apresentação de Resultados

Quadro de apresentação dos resultados

Autor	Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Participantes	Contexto	Intervenções
Silva, T.P. Silva, L.J. Ferreira, M.J.C. Silva, I.R. Rodrigues, B.M.R.D. Leite, J.L.	2018	Aspectos Contextuais sobre o Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem à criança com dor crónica	Qualitativo	Discutir os aspectos contextuais relacionados com a gestão do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com dor oncológica crónica	21 profissionais de saúde	Hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor - Utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor - Vigiar sinais vitais - Estimular a criança a brincar, a realizar atividades que uma criança saudável faz - Proporcionar momentos lúdicos - Constituir rede de apoio - Treinar mãe/pai para a realização dos cuidados à criança - Orientar os pais sobre a terapêutica - Proporcionar aos pais períodos de descanso - Oferecer suporte e apoio afetivo, emocional e social aos pais - Apoiar os irmãos
Okido, A.C.C. Cunha, S.T. Neves, E.T. Dupas, G. Lima, R.A.G	2016	Technology-dependent children and the demand for pharmaceutical care	Qualitativo Descritivo Exploratório	Compreender a vivência de mães de crianças dependentes de tecnologia em relação ao cuidado medicamentoso	12 mães cuidadoras de crianças dependentes de tecnologia	Cuidados aos filhos dependentes de tecnologia no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados centrados na família - Capacitar outros membros da família nos cuidados à criança - Ensinar a gerir os horários da medicação
Figueiredo, S.V. Sousa, A.C.C. Gomes, I.L.V.	2016	Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem	Qualitativo de natureza exploratória	Compreender a experiência da família de crianças e adolescentes com mielomeningocele diante da descoberta do adoecimento crónico	15 familiares responsáveis pelas crianças/adolescentes com mielomeningocele	Cuidar de criança/Adolescente com mielomeningocele no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer suporte emocional - Capacitar os cuidadores para a realização de procedimentos como: Esvaziamento vesical; prevenção de lesões da pele; - Esclarecer dúvidas sobre complicações da doença - Incentivar os pais à promoção de autonomia e independência da criança/adolescente

Quadro de apresentação dos resultados (Continuação)

Autor	Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Participantes	Contexto	Intervenções
Santos, L.M. Valois, H.R. Santos, S.S.B.S Carvalho, E.S.S. Santana, R.C.B. Sampalo, S.S.	2014	Aplicabilidade de modelo teórico a famílias de crianças com doença crónica em cuidados intensivos	Qualitativo Exploratório descritivo	Analisar se o modelo teórico "Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar de criança hospitalizada" pode ser aplicado às famílias de crianças com doenças crónicas em cuidados intensivos	7 famílias (7 mães e 4 pais) de criança com doença crónica hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	Cuidados intensivos	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados centrados na família - Ensinar a família sobre a patologia, suas manifestações - Dar reforço positivo no desempenho dos cuidados - Auxiliar a família a adquirir o controlo sobre a situação de doença da criança - Orientar para o recurso a uma rede social de suporte
O'Neill, K. Robinson, J.	2016	Psychological thinking in children and young people with skin disease	Estudo de caso	Considerar o contexto psicossocial e reconhecer situações que possam causar impacto na capacidade dos pais e crianças gerirem a doença	3 crianças/jovens com doença de pele e suas famílias	Aspetos psicossociais na gestão da doença de pele crónica no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados centrados na família - Ensinar pais sobre estratégias como distração ou brincadeira para incentivar a adesão da criança ao tratamento - Ensinar os pais sobre a doença, tratamentos e medicação
Costa, J.S. Santos, M.L.S.C.	2016	Grupo de Adolescentes hospitalizados com doença crónica não transmissível como tecnologia de cuidado de enfermagem	Qualitativo de natureza exploratória	Criar um grupo para escuta com adolescentes como estratégia de educação em saúde para minimizar o impacto da hospitalização	8 adolescentes internados com doença crónica com idades entre os 12 e 16 anos	Grupo de escuta para adolescentes no hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados em parceria com a família - Ensinar os adolescentes sobre a doença e tratamentos - Promover a interação social - Ouvir o adolescente - Promover a expressão de sentimentos
Salvador, M.S. Gomes, G.C. Oliveira, P.K. Gomes, V.L.O Busanello, J. Xavier, D.M.	2015	Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doença crónica	Qualitativo Descritivo Exploratório	Conhecer as estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas	15 famílias de crianças com doença crónica internadas no período de colheita de dados	Cuidado à criança com doença crónica no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados centrados na família - Estabelecer parceria com a família no cuidado à criança - Fornecer informações à família sobre a doença e cuidados - Promover a capacitação da família nos cuidados à criança - Fornecer suporte emocional

Quadro de apresentação dos resultados (Continuação)

Autor	Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Participantes	Contexto	Intervenções
McCarthy, A.	2015	Summer Camp for children and adolescents with chronic conditions	Revisão de Literatura	Determinar como os acampamentos de verão podem mitigar os desafios que as crianças e adolescentes com doença crónica enfrentam	Estudos qualitativos e quantitativos	Acampamentos de Verão	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as necessidades fisiológica, emocionais e psicossociais das crianças/adolescentes - Orientar a família na procura e escolha de acampamentos de verão adequados para a criança - Avaliar se a criança tem condições físicas e emocionais para integrar um acampamento de verão e respeitar os seus tempos - Ajudar os pais a determinar as obrigações financeiras relacionada à experiência do acampamento e ajudar a obter assistência com essas obrigações se necessário.
Kelo, M. Eriksson, E. Eriksson, I.	2013	Perceptions of patient education during hospital visit-described by school-age children with chronic illness and their parents	Qualitativo Descritivo	Explorar os elementos de eventos significativos de educação do paciente durante uma visita hospitalar descrita por crianças em idade escolar com doença crónica e seus pais	19 pais e 12 crianças portadoras de doença crónica	visita hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor - Ensinar sobre a doença e ajuste às atividades quotidianas - Fornecer apoio emocional - Incentivar a expressão de sentimentos - Fornecer informações acerca de associações de doentes
Geense, W.W. Van Gaal, B.G.J. Knoll, J.L. Cornelissen, C.A.M. Van Archeberg, T.	2017	The support needs of parents having a child with chronic kidney disease - a focus group	Qualitativo Focus grupo	Descrever as necessidades de apoio dos pais em relação aos problemas que enfrentam ao ter um filho com doença renal crónica	21 pais de crianças com doença renal crónica	Cuidados na Doença renal crónica no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades da criança e dos pais e outros membros da família - Apoiar os pais na sua necessidade de equilibrar as suas responsabilidades como cuidadores e as suas vidas pessoais

Quadro de apresentação dos resultados (Continuação)

Autor	Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Participantes	Contexto	Intervenções
Lerret, S.M. Johnson, N. L. Haglund, K.A.	2017	Parents' Perspectives on caring for children after a solid-organ transplant	Longitudinal misto (componente qualitativa)	Explorar as experiências dos pais na transição para casa e o complexo manejo de doenças crónicas após o transplante de órgão sólido de seus filhos	Principais cuidadores de criança submetida a transplante de órgão sólido (51 pais)	Cuidar de criança submetida a transplante de órgão sólido no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações antecipatórias sobre a vigilância, complicações e cuidados - Promover educação para a saúde sobre as necessidades complexas das crianças
Zhang, Y. Wei, M. Shen, N. Zhang, Y	2014	Identifying Factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A multi-site study	Descritivo correlacional	Determinar os principais indicadores para cada aspeto de gestão familiar de famílias com crianças que têm condições crónicas na China	399 famílias (cuidadores primários de crianças com doença crónica)	Gestão familiar das famílias com crianças com doenças crónicas no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a esperança - Fornecer apoio emocional - Capacitar os pais através da educação para a saúde - Ensinar os pais sobre a doença e os cuidados à criança - Ajudar na identificação de estratégias de enfrentamento - Fornecer às mães informações sobre crenças de saúde consistentes com os comportamentos recomendados - Envolver vários membros da família nos cuidados à criança a fim de evitar a sobrecarga do cuidador - Auxiliar as famílias no estabelecimento de estratégias de normalização que apoiem simultaneamente o cuidador e a criança
Tavares, T. Sena, R.R. Duarte, E.D.	2016	Implications for nursing care concerning children discharge from a neonatal unit with chronic conditions	Qualitativo	Compreender as implicações para o cuidado de enfermagem de crianças que recebem alta do cuidado neonatal com condições crónicas	14 mães de crianças com condições crónicas	Alta da Unidade Intensiva Neonatal de crianças com condições crónicas	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a educação para a saúde à família sobre a doença da criança e os cuidados que esta necessita - Fornecer orientação antecipatória face às complicações/exacerbações da doença na preparação para a alta - Adequar o plano de trabalho em parceria com a família - Proporcionar oportunidades para que a criança possa viver a infância

Quadro de apresentação dos resultados (Continuação)

Autor	Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Participantes	Contexto	Intervenções
Leite, J.L. Silva, T.P. Silva I.R.	2013	Produção científica do cuidado do enfermeiro à criança com condição crónica: Revisão integrativa	Revisão Integrativa da Literatura	Investigar a produção científica acerca do cuidado direto e/ou indireto do enfermeiro à criança com condição crónica	11 estudos (Bases de dados LILACS, IBECs, BDENF, MEDLINE)	Cuidado de enfermagem à criança com condição crónica nos vários contextos da prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a criança e família nas suas singularidades e prestar cuidados personalizados - Fornecer apoio emocional - Prestar cuidados centrados na família - Capacitar a família nos cuidados à criança para a promoção da sua autonomia e prevenção de complicações e recidivas
Dougherty, J.P.	2015	The Experience of siblings of children with type 1 Diabetes	Qualitativo	Conhecer a experiência do irmão, identificar medos comuns e fornecer ao profissional de saúde orientação sobre cuidados centrados na família para o controlo da Diabetes	Irmãos de crianças com Diabetes tipo 1	Cuidados aos irmão de criança com diabetes, no domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer orientação antecipada à família para promover resultados positivos para os irmãos de crianças com Diabetes - Educar os pais sobre os aspectos mais angustiantes da diabetes para os irmãos - medo da hipoglicémia, preocupação com a saúde pessoal e incerteza sobre o futuro <ul style="list-style-type: none"> - e encorajá-los a questionar os irmãos sobre os medos - Incentivar os pais a passar tempo individual com o filho saudável - Encorajar os pais a incluir os irmãos no planeamento das refeições e nos cuidados no controlo da Diabetes - Avaliar potenciais áreas de desajuste para todos os membros da família por forma a intervir atempadamente - Monitorizar o funcionamento da família tendo por base os cuidados centrados na família - Promover a educação para a saúde direcionada para os irmãos

APÊNDICE III - Reflexão Tratamento de Queimadura Idade Toddler

Unidade Curricular

A saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica

REFLEXÃO CRÍTICA

Tratamento a uma criança com queimadura - Idade Toddler

No âmbito da Unidade Curricular “A saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica” a decorrer em contexto de cuidados de saúde primários, realizo, entre outras atividades, consultas de enfermagem de saúde infantil, progressivamente de forma mais autónoma. Para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira e, mais especificamente, enquanto enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, é de relevante importância reflectir sobre a minha prática para prestar cuidados mais eficazes. Segundo Peixoto e Peixoto (2016) a prática reflexiva possibilita uma autoconsciência das nossas ações para uma prestação de cuidados com qualidade.

Com esta reflexão crítica pretendo descrever uma situação neste estágio, reflectir sobre a minha atuação, sobre como a vivi e no que podia ter feito diferente, tentando sempre basear-me em conhecimento científico para a fundamentar.

Descrição da Situação

A situação sobre a estou a reflectir foi um tratamento a uma queimadura de uma criança em idade toddler. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014), “a capacidade dos toddlers de trepar, esticar-se e alcançar objetos acima das suas cabeças faz de qualquer superfície quente uma potencial fonte de perigo.” A principal fonte de queimadura nesta idade, de acordo com estes autores, é a capacidade destas crianças de puxarem para cima de si, panelas e outros recipientes com líquidos quentes. (Hockenberry&Wilson, 2014) Foi precisamente isto que aconteceu ao “João”, menino de dois anos, que atendi na sala de tratamento.

O “João” veio à UCSP com a mãe e a avó para fazer tratamento da queimadura que tem no antebraço esquerdo, resultado de ter entornado água muito quente para cima dele. Recebi-os na sala de tratamentos apresentando-me. Na sala de tratamento estava eu, a

enfermeira orientadora, o “João”, a mãe e avó do “João”. Este foi o meu primeiro contacto no contexto de estágio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica com uma situação imprevista e de complexidade para a criança. Após ter-me apresentado pedi à mãe para explicar o que tinha acontecido e fiquei a saber que esta era a segunda vez em dois anos que esta criança se queimava. A mãe explicou que, apesar de todo o cuidado que tem e a vigilância que faz, o João é uma criança muito ativa e irrequieta e segundo a mãe “*foi uma questão de segundos*”. Aos dois anos a criança já tem um maior controlo do corpo, há uma melhor motricidade grosseira e por isso desloca-se de forma mais autónoma. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Enquanto a mãe e avó seguravam o “João” retirei a ligadura que envolvia a ferida. O menino estava assustado, chorava e agitava-se na marquesa. Nesta faixa etária o conceito que a criança tem do seu corpo e dos seus limites ainda é pouco definido, e qualquer experiência que lhe possa parecer dolorosa é encarada com intensidade, reagido com medo e por vezes com resistência física. Também por esse motivo, retirar um penso, ou no caso ligadura que envolvia a ferida pode provocar no toddler apreensão em relação ao seu bem estar (Hockenberry & Wilson, 2014). Falei com ele, tentando acalmá-lo e incentivei a mãe fazê-lo. Tendo em conta que os maiores medos da criança nesta idade é ainda, o medo de estranhos e a separação dos pais foi importante a colaboração da mãe no procedimento (Hockenberry & Wilson, 2014). Realizei o tratamento da queimadura lavando com soro fisiológico e colocando gaze gorda, de acordo com as indicações expressas na prescrição de tratamento. Finalizei o tratamento com a colocação de compressas e ligadura para proteger o local da queimadura. Reforcei junto da mãe da importância de não deixar nada com conteúdo muito quente ao alcance do menino, nem deixá-lo sem supervisão.

Sentimentos

Como primeira experiência no tratamento de uma queimadura a uma criança pequena (toddler) senti-me desconfortável, com receio de provocar dor à criança, ainda que de forma não intencional. O facto da criança estar assustada provocou-me alguma angústia na medida em que queria que confortá-la mas ao mesmo tempo tinha de realizar o tratamento que a estava a assustar. Em contrapartida, a tranquilidade que a mãe transmitiu

ao confortar o menino e a forma como reagia ao procedimento e ao que lhe ia dizendo ajudaram-me a sentir mais confiança na minha prestação. Envolver os pais, no caso a mãe, no procedimento pode ser benéfico na gestão da dor da criança, uma vez que transmitem calma e segurança. Assim, é muito importante clarificar os pais sobre o tratamento a realizar para que estes estejam também calmos em relação ao procedimento. Por conhecer a criança melhor que o profissional de saúde, os pais ajudam na compreensão das manifestações da criança face à dor e assim, auxiliar na escolha da melhor estratégia não farmacológica de alívio da dor a ser utilizada (Ordem dos Enfermeiros, 2013). À medida que fui realizando o tratamento senti-me gradualmente mais confiante e interagi de forma mais assertiva com o “João” que no final até sorriu para mim

Avaliação e Análise

Após reflexão sobre a situação, percebi que o meu desconforto relativo a esta intervenção fez com que eu não iniciasse a intervenção da melhor maneira. A criança em idade Toddler está muito atenta a toda a comunicação não verbal das pessoas que interagem com ela, principalmente em situações estranhas (Hockenberry & Wilson, 2014) Apesar de me apresentado e brincado com o “João” na tentativa de mantê-lo calmo poderia ter preparado melhor o menino para o que ia acontecer, o que ia ver ou sentir. É característico da idade toddler um pensamento egocêntrico daí a importância de explicar o que vai acontecer com ela. A situação é assustadora para uma criança da idade do “João” só pelo facto da presença de pessoas estranhas (Hockenberry & Wilson, 2014).

À medida que me senti mais confiante, a minha prestação melhorou. Incluí a mãe e a avó no procedimento na medida em que pedi a sua colaboração para manter o “João” calmo e seguro, através da necessária contenção. A presença de pessoas significativas para a criança, no caso a mãe, pode ajudar a diminuir o *stress* ao qual a criança está sujeita e, assim, atuar como método não farmacológico de alívio da dor. A separação pode potenciar uma aumento da perceção da dor por parte da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Fui tentando minimizar o potencial stress que o “João” pudesse estar a sentir ao cantar com ele algumas canções infantis de desenhos animados que este menino costuma ver. Um dos objetivos os cuidados atraumáticos é minimizar desconforto físico ou psicológico que um

procedimento pode acarretar para a criança e uma das formas de o fazer, nesta idade, é através do uso da distração. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Por não ter prática nestas intervenções a crianças, uma vez que não faz parte da minha realidade profissional, demorei algum tempo mais que o necessário para a elaboração deste tratamento.

Conclusão

Ao longo do tratamento fui melhorando a comunicação com a criança. Faz parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria comunicar com a criança/jovem e família de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento. (Ordem dos Enfermeiros, 2010) Ao brincar com “João” consegui reduzir o stress, contando sempre com o apoio da família ao incluí-la no processo. Numa situação idêntica no futuro, devo melhorar as estratégias para incluir a criança dentro do que é a sua capacidade e maturidade. Preparar todo o material antecipadamente, assim como material extra que possa ser preciso é uma medida importante que tenho de ter em conta no futuro. Como a criança em idade toddler tem uma noção de tempo ainda imprecisa devo prepará-la imediatamente antes do procedimento ou aquando o procedimento. A preparação do material antecipadamente ajuda a evitar atrasos, impedindo assim o aumento da ansiedade por parte da criança. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Referências Bibliográficas

Peixoto, N.M.S.M., Peixoto, T.A.S.M. (2016). *Prática Reflexiva dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Revista Referência. Serie IV. 11: 121-132

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente*. (9ª Edição) Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégia Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série 1, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

APÊNDICE IV - Sessão “Equipar para Crescer em Segurança”

ÍNDICE

1. PLANO DA SESSÃO	2
2. CARTAZES	3
3. FOLHETO “A História de Miguel e Maria”	6
4. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	8
5 TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS	9
6. FOLHA “Quais os meninos que estão protegidos?”	12

1. PLANO DA SESSÃO

PLANO DE SESSÃO PARA A SAÚDE

Tema: “Equipar para crescer em segurança”

População alvo: Crianças em idade escolar e pais que estejam a aguardar consulta em sala de espera

Duração: 10 minutos

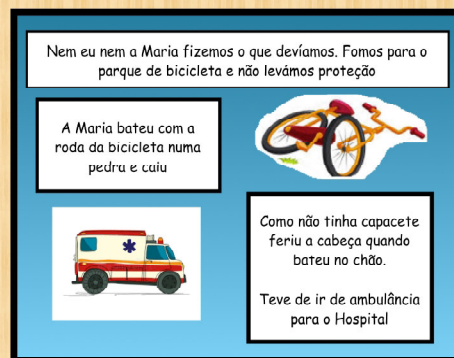
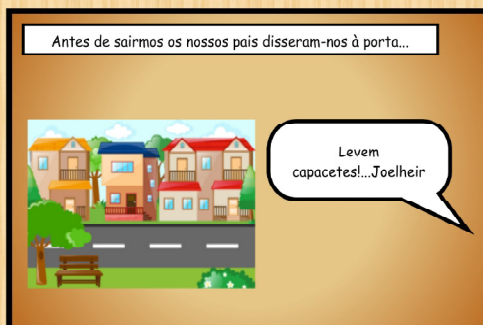
Prefeitora: Marisa Silva

Objetivo: Sensibilizar crianças e pais para a importância do uso de equipamentos protetores nas actividades de lazer

“Equipar para crescer em segurança”					
Estrutura	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Apresentação da preleitora	Recomendações para o uso de equipamentos de proteção, cuidados ao atravessar a estrada e transporte no carro	Expositivo Ativo	Cartazes Folhetos	10 minutos	Aplicação de breve questionário aos pais
Apresentação da sessão					
Esclarecimento de dúvidas					

2. CARTAZES

Era uma vez...



Os acidentes podem acontecer e por isso devemos proteger-nos

Andar de bicicleta, skate, patins ou trotinete é divertido e saudável, mas pode trazer riscos, mesmo para os mais velhos e experientes.



Para evitares acidentes graves segue estas recomendações:

Usa sempre capacete

O capacete deve ser adequado ao tamanho da tua cabeça para que fique bem ajustado

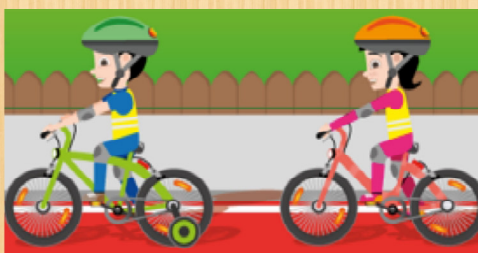
Uma das correias do capacete deve passar pela frente da orelha e outra por trás; e devem ficar bem justas por baixo do queixo

Pede à tua mãe para ver se o capacete tem a marcação CE e a indicação EN 1078, pois só assim sabemos que cumpre as normas europeias



Usar cotoveleiras e joelheiras aumenta a tua proteção

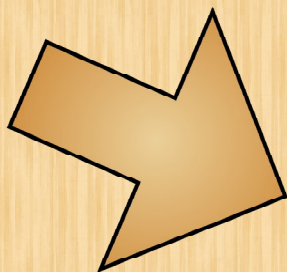
Quando andares de bicicleta não uses chinelos nem roupa muito larga que possa ficar presa às rodas ou aos pedais



<http://www.ansr.pt/juniorseguro/Pages/familia docentes.html>

Equipa-te para cresceres em segurança

Sempre que fores andar de carro



Ouve sempre os teus pais e:

Usa sempre o cinto de segurança, mesmo em viagens curtas

Usa a cadeira adequada à tua idade e altura (<12 anos e/ou <1,35m)

Depois da brincadeira, quando voltares para casa, passa sempre na passadeira:

Olha para os dois lados para veres se vêm carros antes de atravessar

Se vierem certifica-te que os condutores te veem e espera que o carro pare

Nunca passes a passadeira a correr e se tiveres a tua bicicleta leva-a pela mão



Quando houver semáforos:

Avança, apenas, quando o sinal estiver verde.

Mesmo que esteja verde olha sempre para os dois lados antes de atravessar

3. FOLHETO “A História de Miguel e Maria”



Quando a Maria voltou do Hospital pôde ver todos os seus amigos a divertirem-se nas bicicletas, trotinetes, skates e patins.

Todos equipados para crescer em segurança



Protege-te tu também



Elaborado por: Marisa Silva
Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
UC A Saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica

Fonte:
Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária: Junior seguro, 2016

Por isso sempre que andares de bicicleta ou outro veículo com rodas deves:

- Usa sempre capacete, pois este protege a cabeça em caso de queda
- O capacete deve ser adequado ao tamanho da cabeça de modo a ficar bem ajustado e centrado na parte superior da cabeça
- Uma das correias do capacete deve passar pela frente da orelha e outra por trás; devem ser apertadas bem justas por baixo do queixo.
- O uso de joelheiras e cotoveleiras aumentam a segurança
- Pede aos teus pais para confirmarem se no capacete há a marcação CE e a indicação EN 1078. Se sim, esse equipamento de proteção é aprovado ANSR, 2016

Era uma vez dois amigos que moravam na mesma rua, o Miguel e a Maria. Eles eram amigos há muito tempo e brincavam muito no parque.



Quando os dias de sol chegavam, lá pediam se podiam ir andar de bicicleta, skate e patins para o parque.



- "Levem os capacetes" - disse a mãe do Miguel



- "E as joelheiras e as cotoveleiras" - disse o pai da Maria

"Hum...Joelheiras e cotoveleiras?...Isso é para bebês. Ainda gozam comigo" - pensou o Miguel

"O capacete incomoda-me e é giro andar com o cabelo ao vento" - pensou a Maria

Contra os conselhos dos pais, os dois puseram-se ao caminho sem as devidas proteções.



E tudo correu bem durante uns dias, o que fez com que os amigos pensassem que todas aquelas precauções eram exageros dos pais.

Até que um dia, no regresso para casa, sem que os dois amigos pudessem pensar, uma pedra apareceu no caminho da Maria.

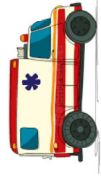


Ela tentou equilibrar a bicicleta...tentou...tentou...mas não conseguiu e acabou por cair.



O Miguel ficou muito assustado porque a sua melhor amiga estava caída no chão e não se levantava. Tinha batido com a cabeça e feito uma ferida.

Veio uma ambulância e a Maria foi para o Hospital.



E durante uns dias o Miguel não andou de bicicleta.

Pensou muito no que acontecera a Maria:

"Devíamos ter seguido os conselhos dos nossos pais. Acidentes acontecem e não os podemos prever, mas podemos sempre proteger-nos"



O Miguel decidiu que, dali para a frente, iria andar de bicicleta, patins, skate ou trotinete protegido e que iria ensinar os outros amigos a fazer o mesmo.

Apesar de ser divertido e saudável, andar de bicicleta pode trazer alguns riscos mesmo que já tenhas experiência

4. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Questionário acerca da sessão de educação : “**Equipar para crescer em segurança**” (Assinale com X)

1. Como classifica a pertinência do tema:

Nada pertinente	
Pouco pertinente	
Pertinente	
Muito pertinente	

2. Os conteúdos foram expostos com clareza?

Não concordo	
Concordo pouco	
Concordo muito	
Concordo plenamente	

3. Tendo em conta o local da sessão (contexto de sala de espera), a estratégia de sessão foi adequada ao contexto?

Não concordo	
Concordo pouco	
Concordo muito	
Concordo plenamente	

4. Sugestões:

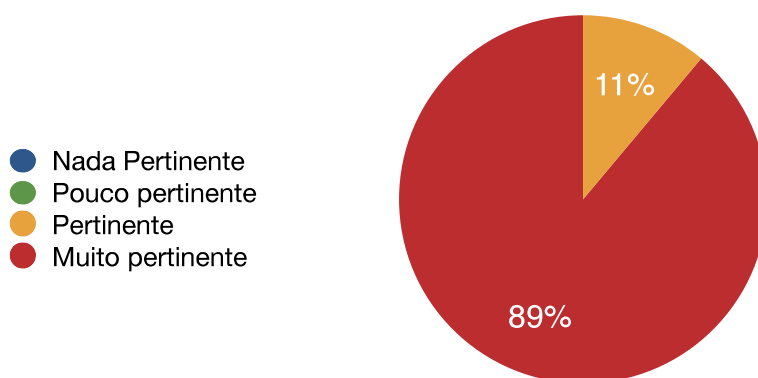
Muito obrigada pela atenção

5. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Os resultados apresentados são referentes aos questionários aplicados aos pais/família no final da sessão. Quanto à validação da compreensão por parte das crianças através da folha “ Quais os meninos que estão protegidos?”, 100% das crianças não apresentou qualquer dificuldade em identificar os meninos que estavam protegidos com equipamentos de proteção, o que demonstra compreensão dos conteúdos da sessão.

Os resultados dos questionários são:

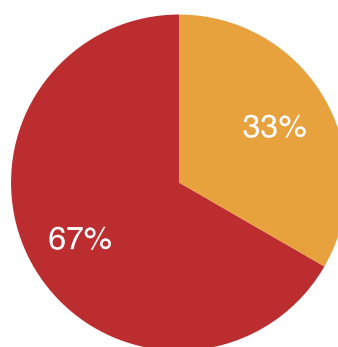
1. Como classifica a pertinência do tema?	
Nada Pertinente	0
Pouco pertinente	0
Pertinente	1
Muito pertinente	8



Em relação à questão “Como classifica a pertinência do tema?” 89 % das respostas classifica o tema como muito pertinente. Em nenhum questionário foi dada a resposta “nada pertinente”.

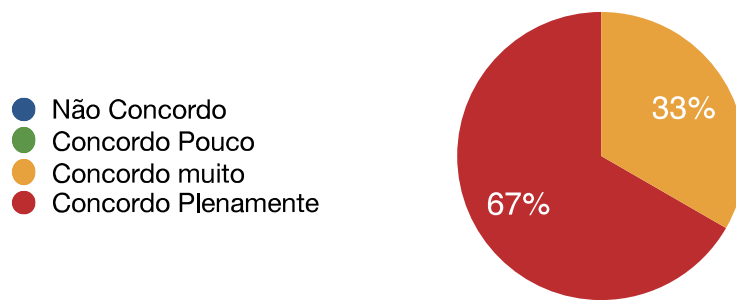
2. Os conteúdos foram expostos com clareza?	
Não Concordo	0
Concordo Pouco	0
Concordo muito	3
Concordo Plenamente	6

- Não concordo
- Concordo pouco
- Concordo muito
- Concordo plenamente



Relativamente à questão “ Os conteúdos foram expostos com clareza?” 67% das famílias concorda plenamente. Nenhuma família respondeu “Não concordo”.

3. Tendo em conta o local da sessão, a estratégia de sessão foi adequada?	
Não concordo	0
Concordo pouco	0
Concordo muito	3
Concordo plenamente	6



Por fim, em resposta à questão “Tendo em conta o local da sessão a estratégia de sessão foi adequada?”, à semelhança da pergunta anterior 67% das famílias respondeu “concordo plenamente”. Nenhuma família respondeu “ Não Concordo”.

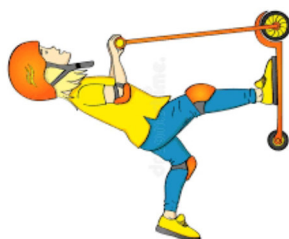
Nos questionários havia possibilidade de serem feitas sugestões. Dos nove questionários preenchidos em dois foi preenchido esse espaço, não com sugestões mas com comentários que passo a transcrever:

Q1: *“Na minha opinião o tema adequa-se perfeitamente. Nada mais a acrescentar”*

Q3: *“É muito bom para as crianças como para a família reforçar a segurança no meio familiar”*

6. FOLHA “Quais os meninos que estão protegidos?”

Quais os meninos que estão protegidos?



APÊNDICE V - Cartaz “Equipar para crescer em segurança”

"Equipar para crescer em segurança"

As crianças em crescimento necessitam de exercício físico para se desenvolverem com saúde.

Atividades como andar de bicicleta, patins, skates e trotinete estimulam a coordenação e o desenvolvimento físico. (Hockenberry, M., Wilson, D., 2014)



ANSR, 2016



FACTOS

As quedas (em geral) constituem o principal tipo de acidente em crianças e jovens, em Portugal, tal como na Europa (APSI, 2011)

Três em quatro mortes com crianças ciclistas são provocadas por traumatismos cranianos (OMS, 2008)

A utilização de capacete pode prevenir cerca de 75% das mortes de crianças por acidentes de bicicletas (OMS, 2008)

Os traumatismos acidentais que não resultam em morte podem alterar a vida da criança, condicionando permanentemente o seu desenvolvimento e qualidade de vida. (Dias, Costa, & Martins, 2013)



Quando andares de bicicleta, skate, patins ou trotinete



ANSR, 2016

NÃO TE ESQUEÇAS

Usa o capacete adequado ao tamanho da tua cabeça e bem ajustado, para a protegeres se caíres

Usa refletores para que te vejam


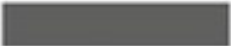
Usa joelheiras e cotoveleiras para maior proteção

Assim, brincas mais seguro!

ANSR, 2016

1 Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) Wong Enfermagem da Criança e Adolescente. (8ª Edição) Loures: Lusociência
2 Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016. Lisboa
3 Organização Mundial de Saúde (2008). World Report on Child Injury Prevention. Switzerland: WHO.
4 Ong, A.C.W., Low, S.G., Vasanthala, F.F. (2010). Childhood Injuries in Singapore: Can Local Physicians and Healthcare System Do More to Confront This Public Health Concern?. International Journal of Environment Research and Public Health, 13, 718.
5 ANSR (2016) Júnior Seguro, Famílias & Docentes
Disponível em: <http://www.ansr.org/juniorseguro/Pages/familia docentes.html>

APÊNDICE VI - Sugestão de atividade

	 Sugestão de atividade "Equipar para crescer em Segurança"			Número:	1
				Versão:	1
				Elaborado/ revisto	13/06/18
				Validação	
				Página (s)	4
Tipo de norma	Administrativo		Formação	x	Responsável pela elaboração: Marisa Silva, aluna de MEESIP, ICS - UCP
	Clínico	x	Serviço de apoio		Destinatários: Enfermeiros
<p><u>Objetivos:</u></p> <p>Incentivar as crianças à utilização de equipamentos de proteção em atividades que envolvam veículos com rodas como bicicletas, skates, patins, trotinetes e outros.</p> <p><u>Enquadramento:</u></p> <p>Segundo a DGS (2010) uma das principais causas de mortalidade e morbilidade nas crianças com mais de um ano são os traumatismos resultantes de acidentes. Os acidentes de viação, as quedas, os acidentes em atividades de lazer sem a utilização de equipamentos de proteção são exemplos destes acidentes que levam a estes traumatismos. Quando não resultam em morte, podem alterar a vida da criança de forma definitiva, condicionando irreversivelmente o seu desenvolvimento e a qualidade de vida da criança e família. (Ong, A.C.W., Low, S.G., Vasanwala, F. F., 2016) (Dias, J., Costa, S. Martins, S., 2013) Os acidentes de viação são uma importante causa de morte na infância. As crianças que não utilizam sistemas de retenção no automóvel têm 50% mais de probabilidade de morrer em caso de acidente que as que são transportadas em sistemas de retenção. (OMS, 2008)</p> <p>Segundo um estudo realizado na região de Lisboa e Vale do Tejo, os acidentes representaram um motivo recorrente de recurso à urgência pediátrica e as quedas o tipo de acidente mais frequente. (Acta Pediátrica Portuguesa, 2016)</p> <p>Embora haja conhecimentos, por parte dos pais, das medidas de segurança, muitas vezes, essas são descuradas, como por exemplo a não utilização de capacetes e outros acessórios de proteção em atividades de lazer, o que coloca em risco a segurança da criança. (APSI, 2011)</p>					

De acordo com um estudo realizado por Ong, Low e Vasanwala, (2016), as crianças em idade escolar são crianças com maior prevalência de acidentes em ambientes de recreio e atividades físicas. As quedas de bicicleta e patins constituem uma das causas mais significativas de traumatismos cranianos em crianças em idade escolar. (Wilson & Hockenberry, 2016)

Foco de Enfermagem:

Programar Foco Prevenção de Segurança

Intervenções de Enfermagem:

Avaliar precaução de segurança

Avaliar conhecimento sobre precaução de segurança

Avaliar conhecimento da mãe (pai) sobre Prevenção de Acidentes

Sugestão de registo:

Associar nota à intervenção levantada que foi realizada a atividade

Local de realização da atividade:

Sala de Espera ou Sala de Consulta de Enfermagem (de acordo com a disponibilidade/oportunidade)

Recursos:

Cartazes

Folheto "A história de Miguel e Maria"

Folha: "Quais os meninos que estão protegidos?"

Descrição da Atividade:

Utilizar os cartazes para contar "a história de Miguel e Maria" e abordar as recomendações para o uso de equipamentos de segurança em atividades com bicicleta, skate, patins, trotinete ou outros veículos com rodas. Os últimos dois cartazes abordam os cuidados a ter ao atravessar a rua e nas viagens de automóvel (nomeadamente o uso de cadeira e cinto de segurança). Pretende-se que seja uma atividade interativa, adequando à individualidade de cada criança.

No final pode ser utilizada a folha "Quais os meninos que estão protegidos?" para validar a compreensão das crianças sobre os conteúdos abordados.

O folheto "A História de Miguel e Maria" entrega-se à criança/família. Contém a história e recomendações sobre a utilização dos equipamentos de proteção.

Avaliação da atividade:

Utilizar a folha "Quais os meninos que estão protegidos?" e pedir às crianças para identificar nessa folha quais os meninos que estão a utilizar equipamentos de proteção. A criança terá adquirido conhecimento se o fizer corretamente.

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, C., Batalha, S., Cunha, F., Salva, I., Santos, J., & Sousa, H. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 47:30-7

Acedido a partir de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12717/1/ACIDENTES.pdf>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2011). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012 - 2016*. Lisboa

Acedido a partir de: http://apsi.org.pt/images/Documents/PASI_2011.pdf

Dias, J., Costa, S., Martins, S. (2013) *Prevenção de acidentes em idade pediátrica: o que sabem os pais e o que fazem os médicos*. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 6 (44), p 278

Acedido a partir de: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3490/2756>

Direção Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Organização Mundial de Saúde (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Switzerland: WHO
Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/

Ong, A.C.W., Low, S.G., Vasanwala; F.F. (2016). Childhood Injuries in Singapore: Can Local Physicians and Healthcare System Do More to Confront This Public Health Concern?, *International Journal of Environment Research and Public Health*, 13, 718.

Acedido através de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente*. (9ª Edição) Loures: Lusociência

SIGLAS

MEESIP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

ICS – Instituto de Ciências da saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICE VII - Questionário de levantamento de necessidades formativas e tratamento dos dados

ÍNDICE

1. QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES FORMATIVAS	2
2. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS	3

1. QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Encontro-me a realizar estágio nesta unidade de saúde no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, na Unidade Curricular “A Saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica”. Sendo uma das competências comuns do enfermeiro especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem , em contexto profissional, na sua área de especialidade” pretendo realizar uma formação aos profissionais desta unidade, na área da Saúde Infantil. Assim gostaria de saber:

Quais as suas necessidades formativas na área da Saúde Infantil?

● **Desenvolvimento Infantil:**

- Recém-nascido pré termo e termo
- Lactente
- Criança em idade pré-escolar
- Criança em idade escolar
- Adolescente

● **Precauções de segurança:**

- Sistemas de retenção no transporte de crianças no automóvel - orientações (desde o recém-nascido pré-termo/ termo até ao adolescente)
- Prevenção de acidentes mais comuns nas diferentes faixas etárias
 - Recém-nascido
 - Lactente
 - Criança em idade pré-escolar
 - Criança em idade escolar
 - Adolescente

● **Nenhuma**

● **Outra. Qual?**

Que estratégias sugere para colmatar essa necessidade?

Muito Obrigada

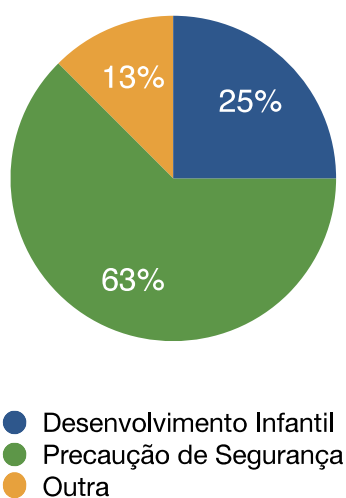
2. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Com a aplicação destes questionários pude constatar que as necessidades formativas dos enfermeiros da UCSP são variadas. A escolha para o tema desta sessão baseou-se na aferição do tema mais escolhido pelos enfermeiros. A seguir vou apresentar tabelas com os dados dos questionários e respectivos gráficos com a percentagem. Na tabela 1 podem ser observados os dados aferidos pelos grupos “Desenvolvimento Infantil”, “Precaução de Segurança” e “Outra”. No grupo “Outra” os temas que surgiram foram: Comunicação com o adolescente; Obesidade Infantil; Cuidados à pele.

Tabela 1

Desenvolvimento Infantil	6
Precaução de Segurança	15
Outra	3

Pelos resultados da tabela, pode observar-se que o grupo com maior número de escolhas por parte dos enfermeiros é o grupo “Precaução de Segurança” cuja percentagem pode observar-se através do seguinte gráfico.

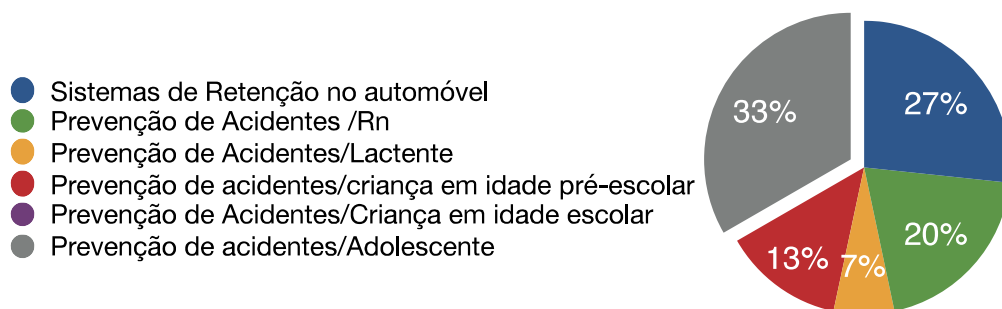


De acordo com estes dados as necessidades formativas dos enfermeiros relaciona-se em maior percentagem com a precaução de segurança (63%). Na Tabela 2 analiso apenas os dados do grupo com maior percentagem, “Precaução de Segurança”.

Tabela 2

Precaução de Segurança	
Sistemas de Retenção no automóvel	4
Prevenção de Acidentes /Rn	3
Prevenção de Acidentes/Lactente	1
Prevenção de acidentes/criança em idade pré-escolar	2
Prevenção de Acidentes/Criança em idade escolar	
Prevenção de acidentes/Adolescente	5

No gráfico seguinte podem observar-se os resultados em percentagens.



Através do análise deste gráfico e, como é visível na fatia do gráfico destacada, a maior percentagem (33%) pertence ao tema “Prevenção de acidentes/Adolescentes”, seguido pelo tema “Sistemas de Retenção no automóvel (27%) e Prevenção de acidentes/RN (20%). O tema com menor percentagem foi o tema “Prevenção de acidentes/Lactente” (7%). O tema “Prevenção de acidentes/Criança em idade escolar” não obteve nenhum voto.

Desta forma, o tema abordado na sessão formativa aos enfermeiros da UCSP foi a prevenção de acidentes na faixa etária dos adolescentes.

APÊNDICE VIII - Sessão “Adolescentes - Prevenção de Acidentes”

ÍNDICE

1. PLANO DA SESSÃO	2
2. SESSÃO “ADOLESCENTES - PREVENÇÃO DE ACIDENTES”	3
3. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	13
4. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS	14


1. PLANO DA SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

Tema: "Adolescentes - Prevenção de Acidentes"
População alvo: Enfermeiros da UCSP
Duração: 20 minutos
Prefetora: Marisa Silva

"Adolescentes - Prevenção de Acidentes"					
Estrutura	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Apresentação da preleitora Apresentação da sessão Esclarecimento de dúvidas	Enquadramento: características da adolescência Factos: Acidentes mais comuns na adolescência Estratégias	Expositivo	PowerPoint	20 minutos	Aplicação de questionário aos enfermeiros

3. SESSÃO “ADOLESCENTES - PREVENÇÃO DE ACIDENTES”



ADOLESCENTES

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

FORMADORA: MARISA SILVA
ALUNA DO MESTRADO EM ENFERMAGEM, ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
ICS
UCP

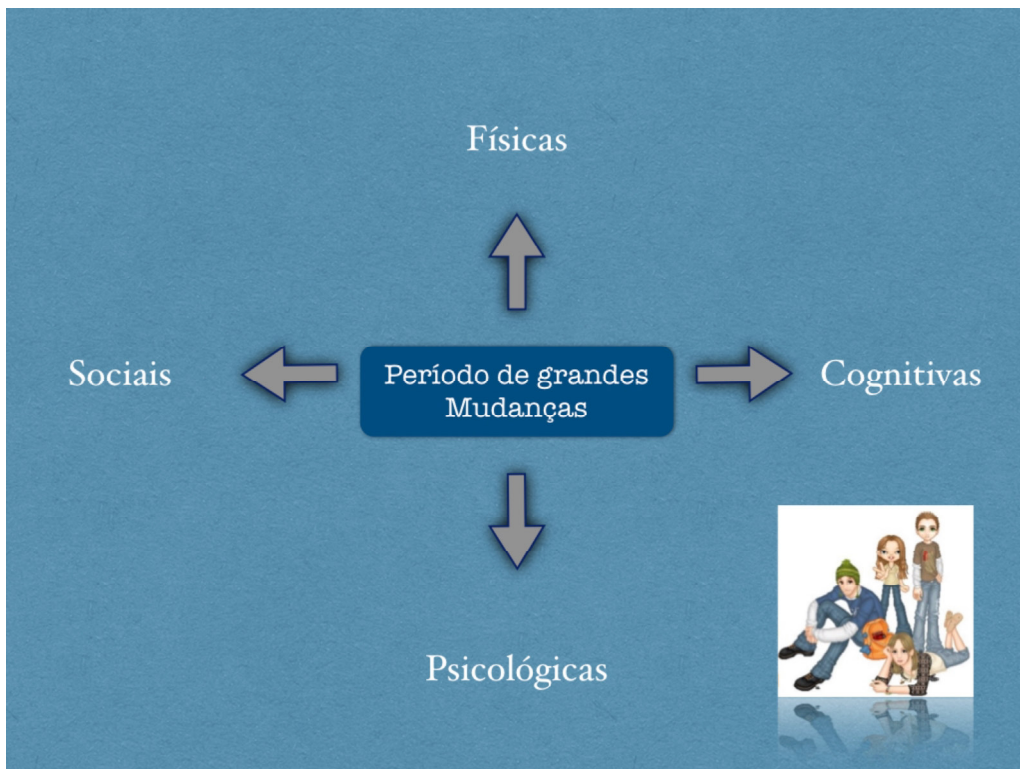
Adolescência

- “Etapa da vida compreendida entre a infância e a idade adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)



Adolescência ————— Período entre os 10 e os 19 anos (OMS)

“Adolescere” → Crescer



Desenvolvimento psicossocial

- Varia de adolescente para adolescente

A transição para a idade adulta

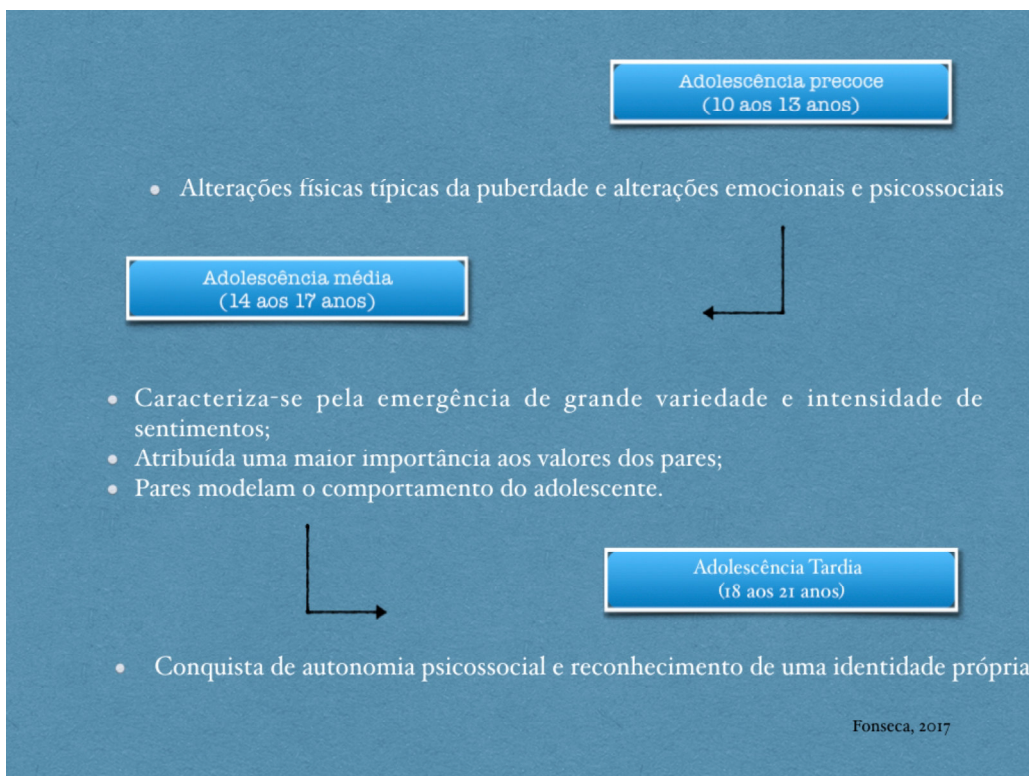
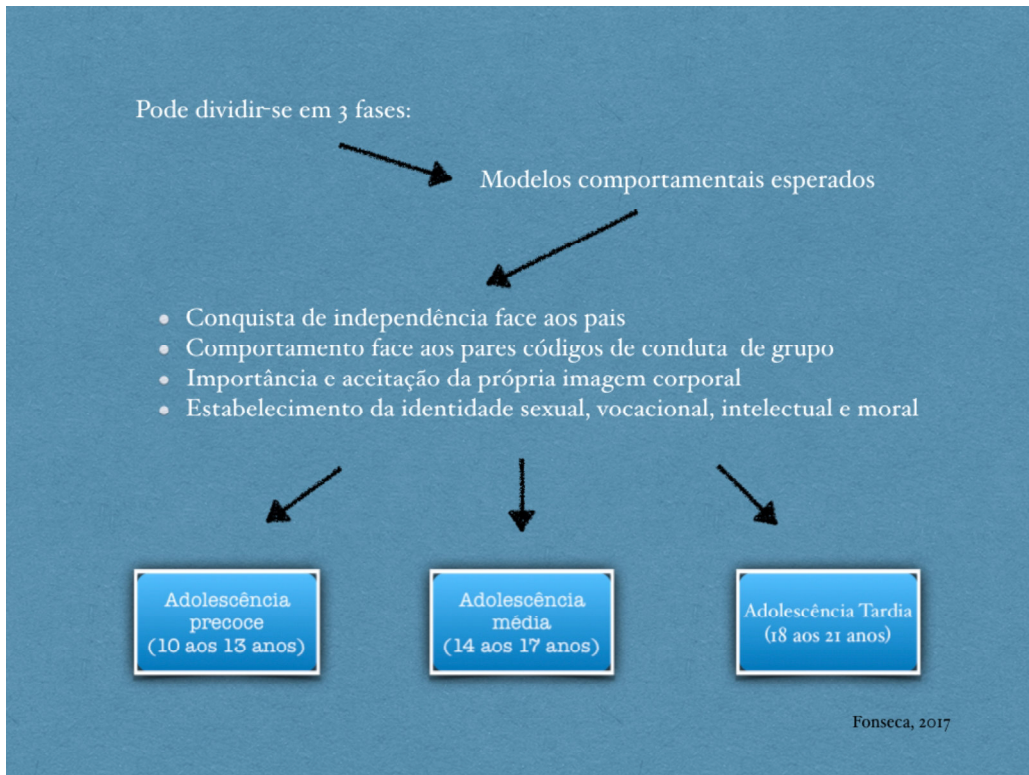
nas vertentes biológica, social, emocional e intelectual



Não ocorre de forma contínua, uniforme ou síncrona



Fonseca, 2017



Adolescência

↳ Tempo de oportunidades e de riscos

↳ Ensaio de novas reflexões,
tomadas de decisão e condutas,
que até então não tinham sido
tentadas

Ordem dos Enfermeiros, 2010

Adolescentes



Acidentes

- Os acidentes são a principal causa de morte em crianças e adolescentes
- Causa importante de incapacidade temporária ou permanente com impacto no desenvolvimento físico, psicológico e social

DGS, 2017
Ordem dos Enfermeiros, 2010

- Nos adolescentes predominam sentimentos de onnipotência / imortalidade, com conseqüente menor noção do perigo e maior risco de acidentes

- O consumo de álcool na adolescência está intimamente relacionado com outros comportamentos de risco e com acidentes



Ordem dos Enfermeiros, 2010
Fonseca, 2017

A adolescência é considerada como um período, em geral, saudável.



Mas também é um período de experimentação e possível adoção de comportamentos de risco



Grupo mais suscetível a acidentes

Ordem dos Enfermeiros, 2010

Acidentes mais comuns na adolescência

Quedas

Atropelamentos

Acidentes em atividades de lazer

Acidentes de viação

Intoxicações

Queimaduras

DGS, 2010

Factos



Os acidentes de viação são uma das principais causas de morte em adolescentes entre os 10 e os 19 anos

Os adolescentes têm as menores taxas de utilização de cintos de segurança no mundo



Aos 16 anos os adolescentes podem, legalmente, conduzir motociclos até 125 cm³ de cilindrada (categoria A1) e quadriciclos (categoria B1)

OMS, 2008
www.imt-ip.pt

Factos (cont...)

- Ciclistas, motociclistas, passageiros de motocicleta sem capacete



> risco de traumatismo craniano grave ou morte

- Os jovens condutores têm um maior risco de acidente devido a:

- idade
- comportamentos de risco como o consumo de álcool
- excesso de velocidade
- distração durante a condução
- etc

OMS,2008

Wilson & Hockenberry, 2014

Ordem dos Enfermeiros, 2010

Factos (cont...)

- Os adolescentes por terem mais autonomia de movimentos que as crianças mais pequenas correm outros riscos, muitas vezes devido a distração e sentimentos de imortalidade



- O aumento da força e vigor na adolescência pode levar o adolescente a extrapolar os seus limites

- As quedas são a principal causa de lesões traumáticas cerebrais com um risco significativo de sequelas crónicas, especialmente entre os jovens

Papel dos enfermeiros

Wilson & Hockenberry, 2014



Fornecer aos pais e adolescente orientação antecipada sobre os riscos relacionados com o crescimento e desenvolvimento

Envolver, diretamente, o adolescente na educação para a saúde (+ eficaz)



Ajudá-lo a compreender a sua necessidade de envolver-se em comportamentos arriscados, explorar possíveis resultados negativos e ponderar possíveis alternativas

Recomendar



O uso de equipamentos de proteção como capacete na utilização de bicicleta, veículos motorizados, ou outros veículos de rodas



O uso de cinto de segurança nas viagens de carro ou autocarro



Os respeito pelas regras de segurança dos espaço de desporto e lazer

Wilson & Hockenberry, 2014



Esperar pelos transportes públicos nas paragens e manter-se no passeio. Ao sair do transporte público, esperar que o veículo se afaste para atravessar e nunca entrar ou sair do veículo com ele em andamento

Mostrar-lhe que falar ao telemóvel, enviar mensagem e ouvir música enquanto caminha diminui a atenção e a capacidade de avaliar o ambiente que o rodeia. As consequências podem mudar a sua vida de forma irreversível



ANSR, 2016



Evitar brincadeiras e jogos no ambiente rodoviário

Agir de forma responsável, promovendo a segurança dos outros



ANSR, 2016

Referências Bibliográficas

ANSR. (2016). Junior Seguro, Famílias & Docentes

Disponível em: <http://www.ansr.pt/juniorseguro/Pages/familiadocentes.html>

Direção Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente*. (9ª Edição). Loures: Lusiciência

Instituto de Mobilidade e dos Transportes, I.P - Condutores, Motociclos

Disponível em: <http://www.imt-ip.pt/sites/IMTT/Portugues/Condutores/CartaConducao/Motociclos/Paginas/Motociclos.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* - Volume I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. Switzerland: WHO

Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/

Fonseca, P. (2017). Adolescência. In G. Oliveira, J. Saraiva (Eds), *Lições de Pediatria*, Volume I (pp. 247-258)

doi: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_14

3. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Data: 14/06/2018

Formadora: Marisa Silva. Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil

A sua opinião sobre a sessão é muito importante. Assinale a opção que mais se adequa à sua opinião numa escala de 1 a 5 sendo 1 “nada satisfeito” e 5 “totalmente satisfeito”

Conteúdo e Métodos	1	2	3	4	5
Conteúdos da sessão					
Estrutura dos Conteúdos					
Interesse/utilidade dos conteúdos					
Duração da sessão					

Formadora	1	2	3	4	5
Domínio dos conteúdos da sessão					
Clareza na exposição dos conteúdos					
Esclarecimento de dúvidas					

Sessão	1	2	3	4	5
Avaliação global da sessão					

Criticas/Sugestões/Comentários

Muito Obrigada

4. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS

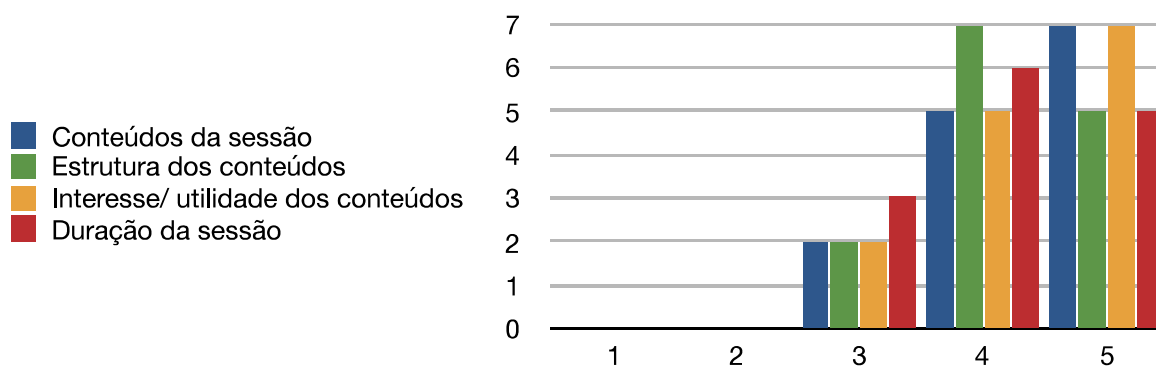
O questionário de avaliação da sessão dividia-se em três grupos: Conteúdos e métodos, formadora e sessão. Assistiram à sessão 14 enfermeiros.

Na tabela seguinte está a avaliação do enfermeiros que assistiram à sessão quanto aos conteúdos e métodos utilizados.

Conteúdos e Métodos					
	1	2	3	4	5
Conteúdos da sessão	0	0	2	5	7
Estrutura dos conteúdos	0	0	2	7	5
Interesse/ utilidade dos conteúdos	0	0	2	5	7
Duração da sessão	0	0	3	6	5

A avaliação feita pelos enfermeiros relativamente aos conteúdos e métodos utilizados na sessão foi positiva. Os enfermeiros avaliaram nos valores 3, 4 e 5.

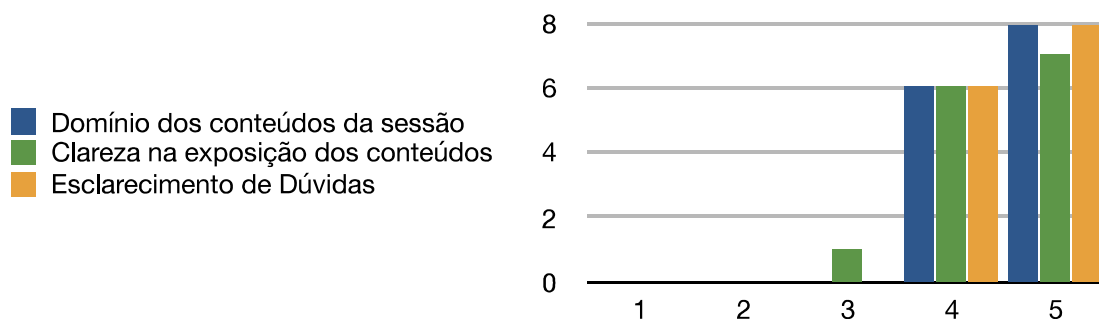
No gráfico, em baixo, é possível observar que a maioria dos enfermeiros atribuiu valor 5 aos “conteúdos da sessão” e ao “interesse/ utilidade dos conteúdos” e a maioria atribuiu valor 4 à “estrutura dos conteúdos” e à “duração da sessão”. A “duração da sessão” foi o item em que mais enfermeiros avaliaram com valor mais baixo (2 enfermeiros).



A avaliação dos enfermeiros relativamente à Formadora pode ser analisada na tabela abaixo.

Formadora					
	1	2	3	4	5
Domínio dos conteúdos da sessão	0	0	0	6	8
Clareza na exposição dos conteúdos	0	0	1	6	7
Esclarecimento de Dúvidas	0	0	0	6	8

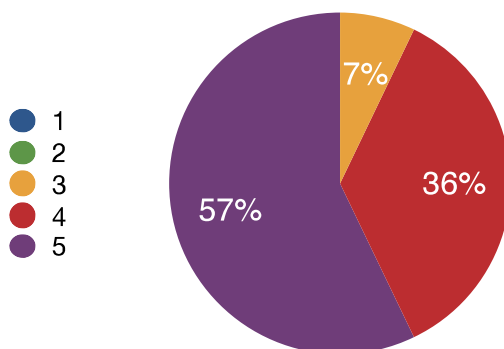
A maioria dos enfermeiros avaliaram a prestação da formadora num nível cinco para os três aspectos apresentados na tabela: “Domínio dos conteúdos da sessão”, “Clareza na exposição dos conteúdos” e “Esclarecimento de dúvidas”. O gráfico abaixo demonstra estes resultados.



Por fim, foi pedido aos enfermeiros que fizessem uma avaliação global da sessão, atribuindo, também, um valor de 1 a 5.

Sessão					
	1	2	3	4	5
Avaliação global	0	0	1	5	8

A maioria enfermeiros avaliou a sessão num nível 5, como pode ser observado no gráfico em baixo.



De acordo com a análise dos dados, a sessão formativa feita aos enfermeiros sob o tema “Adolescentes - Prevenção de acidentes” pode-se concluir que a sessão foi de encontro às necessidades dos enfermeiros da UCSP, que ficaram satisfeitos com tema e a forma como foram organizados os conteúdos.

APÊNDICE IX - Reflexão crítica “Atendimento à criança e família no serviço de Urgência

REFLEXÃO CRÍTICA

Atendimento à criança e família no serviço de urgência

No decorrer do estágio no contexto de serviço de urgência presto cuidados a crianças dos 0 aos 18 anos em situações de maior complexidade, com diferentes graus de gravidade. Consoante o motivo que levou a criança/família a recorrer ao serviço de urgência e o estado de saúde, efetuo procedimentos, por vezes dolorosos, muitas vezes desconhecidos para as crianças. Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria tenho como objetivo, adquirir competências específicas também neste contexto. Prestar cuidados em serviço de urgência e a crianças de diferentes idades é diferente da realidade profissional que vivencio no meu dia a dia. Desta forma, é bastante importante que, para o meu crescimento e aquisição de competências, reflita sobre os meus cuidados. É através deste pensamento crítico sobre a ação que é possível desenvolver competências importantes para a resolução de problemas e a melhoria da qualidade na prestação de cuidados. (Peixoto & Peixoto, 2017)

Esta reflexão será sobre uma situação de uma criança que permaneceu na urgência durante algum tempo e que acompanhei ao longo de todo o turno.

Descrição da situação

Quando cheguei ao serviço de urgência nesse dia já a “Maria”, de 8 anos, estava com a sua mãe no serviço. Recorreu à urgência por uma dispneia. A “Maria” estava a hiperventilar aquando a triagem e quando iniciou o meu turno já tinha feito aerossol por apresentar dispneia. Após reavaliação pelo médico a “Maria”, surgiram novas queixas, vomitou e começou a queixar-se veementemente de dor na região abdominal relacionada com timpanismo. Ao chegar à sala de tratamentos para aplicação de enema, vinha muito queixosa, e ao colo da mãe por se recusar a andar. Foi explicado à mãe e à “Maria” o que iria ser feito. Feitas tentativas de tranquilizá-la. Apesar disso, houve pouca colaboração por parte da menina que gritava e dizia alto que lhe doía a barriga. Acalmava sempre que não estava na presença de enfermeiro. A ida ao serviço de urgência pode ser um momento gerador de ansiedade e medo, pela presença de pessoas que desconhece, ambiente

desconhecido e equipamentos que lhe provocam desconforto (Diogo, Vilela, Rodrigues & Almeida, 2016).

Uma vez que a menina mantinha as mesmas queixas de dor abdominal e vômitos, foi dada indicação pelo médico para colocar acesso venoso, fazer colheita de sangue para análises e colocar soro a correr em veia periférica. A “Maria” ficaria posteriormente em serviço de observação nas próximas horas. Para a realização destes procedimentos foi chamada novamente a menina e mãe à sala de tratamento. Veio novamente ao colo e a exacerbar as queixas. As crianças em idade escolar são muito sensíveis a qualquer procedimento que possa causar qualquer dano no seu corpo, uma vez que é característica desta idade uma preocupação exagerada com a integridade corporal. (Hockenberry & Wilson, 2014) Antes do procedimento expliquei à “Maria” íamos ver como estava o corpo dela e colocar uma água mágica para que ela se sentisse melhor. Ao explicar o procedimento, tentei fazê-lo de forma simples para que a menina o entendesse e não menti. De acordo com Diogo (2015) preparar para o procedimento, permitir a expressão de sentimentos e reforçar positivamente são algumas estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro gestão das emoções percebidas pela criança. Nesta faixa etária a curiosidade é característica, e diante de objetos diferentes e situações novas, que possam ser ameaçadoras, elas tendem a questionar tudo para saber o que vai acontecer, como vai acontecer e o funcionamento dos equipamentos. (Hockenberry & Wilson, 2014) A “Maria” questionou tudo e respondi com sinceridade, mas com a utilização de um vocabulário simples, fazendo analogias com o imaginário. Foi colocado soro endovenoso. Avaliados os sinais vitais e explicados todos os procedimentos à menina, que perguntava tudo repetidas vezes. Ficou no serviço de observação.

Sentimentos

No primeiro contacto com a “Maria” na sala de tratamento senti dificuldade em comunicar com ela porque ela gritava e mexia-se muito, embora o enfermeiro que administrou o clister tentasse, com a colaboração da mãe, tranquilizar a menina e levá-la a colaborar no procedimento. Dada a agitação da criança foi difícil para mim encontrar as palavras certas para auxiliar e o sentimento predominante neste momento foi o de alguma impotência. Quando, após o tratamento, a criança acalmou com relativa facilidade, percebi

que toda exacerbação das queixas podia ser potenciada pelo medo do procedimento. Algumas estratégias que o enfermeiro pode adotar são “aceitar as respostas emocionais de dor e medo, preservar o contacto entre a criança e os pais, explicar os efeitos antes, durante e após os procedimentos e o próprio enfermeiro transmitir uma atitude calma e responsável”(Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016. pp.30). Ao longo do turno e na interação com a “Maria” acabei por me sentir confiante. Respondia às perguntas constantes que ela ia fazendo com recurso à brincadeira e utilizando frases como “esta água mágica vai acabar depressa, olha, até tem uma máquina para ajudar a ser mais rápida”. Através da brincadeira, é possível proporcionar à criança uma forma de expressar as suas emoções e assumir maior controlo sobre a situação, e assim sentir-se mais calma (Costa, Veríssimo, Toriyama & Sigaud, 2016). Através do recurso à brincadeira é possível conseguir uma maior colaboração por parte da criança, mas para além disso, tornar a experiência menos negativa o que vai repercutir-se nas experiências futuras (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Houve um momento no serviço de observação em que a “Maria” chamou-me, de braço esticado, apenas para que lhe desse a mão. Assim que lhe dei a mão, ela levou-a até ao rosto. Nesse momento senti alegria, porque senti confiança por parte da menina.

Avaliação e Análise

Apesar de, no primeiro contacto, não ter comunicado eficazmente com a “Maria”, nos restantes momentos em que estive com a “Maria”, a minha comunicação com ela melhorou, uma vez que utilizei a brincadeira como recurso. Segundo Freitas & Voltani (2016) “O brincar é utilizado como uma linguagem de domínio da criança, a qual ela compreende, portanto, é a maneira mais fácil de informar a criança sobre a rotina de procedimentos a que será submetida, assim como para atenuar o seu sofrimento.”

Conclusão

Enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria devo desenvolver a competência de comunicar com a criança/jovem e família de acordo com a

sua idade e estágio de desenvolvimento. (Ordem dos Enfermeiros, 2010) Nesta situação pode desenvolver essa competência.

Referências Bibliográficas

Costa, D.T.L., Veríssimo, M.L.O., Toriyama, A.T.M., Sigaud, C.H.S. (2016). *O brincar na assistência de enfermagem à criança - revisão integrativa*. Rev. Soc. Bras.Enferm. Ped. Vol. 16, nº1, p 36-43. Acedido através de: [https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-
revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-revisao-1.pdf](https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-revisao-1.pdf)

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose de experiência emocional no ato de cuidar*. (2ª ed) Loures: Lusociência

Freitas, B.H.B.M., Voltani, S.S.A.A. (2016). *Brinquedo Terapêutico em Serviço de Urgência e Emergência Pediátrica: Revisão Integrativa de Literatura*. Cogitare Enfermagem. 21(1): 01-08 Acedido através de: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/
2016/07/761/40728-169624-3-pb.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/761/40728-169624-3-pb.pdf)

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente*. (9ª Edição) Loures: Lusociência
Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Peixoto, N.M.S.M., Peixoto, T.A.S.M. (2016). *Prática Reflexiva dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Revista Referência. Serie IV. 11: 121-132

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pereira, A.M., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de internamento de Pediatria*. Pensar Enfermagem. Vol.14, nº1 Acedido através de:[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf)

APÊNDICE X - Cartaz “Cetoacidose Metabólica”

CETOACIDOSE DIABÉTICA

- ◆ Hiperglicemia > 200 mg/dl
- ◆ pH < 7,3 ou HCO₃ < 15 mmol/l
- ◆ Cetonemia (> ou = 3mmol/l)

TRATAMENTO

1ª Fase

SIM

Assegurar via aérea
Oxigênio suplementar por máscara de alta concentração
Bólus NaCl 0,9% 20ml/Kg (max 60ml/Kg)
Avaliação estado neurológico
Ponderar:
SNG ; Algáliação ; Antibioterapia

NÃO

Primeiras 2h: NaCl 0,9% 10mg/kg
Monitorizar Glicemia Capilar no final da primeira hora – depois de hora a hora



CHOQUE

2ª Fase

- ◆ 2ª hora ou após correção do choque

a) Substituição das perdas hídricas, sódio e glicose – NaCl 0,45% com Glicose 5% (1/2 NaCl 0,9% + 1/2 Glicose 10%)
Ritmo = Necessidades 48h

Notas:

Não incluir o volume administrado na 1ª fase
Quantificar o Balanço
Iniciar solutos polieletrólitos orais a pedido (a descontar do aporte EV) – após melhoria estado neurológico
Não substituir perdas persistentes
Administrar soro em sistema com bureta (para alterações de composição de soro)

b) Substituição das perdas de potássio e fósforo
(Manter caliemia 4–5mmol/l)

- K 2/100 se caliemia 4–5mmol/l; 4/100 se caliemia < 4mmol/l
- 1/2 KCl 7,5% + 1/2 Fosfato monopotássico 13%

c) Insulinoterapia

- 50U insulina rápida em 49,5ml NaCl 0,9% (1U/ml)
- Preparar perfusão 20–30 minutos antes e fazer lavagem do sistema antes do início da administração
- Nova preparação a cada 24h
- Veia periférica independente

Grau de Acidose:

- ◆ Ligeira: pH venoso $\geq 7,2$ e $< 7,3$ e/ou $\text{HCO}_3^- \geq 10$ e < 15
- ◆ Moderada: pH venoso $\geq 7,1$ e $< 7,2$ e/ou $\text{HCO}_3^- \geq 5$ e < 10
- ◆ Grave: pH venoso $< 7,1$ e/ou $\text{HCO}_3^- < 5$

Realizado por Marisa Silva (192017062), Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica de Lisboa

Fonte: Protocolo elaborado pela Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica HP-CHUC – Problemas específicos do doente diabético Pediátrico – CETOACIDOSE DIABÉTICA, (Cardoso, 2014)

a)

Cálculo das necessidades para 48h =
Manutenção de 48h + défice

- ◆ Manutenção 48h = $2 \times 24\text{h}$:
Primeiros 10kg (100ml/kg)
Segundos 10kg (50ml/kg)
Restantes kg (20ml/kg)
Máximo 2400ml
- ◆ Défice: % desidratação \times Peso (Kg) $\times 10$
CAD ligeira considerar 3–4%
CAD moderada 5–7%

b)

Quando iniciar potássio:

- ◆ $< 4\text{mmol/L}$ – durante a 1ª Fase
- ◆ 4–5 mmol/L – Aquando do início da perfusão de insulina
- ◆ $> 5\text{mmol/L}$ – Aguardar até $K < 5$

Ajustes da perfusão de Insulina

Acidose (pH $< 7,3$ ou $\text{HCO}_3^- < 15$): Manter Glicémia entre 200 e 300mg/dl

- ◆ Se glicémia **desce abaixo dos** 200mg/dl: – Bólus glicose 10% 1–2ml/Kg + 10ml Glicose 30% por cada 100ml soro prescrito
- ◆ Se glicémia **desce mais do que** 80mg/dl/h: – 10ml Glicose 30% por cada 100ml soro prescrito
- ◆ Se glicémia **não desce pelo menos** 40mg/dl/h e se pH não sobe ao ritmo esperado nas primeiras 4h: – Rever preparação de insulina, cálculos, soros, presença de infeção
 - Se tudo correto, aumentar a perfusão de insulina em 20%

Nota: se Ph sobe a um ritmo $> 0,03/\text{h}$ reduzir perfusão de insulina 20% e manter glicose no soro; Enquanto persistir acidose, não reduzir a perfusão para menos de 0,05U/Kg/h

Acidose corrigida ($> / = 7,3$ e $\text{HCO}_3^- > / = 15\text{mmol/L}$): Manter glicémia entre 100 e 200mg/dl

- ◆ Ritmo regulado por glicémia: reduzir ritmo de perfusão gradualmente (20%) até mínimo 0,02U/Kg/h
- ◆ Se doente quiser comer administrar análogo de insulina rápida para equivalentes e correção e manter perfusão
- ◆ Manter perfusão de insulina (ritmo mínimo 0,02U/Kg/h) até cetonémia $< 1\text{mmol/L}$

APÊNDICE XI - Instrução de Trabalho “Abordagem à criança com diagnóstico de
Diabetes Mellitus Inaugural

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Abordagem à criança com diagnóstico de Diabetes Mellitus Inaugural

1. **Objetivo:** Promover o acompanhamento da criança e família após o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1
2. **Âmbito:** Aplica-se a todas as crianças, e respectivas famílias, cujo o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 tenha sido efetuado no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital

3. **Abreviaturas:**

DM1 - Diabetes Mellitus tipo 1

██

██

4. **Enquadramento:** A Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença crónica que se caracteriza pela défice de produção de insulina como consequência da destruição auto-imune das células beta do pâncreas. É uma das doenças crónicas mais comuns em idade pediátrica e segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes (SPD, 2016) a Taxa de Incidência da DM1 tem mantido valores constantes nos últimos anos.

4.1. Diagnóstico Diferencial:

- Hiperglicémia transitória - pesquisar auto-anticorpos pancreáticos (anti-ilheus, anti-insulina, anti-GAD, anti- IA2)
- Numa criança com uma avaliação pontual de glicosúria requer a realização de duas determinações de glicémia
- Glicémia igual ou superior a 200mg/dl em qualquer avaliação ou 126mg/dl após jejum de 8 horas
- Avaliação de: Glicémia capilar e venosa; cetonémia/cetonúria; gasimetria venosa; Lactato, Ureia; Creatinina; Ionograma.

Duas apresentações diagnósticas:

- Hiperglicémia (maior ou igual a 200mg/dl) e cetonémia positiva ($>0,6\text{mmol/L}$) sem acidose ($\text{pH}>7,3$)
- Cetoacidose Diabética: Ligeira ($\text{pH}<7,3$ e/ou $\text{HCO}_3^-<15\text{mmol/L}$), Moderada ($\text{pH}<7,2$ e/ou $\text{HCO}_3^-<10\text{mmol/L}$) ou Grave ($\text{pH}<7,1$ e/ou $\text{HCO}_3^-<5\text{mmol/L}$)

5. Descrição:

5.1 Criança em Cetoacidose Diabética

- a) Monitorizar FC, FR e SpO_2
- b) Avaliar a presença de choque

Se sim:

- Assegurar via aérea
- Oxigénio suplementar por máscara de alta concentração
- Colocar catéter em veia periférica
- Bolús de NaCl 0,9% de acordo com prescrição para correção do choque
- Avaliar estado neurológico
- Entubar nasogástricamente, se necessário
- Avaliar, se necessário

Se não:

- Colocar soro (NaCl 0,9%) em curso em veia periférica permeável de acordo com a prescrição médica

- Avaliar glicémia capilar ao fim de 1 hora e depois de hora a hora

- A partir da segunda hora ou após correção do choque:

c) Preparar nova composição de soro para correção das perdas hídricas, de sódio e glicose, de acordo com a prescrição e valor da glicémia capilar

d) Monitorizar balanço hídrico

- Iniciar aportes orais a pedido após melhoria do estado neurológico.

Descontar do aporte endovenoso

d) Administrar Insulina endovenosa, de acordo com a prescrição, em novo acesso venoso

- Preparar 20 a 30 minutos antes da administração
- Preparar novamente a cada 24 horas
- Monitorizar glicémia capilar (manter glicémia entre 200 a 300mg/dl enquanto persistir acidose e entre 100 a 200mg/dl após correção)

e) Vigiar complicações da Cetoacidose Diabética como Edema Cerebral

5.2 Criança com Hipoglicémia:

a) Avaliar estado neurológico e glicémia capilar

b) Administrar Glucagen® em caso de hipoglicémia grave, caso a criança esteja inconsciente, com convulsões ou incapaz de beber ou comer

- Em crianças com menos de 25kg administrar 0,5ml
- Em crianças com 25kg ou mais administrar 1ml

c) Após criança recuperar, esperar cerca de 30 minutos e oferecer hidratos de carbono de ação rápida

d) Monitorizar glicémia capilar

• Após estabilização da criança e diagnóstico de Diabetes Mellitus:

a) Esclarecer dúvidas da criança e pais sobre diagnóstico

b) Fornecer folhetos existentes no serviço, mediante as necessidades da criança e dos pais

c) Colher informações da criança:

- Nome
- Data de Nascimento
- Número do processo
- Número telefónico de contacto
- Centro de Saúde

d) Contactar Enfermeira [REDACTED], responsável pela Consulta de Enfermagem de Pediatria de [REDACTED], na qual se inclui a consulta de Diabetes

- Se vaga na consulta do hospital criança será seguida no [REDACTED]
- Na ausência de vaga na consulta, criança é encaminhada para a Consulta de diabetes do [REDACTED]

Nota: A todas as crianças diagnosticadas com Diabetes Mellitus tipo 1 é oferecido um Kit com material necessário ao controlo de glicémias

6. Referências Bibliográficas:

Castro, S.V (2017) *Diabetes tipo 1 na Criança e Adolescente*

Acedido através de: <http://www.pedipedia.org/pro/artigo-profissional/diabetes-tipo-1-na-crianca-e-adolescente>

ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines (2014) Compendium, *Pediatric Diabetes* 2014;15 (193-202)

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2013). *Utilização de Glucagon para diabéticos tratados com insulina*. Acedido através de: <http://www.apdp.pt/saber-mais/sugestoes/utilizacao-de-glucagon-para-diabeticos-tratados-com-insulina>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). Diabetes: Factos e Números - o ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Acedido Através de: www.apdp.pt

IT realizada pela Aluna Marisa Silva (192017062) do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICE XII - Reflexão Crítica “Cuidar do bebê prematuro”

REFLEXÃO CRÍTICA

Cuidar de um bebê prematuro

Ao longo deste estágio tive oportunidade de prestar cuidados a bebês em cuidados intensivos e intermédios, a grande maioria bebês prematuros. O bebê prematuro é todo o bebê que nasce antes das 37 semanas de gestação (Hockenberry & Wilson, 2014). Com esta reflexão crítica pretendo refletir sobre o meu cuidar a estes bebês, que aspetos precisei de melhorar, sempre de forma fundamentada.

Descrição da Situação

O “Miguel” é um bebê prematuro com duas semanas de vida. Está ventilado com ventilação não invasiva (CPAP bifásico) e ainda apresenta alguma instabilidade dos parâmetros vitais, principalmente às manipulações. Está monitorizado e tem um acesso epicutâneo por onde corre a alimentação parentérica e antibioterapia. Tem sonda orogástrica para alimentação entérica, a qual é colocada de 3 em 3 horas e corre por seringa infusora em duas horas.

Vou cuidar do “Miguel” no turno da manhã. Os bebês na unidade tomam banho dia sim, dia não, e nesse dia é dia de banho. Antes de manipular o menino tento preparar o material que vou necessitar. Preparo adesivo, seringa com soro para a aspiração de secreções, taça com água e gel de banho para a higiene, compressas e fralda. O “Miguel” tem uma infecção com dois agentes isolados na hemocultura sendo que os cuidados prestados ao menino têm de ser feitos com recurso à utilização de bata e luvas. Antes de iniciar os cuidados lavei as minhas mãos, vesti a bata e calcei luvas. Comecei por despertar o “Miguel” com toque e voz suave, mantendo os membros fletidos e junto à linha média. Ao prestarmos cuidados a bebês prematuros estamos a estimulá-los, logo a transição para o estado vigil deve ser feita antes de iniciarmos os cuidados e de forma suave, utilizando voz e toque suave. É importante considerar o desenvolvimento do bebê e as respostas

comportamentais destes aos estímulos antes de manipularmos ou tocar (Hockenberry & Wilson, 2014). Comecei por lavar os olhos e a face do menino. Como tinha CPAP nasal tinha uma placa protetora para prongs. Era necessário substituir os prongs por máscara. De acordo com Nona et al (2014), como forma de prevenir a maceração da pele num bebé conectado ao CPAP nasal é necessário trocar prongs por máscara, e vice versa, sempre que possível e aplicar placa hidrocoloide, massajar as narinas e manter a pele seca. Envolvei o bebé numa manta, tendo o cuidado de manter os braços alinhados e os membros inferiores fletidos. Pedi à mãe que fizesse contenção do bebé junto ao colchão para diminuir o stress do “Miguel” ao procedimento. Ao utilizar a contenção com as mãos a fazer pressão do corpo contra o colchão ou envolver o bebé numa manta, mantendo uma postura fletida e com os membros alinhados pode ajudar a reduzir o *stress* comportamental durante as manipulações (Hockenberry & Wilson, 2014). Adaptei a máscara do CPAP à face do menino e ajustei o FiO₂ sempre que a situação o exigia e a Saturação de O₂ o exigia. Após aspirar e pesar coloquei placa hidrocoloide adequada à máscara e ajustei o barrete do CPAP. A restante higiene foi prestada pela mãe com o meu apoio. Sempre limpando o “Miguel” à medida que íamos lavando e envolvendo na manta as zonas já limpas para que mantivesse uma temperatura adequada. A pele do bebé prematuro é muito fina e o bebé arrefece muito facilmente além de que, pela imaturidade tem dificuldade em regular a temperatura corporal (SPN, 2016). Logo que terminada a higiene, trocada fralda e vestido body, posicionei o “Miguel” modificando o decúbito para diferente do anterior. Troquei sensor de saturação para outro local. A pele do bebé prematuro é fina e frágil e por isso é muito importante prevenir lesões, uma vez que a pele é muito importante para a prevenção de infeções. Alternar de decúbito é uma medida importante nessa prevenção. O facto de estarem monitorizados, com sensores e eletrodos, aumenta o risco de lesão na pele. Vigiar e trocar regularmente o local do sensor de saturação é importante nessa prevenção (Feitosa et al., 2018). Posicionei-o no ninho por forma a garantir o conforto. Posicionar o bebé prematuro num ninho promove o seu desenvolvimento neuro-comportamental e muscular, através da diminuição do *stress*, da promoção o alinhamento da cabeça em relação ao tronco e da flexão dos membros (Costa, Beleza, Souza & Ribeiro, 2016). Coloquei a alimentação a perfundir através da sonda orogástrica em seringa infusora. Incentivei a mãe a permanecer junto do seu bebé e a conversar com ele em tom suave.

Sentimentos

Apesar de não ser a minha primeira experiência em Neonatologia, foi a primeira numa unidade com cuidados intensivos e, desta forma, o sentimento predominante foi vontade de aprender e viver novas experiências. Nos cuidados ao “Miguel” senti-me confiante e não senti que tivesse dificuldades na comunicação com a mãe. Apenas senti alguma frustração quando não consegui planejar todos os cuidados por forma a preparar todo o material antecipadamente.

Avaliação e Análise

A manipulação num bebé pré-termo é, muitas vezes, vivenciada por ele de uma forma exacerbada, e mesmo os procedimentos não dolorosos podem, nestes bebés, desencadear respostas adversas. É, por isso, importante que o enfermeiro tenha em conta as respostas do bebé, o tempo de manipulação e não manipulação, e o tipo de estimulação (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma, deveria ter planeado melhor os cuidados para que estes fossem mais agrupados, e assim diminuir o tempo de estimulação deste bebé.

Conclusão

A cada dia que prestei cuidados na Neonatologia, fui melhorando na prestação de cuidados, planeando e preparando todo o material que iria necessitar antecipadamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costa, K.S.F., Beleza, L.O., Souza, L.M., Ribeiro, L.M. (2016). Rede de descanso e ninho: Comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 37(esp):e62554 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp62554>

Feitosa, A.R.S., Fontinela, L.F., Santiago, A. K.C, Oliveira, L.A.M., Costa, G.S. (2018). *Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões da pele em Recém-nascidos Prematuros: Revisão Integrativa*. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Vol. 22, n 1; pp. 100-106 ISSN Online: 2317-4404

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014) *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente*. (9ª Edição) Loures: Lusociência

Nona, J., Maurício, A., Araújo, C., Imaginário, J., Aguiar, J., Resende, C., Silva, P & Costa, A. (2014). *Ventilação Não Invasiva - Consenso Clínico*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido através de: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Manual Completo*. Lisboa, Portugal: APA Acedido através de: <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/>

APÊNDICE XIII - Guia Orientador para Profissionais “Ser prematuro”

Curso de Preparação para a Alta do Recém-Nascido

Modulo 1 - Ser Prematuro

Um recém-nascido prematuro é todo aquele que nasce abaixo das 37 semanas de gestação.(OMS, 2015) As características dos recém-nascidos prematuros variam consoante a idade gestacional que têm aquando o nascimento. A pele, a postura, o tônus muscular, a existência de gordura subcutânea são características que permitem avaliar em que estágio de desenvolvimento o recém-nascido prematuro se encontra. Quanto mais pequeno (com menor idade gestacional) mais fina e translúcida é a pele, menor o tônus muscular, menos pregas têm nas palmas das mão e plantas dos pés. A cabeça é muito grande proporcionalmente com o corpo, e este parece emagrecido devido à diminuta ou inexistente gordura subcutânea. (Hockenberry & Wilson, 2014) Entre as 24 e as 28 semanas a pele do recém-nascido é extremamente fina, o que facilita a perda de água por evaporação e o aparecimento de lesões pelo atrito ou uso de adesivos. O tato é o primeiro sentido a desenvolver-se e a ter uma maturação mais precoce. Os recetores sensoriais começam a surgir à volta da boca pela 7ª semana. Na 20ª semana já estão presentes em todas as superfícies cutâneas e mucosas. Assim, o contacto pele-a-pele, quando o bebé está estável pode ser benéfico. (SPN, 2016) O bebé prematuro perde muito calor através da pele, e devido à sua imaturidade é incapaz de manter a temperatura. Pelo contrário, por não conseguir suar, quando aquece excessivamente, não tem capacidade fisiológica de regular a sua temperatura de forma a normalizá-la. (Hockenberry & Wilson, 2014)

O bebé prematuro, devido à imaturidade do seu sistema nervoso, pode apresentar irregularidade do ritmo cardíaco e respiratório. Pode ser incapaz de manter acordado ou pelo contrário manter-se acordado por longos períodos de tempo. Estes bebés passam cerca de 70% do seu tempo em sono ativo. É difícil diferenciar quando prematuros com idade gestacional inferior a 26/27 semanas estão acordados ou a dormir, uma vez que nesta fase ainda não existe estado de alerta. O estado de alerta vai aumentado à medida que o bebé cresce, sendo que, pelas 27 a 30 semanas este consegue manter-se alerta ainda que por curtos períodos. Ao cuidarmos destes bebés estamos a estimulá-los, logo a transição para o

estado vigil é importante antes de iniciar estes cuidados, e essa transição deve ser feita de forma suave, utilizando voz e toque suave. É importante considerar o desenvolvimento do bebé e as respostas comportamentais destes aos estímulos antes de manipularmos ou tocar. Ao utilizar a contenção com as mãos a fazer pressão do corpo contra o colchão ou envolver o bebé numa manta, mantendo uma postura fletida e com os membros alinhados pode ajudar a reduzir o stress comportamental durante as manipulações.

O sistema auditivo já está desenvolvido e os ruídos podem produzir efeitos fisiológicos a partir das 23 semanas. É necessário ter em conta que ruídos muito altos ou agudos podem perturbar estes bebés. A voz dos pais é familiar e é o som que melhor é tolerado pelo bebé prematuro. Por isso, quando desperto é importante que os pais falem de forma suave com os seus filhos à medida que lhes tocam.

A visão desenvolve-se mais tardiamente, comparativamente com outros sentidos, e de forma gradual. Inicialmente, são curtos os períodos que passam com os olhos abertos. Pelas 30 a 32 semanas já reagem a estímulos luminosos e a luz intensa pode causar-lhes stress. Em presença de luz suave, já têm capacidade de focar objetos. Posteriormente e de uma forma gradual começam a fixar rostos e a seguir objetos. (Hockenberry & Wilson, 2014)

1.1 Crescimento e Desenvolvimento do Prematuro

Dadas as características do bebé prematuro, este apresenta um risco acrescido de ter alterações do seu crescimento e desenvolvimento, sobretudo os que nascem com extremo baixo peso. (SPN, 2016)

A avaliação do crescimento e desenvolvimento do Prematuro faz-se com base na sua idade corrigida. A idade corrigida corresponde ao ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade, ou seja, calcula-se ao subtrair à idade cronológica as semanas que faltavam para a idade gestacional atingir as 40 semanas.

O crescimento do recém-nascido pré-termo divide-se em quatro fases distintas. A primeira fase caracteriza-se pela perda de peso que, nestes bebés habitualmente é tanto maior quanto menor for o peso, a idade gestacional e a gravidade do seu estado de saúde. A segunda fase, também denominada por fase de transição, é caracterizada por um aumento

discreto e lento do perímetro cefálico em primeiro lugar, seguido pelo peso e comprimento. Nesta fase acentua-se um pouco a desproporção entre a cabeça e o corpo do bebé. A terceira fase é chamada de fase de recuperação (Catch up grow) e perdura até aos dois anos, e nos prematuros com extremo baixo peso até aos 3 anos de idade cronológica. Nesta fase, o aumento ponderal é mais acentuado que o aumento da estatura. Até ao final desta fase, a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança é feita com base na idade corrigida. Por fim, na quarta fase o crescimento da criança prematura é, enfim, comparável ao da criança que nasceu de termo.(Viera, Rech, Oliveira & Mereschin, 2013)

Contudo, é normal que a criança prematura possa permanecer pequena até à adolescência, período no qual atinge uma estatura normal, tendo em conta o seu potencial genético.

Através do seguimento do bebé prematuro por uma equipa multidisciplinar (consulta de neonatologia, consulta de desenvolvimento, consulta com o médico pediatra assistente, consultas de especialidade, ...) que avalie e acompanhe o seu crescimento e desenvolvimento, por forma a detetar e intervir de forma precoce nas possíveis alterações ao normal desenvolvimento, assim como, transmitir orientações e apoio às famílias, é possível que este possa ter uma vida normal como qualquer outra criança. (SPN, 2016)

1.2. Infecções e Prematuridade

Os recém-nascidos prematuros, pela vulnerabilidade dos seus sistemas, são muito suscetíveis à infeção, sendo maior o risco quanto mais pequeno for o bebé.

Ao contrário do bebé de termo saudável que vai adquirindo defesas através do contacto mais próximo com os pais, o bebé prematuro passa longos períodos numa incubadora, sujeito a diferentes procedimentos, sem defesas que lhes permita combater uma infeção. É assim, mais vulnerável a contrair infeções em meio hospitalar. Por isso, é muito importante que, ao manusear estes bebés, seja feita uma boa higiene das mãos, pois estas são um excelente meio de transmissão de bactérias nocivas ao bebé prematuro.

A necessidade de cuidados especiais que este bebé tem o impossibilita de adquirir, por si só, competências para fortalecer o seu sistema imunitário. Através do leite materno, a mãe transmite ao seu bebé, anticorpos importantes para a prevenção infeções. Mesmo em

pequena quantidade, a alimentação do bebé prematuro com leite materno favorece o desenvolvimento e maturação do intestino e de uma flora saudável, tornando-o mais capaz na produção de anticorpos, e a reforçar o sistema imunitário. Por isso é importante que as mães, sempre que possível, extraiam leite com bomba extratora para que depois esse leite seja oferecido ao seu bebé. (SPN, 2016)

Os bebés prematuros quando têm alta para o domicílio continuam a necessitar de cuidados para prevenir infeções, pois continuam a ser vulneráveis, mesmo os prematuros tardios (nascidos entre as 34 e as 37 semanas de gestação). É, por isso, importante alertar os pais para a manutenção dos cuidados com o ambiente que rodeia o bebé. (Hockenberry & Wilson, 2014) O facto de estes bebés terem estado internados numa Unidade Neonatal por períodos prolongados, por vezes com complicações, torna-os mais vulneráveis a infeções mesmo após a alta, principalmente no primeiro mês em casa. A existência de irmãos mais velhos aumenta o risco de transmissão a estes bebés de bactérias e vírus comuns nas crianças mais velhas. É importante reduzir o número de pessoas que contactam com o bebé em casa e tomar precauções como manter a lavagem das mãos. Pessoas doentes devem manter-se afastadas do bebé e, caso sejam os pais, estes devem redobrar os cuidados com a utilização de máscara quando cuidarem do bebé. Os pais devem evitar sair com o bebé para locais fechados com muita gente, como centros comerciais ou transportes públicos, pois assim o bebé prematuro tem um risco acrescido de contrair infeções respiratórias que podem trazer graves complicações para a sua saúde. Estas medidas ajudam a protegê-lo das infeções mais comuns. (SPN, 2016)

Como forma de proteger contra outras infeções é importante que o bebé prematuro cumpra o Plano Nacional de Vacinação. Além das vacinas que estão contempladas no Plano Nacional de Vacinação, e pela imaturidade pulmonar e pela vulnerabilidade do seu sistema imunológico, o bebé prematuro pode ser incluído num grupo elegível para receber a profilaxia contra o vírus sincicial respiratório. (DGS, 2015)

1.3 Complicações e Sequelas

Pelo nascimento prematuro, estes bebés têm uma adaptação ao meio extra-uterino condicionada pela imaturidade fisiológica e anatómica dos órgãos e sistemas, o que

predispõe o aparecimento de complicações que se podem prolongar até à vida adulta.

O sistema respiratório é um dos sistemas que se desenvolve mais tardiamente na gestação, pelo que é o sistema mais suscetível a trazer complicações ao bebé prematuro, uma vez que, aquando do nascimento prematuro, ainda não está completamente formado. As trocas gasosas são realizadas ao nível dos alvéolos pulmonares. Contudo, o bebé prematuro nasce antes que estas estruturas estejam completamente formadas. O surfactante pulmonar tem como função permitir a expansão alveolar ao evitar o seu colapso e assim permitir as trocas gasosas. Esta substância começa a ser produzida pelas células tipo II do pulmão cerca das 24 semanas de gestação. Contudo, estas células só estão finalmente maduras cerca das 36 semanas. Assim, o recém-nascido prematuro não produz surfactante suficiente para facilitar as trocas gasosas o que leva que este tenha dificuldade respiratória e conseqüentemente necessite de ventilação assistida. (Hockenberry & Wilson, 2014) Esta é uma das primeiras complicações do nascimento prematuro. Quanto menor a idade gestacional ao nascer maior a probabilidade de necessitar de ventilação por tempo mais prolongado. Isso, associado à imaturidade pulmonar pode ter como consequência a Displasia Broncopulmonar. (SPN, 2016) A Displasia Broncopulmonar é uma condição crónica que se traduz em alterações estruturais dos pulmões como resultado da ventilação mecânica prolongada e administração de oxigénio, que irá prejudicar as trocas gasosas e aumentar a suscetibilidade a infeções respiratórias. (Hockenberry & Wilson, 2014)

O bebé prematuro, a partir das 24 semanas já consegue abrir os olhos embora não consiga ainda focar. Por ser prematuro a estrutura do olho, nomeadamente os vasos sanguíneos, não estão ainda bem desenvolvidos e vão continuando a desenvolver-se após o nascimento. (SPN, 2016) Um desenvolvimento anormal da rede vascular da retina pode levar à complicação ocular mais comum nos bebés prematuros, que é a Retinopatia da prematuridade. Quanto menor for a idade gestacional e o peso à nascença maior o risco que estes bebés têm de vir a ter Retinopatia, embora esta seja uma patologia multifatorial. (Moinho, Morais, Monteiro & Mimoso, 2015)

Quando a retinopatia é ligeira, normalmente regride, sem deixar sequelas. Contudo, deve haver vigilância até à completa regressão. Cerca de 6 meses de idade corrigida ou 4 a 6 meses após alta hospitalar é efetuado um exame oftalmológico completo, e continua a ser

feita uma vigilância ao primeiro e terceiro ano de vida. Quando a retinopatia da prematuridade é grave ou potencialmente grave será necessário fazer tratamento (medicamentoso ou cirúrgico) dependendo do estágio no qual for classificada a retinopatia, é necessário a manutenção de cuidados e vigilância após alta hospitalar de acordo com a indicação do médico oftalmologista. (Henriques, Brito & Teixeira, 2014)

A doença hematológica mais frequente no recém-nascido é a anemia. Existe inúmeras causas que podem levar o recém-nascido prematuro a desenvolver anemia, sendo que as próprias características da prematuridade como por exemplo, diminuição da quantidade de glóbulos vermelhos ao nascer, diminuição abrupta na produção de hemoglobina e um tempo de sobrevivência dos glóbulos vermelhos mais curto, podem ser responsáveis por esta situação - anemia da prematuridade. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Esta situação, de uma forma geral, pode surgir entre as 3 e 12 semanas de vida e resolve entre os 3 e 6 meses de idade cronológica. (Guedes, Pinto, Vasconcellos & Portela, 2103) As carências de ferro destes bebês podem ser supridas pelo seu fornecimento através de leites adaptados suplementados com ferro ou suplementos de ferro, habitualmente em gotas administradas por via oral. (Hockenberry & Wilson, 2014)

1.4 Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce é direcionada a crianças até à idade pré-escolar em risco de apresentar alterações do desenvolvimento psicomotor ou que já as apresentem. Existem variados fatores que podem contribuir para a existência dessas alterações. O bebê prematuro, pela imaturidade que daí advém, tem risco biológico de vir a ter essas alterações, sendo que estas crianças são acompanhadas em consultas de desenvolvimento e intervenção precoce. Esta é feita através de equipas multidisciplinares, tendo em conta as necessidades individuais da criança e família (SPN, 2016)

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 16 de Outubro a intervenção precoce na infância consiste num “conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança (0 aos 6 anos) e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.” Foi para isso criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância que proporciona condições para o desenvolvi-

-mento de crianças até aos seis anos “com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Boavida, 2017)

O objetivo da Intervenção Precoce é melhorar ou prevenir problemas de desenvolvimento através de intervenções dirigidas à criança e família. É importante intervir junto destas crianças e famílias de forma precoce, uma vez que o desenvolvimento é influenciado pelos estímulos que se recebe do meio envolvente. Quanto mais precoce for a estimulação maior a probabilidade de uma resposta favorável por parte da criança. Se não se corrigirem as alterações desenvolvimentais ou se minimizarem os efeitos dos fatores de risco, a criança pode desenvolver outras alterações secundárias às já existentes.

Os bebés prematuros devem, então, ser acompanhados por equipas multidisciplinares desde a alta da Unidade de Cuidados Neonatais, para que cresçam e se desenvolvam de forma mais semelhante possível com as crianças das mesmas idades. (SPN, 2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boavida, J. (2017). *Programa nacional de intervenção precoce*. In G. Oliveira, J. Saraiva (Eds), *Lições de Pediatria, Volume I* (pp. 35-40)

DOI:https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_3

Guedes, M.B., Pinto, R., Vasconcellos, G., Portela, A. (2013). *Anemia da Prematuridade - Consenso Clínico*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido através de: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Anemia_da_Prematuridade.pdf

Henriques, G., Brito, C., Teixeira, S. (2014). *Retinopatia da Prematuridade - Consenso Clínico*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido através de: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-ROP.pdf>

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9a edição) Loures: Lusociência

Moínho, R., Morais, S., Monteiro, M., Mimoso, G. (2015). Retinopatia da Prematuridade numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência de Oito Anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 46:198-204

DOI: <https://doi.org/10.25754/pjp.2015.5945>

Organização Mundial de Saúde (2015). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros - As orientações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido através de: www.who.int

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Manual Completo*. Lisboa, Portugal: APA. Acedido através de: <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/>

Vieira, C.S., Rech, R., Oliveira, B.R.G., Maraschin, M.S. (2013). Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento pondoestatural. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 15(2):407-15

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17247>.

Trabalho realizado por Marisa Silva Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. ICS, UCP

APÊNDICE XIV - SESSÃO “Ser Prematuro”

ÍNDICE

1. PLANO DA SESSÃO “SER PREMATURO”	2
2. SESSÃO “SER PREMATURO”	3
3. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	11
4. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS	12

1. PLANO DA SESSÃO “SER PREMATURO”

PLANO DE SESSÃO

Tema: “Ser Prematuro”

Enquadramento: Curso de Preparação para a Alta do Recém-Nascido - Modulo 1

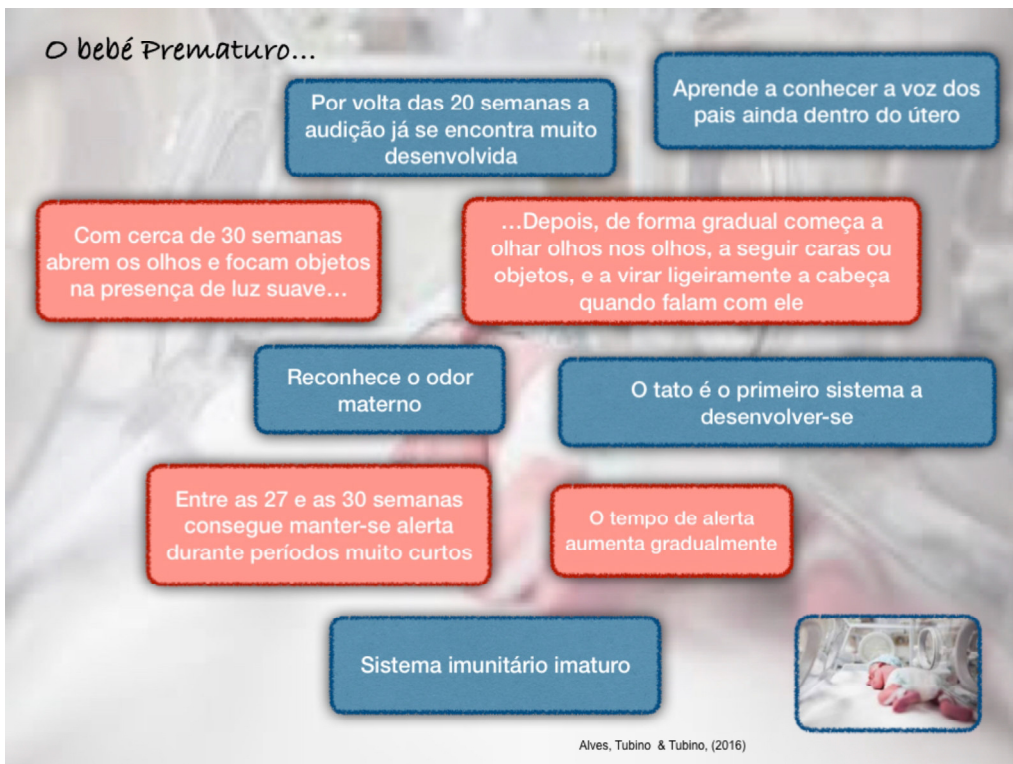
População alvo: Pais com crianças internadas na Neonatologia do [REDACTED]

Duração: 15 a 20 minutos

Objetivo: Favorecer a adaptação dos pais de bebés prematuros após a alta

“Ser Prematuro”					
Estrutura	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Apresentação da preleitora	- Crescimento e Desenvolvimento do Prematuro	Expositivo	Powerpoint	15 - 20 minutos	Aplicação de breve questionário aos pais
Apresentação da sessão	- Infecções e Prematuridade				
Esclarecimento de dúvidas	- Complicações e sequelas - Intervenção Precoce				

2. SESSÃO "SER PREMATURO"



Ser pais de bebé Prematuro na UCIN

- Porque conhece a vossa voz entre as dos profissionais, quando tocarem no vosso bebé falem com ele para o confortarem
- Proporcionem um ambiente calmo e confortável ao manter níveis de luz e ruído moderados

Mesmo dentro da incubadora podem interagir com o vosso bebé

Quando mais despertos podem: tocar suavemente, aconchegar, dar o dedo para segurar

Quando mais estáveis podem pegar ao colo, embalá-lo, proporcionar contacto pele com pele

Mesmo que ainda não possam mamar podem ser alimentados com leite materno. A mãe pode retirar o seu leite com uma bomba para ser oferecido ao seu bebé

Podem participar nos cuidados e, sempre que a situação, mudar a fralda, mudá-lo de posição, colocá-lo num "ninho", dar-lhe banho...

Se quiserem podem trazer roupa, brinquedos, "doudou"...eles vão gostar do maminho

Crescimento e Desenvolvimento do Prematuro

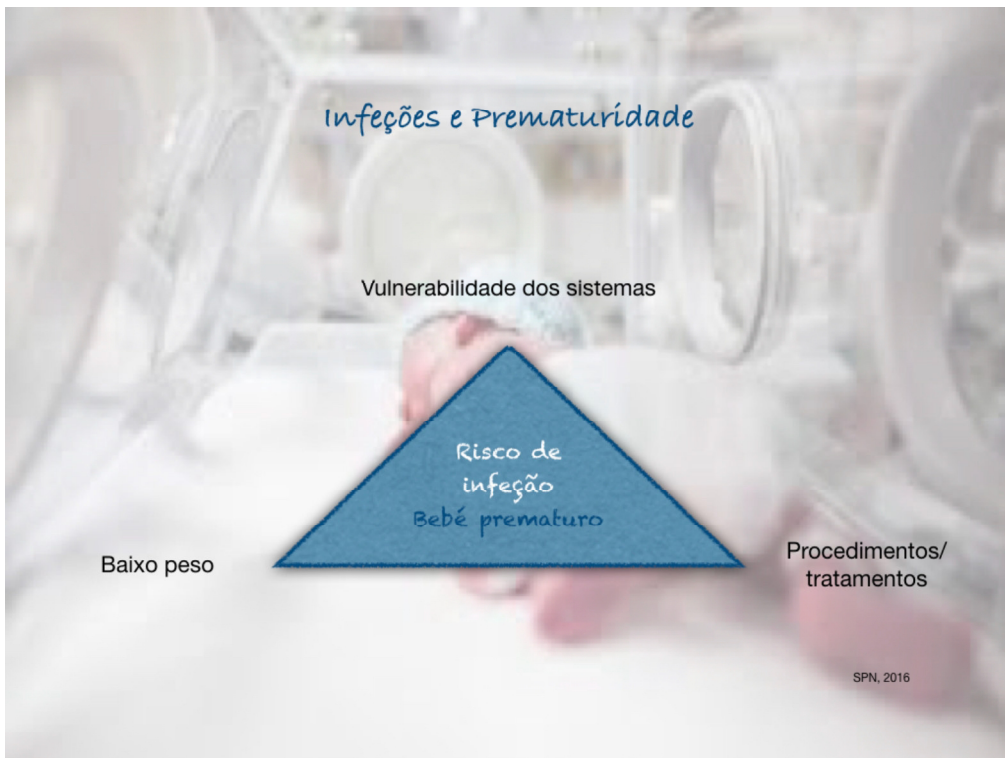
Avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro

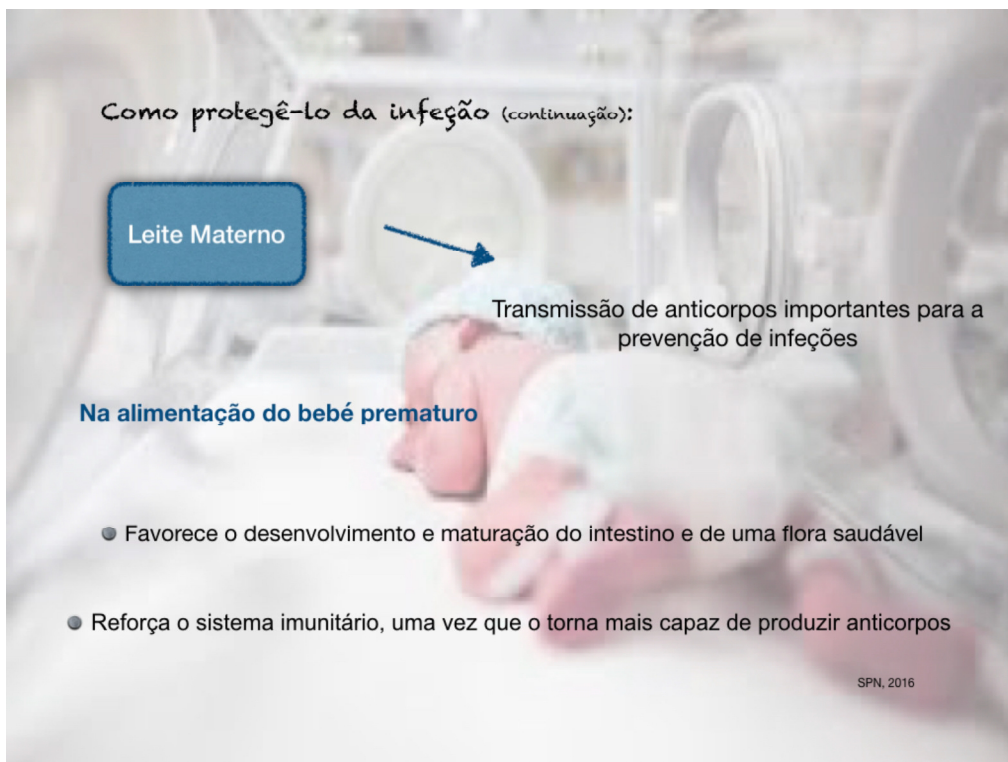
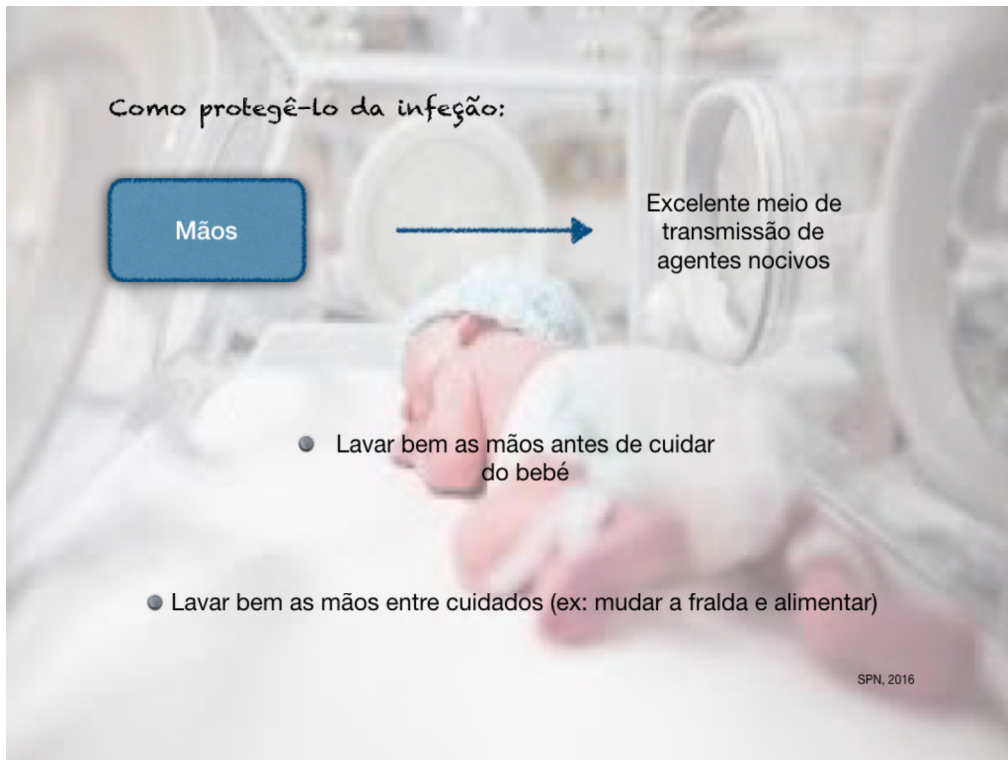
Idade Corrigida

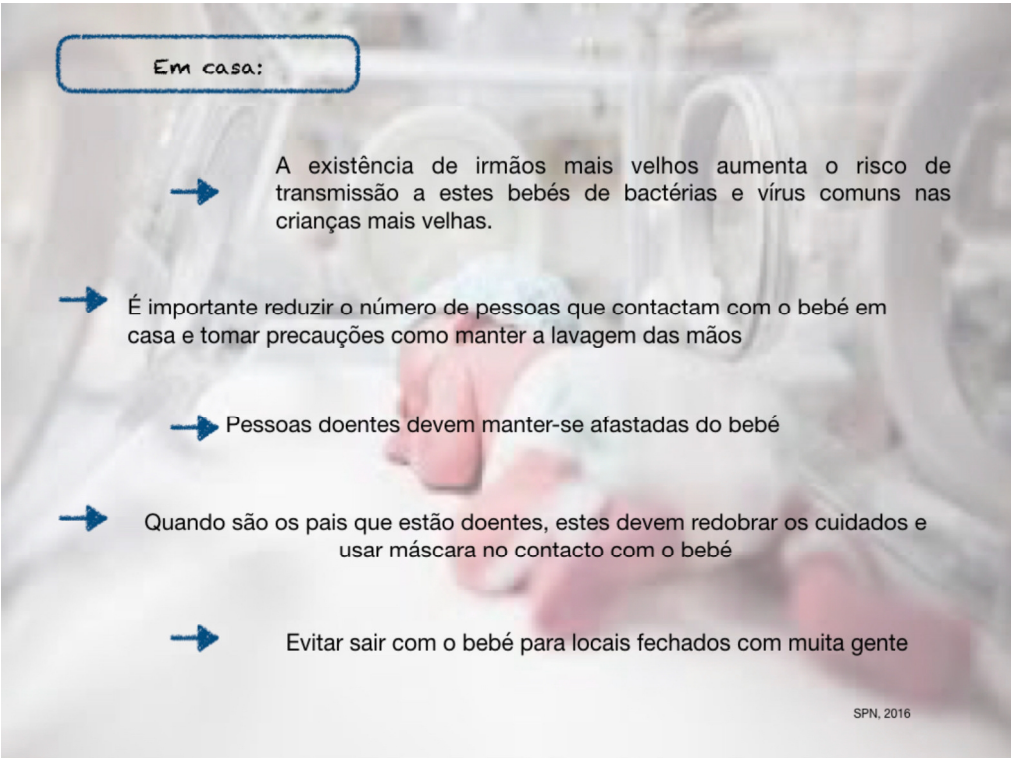
=

Idade cronológica - (40 semanas - idade gestacional em semanas)

Viera, Rech, Oliveira & Mereschin, 2013



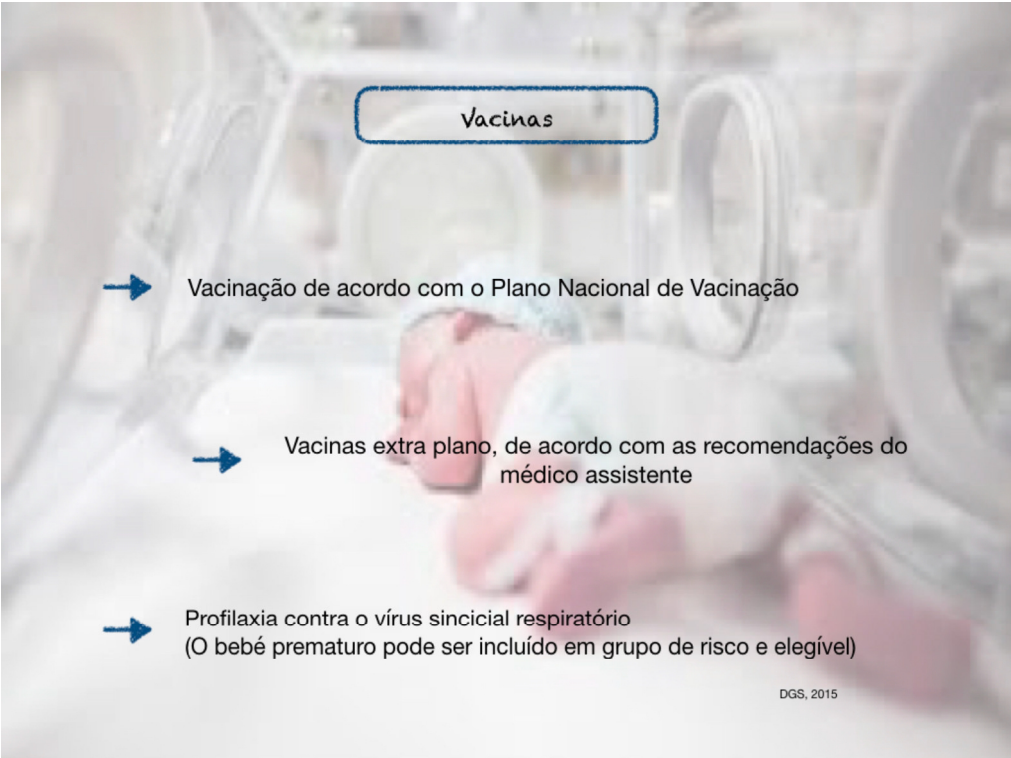




Em casa:

- A existência de irmãos mais velhos aumenta o risco de transmissão a estes bebés de bactérias e vírus comuns nas crianças mais velhas.
- É importante reduzir o número de pessoas que contactam com o bebé em casa e tomar precauções como manter a lavagem das mãos
 - Pessoas doentes devem manter-se afastadas do bebé
- Quando são os pais que estão doentes, estes devem redobrar os cuidados e usar máscara no contacto com o bebé
 - Evitar sair com o bebé para locais fechados com muita gente

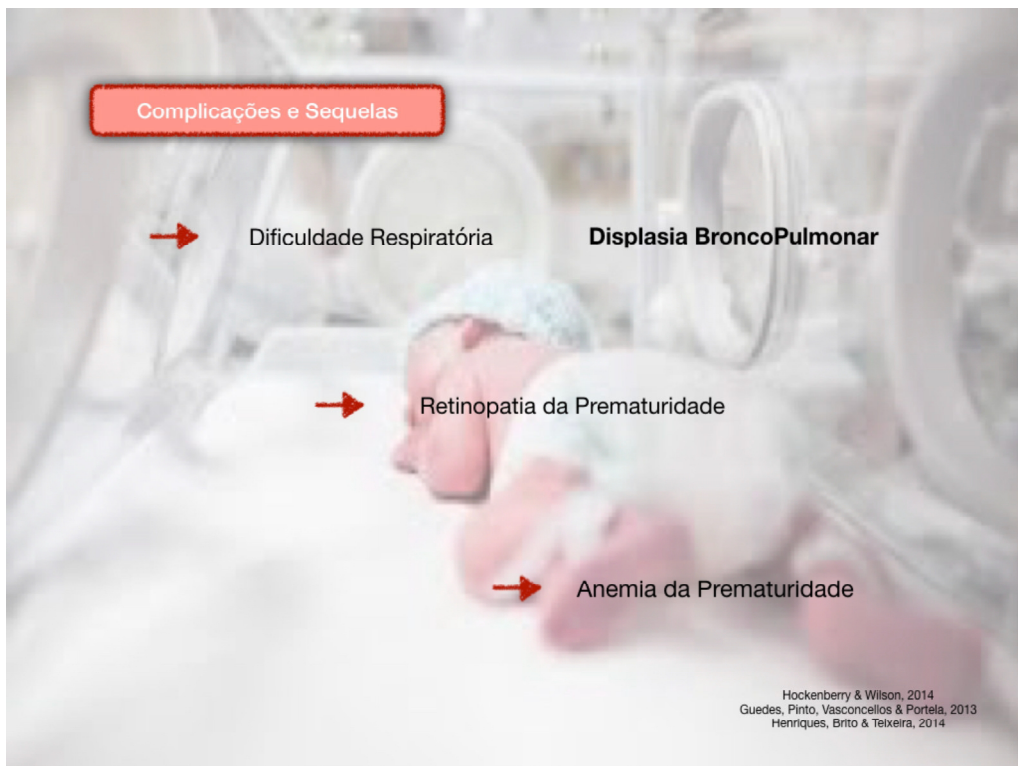
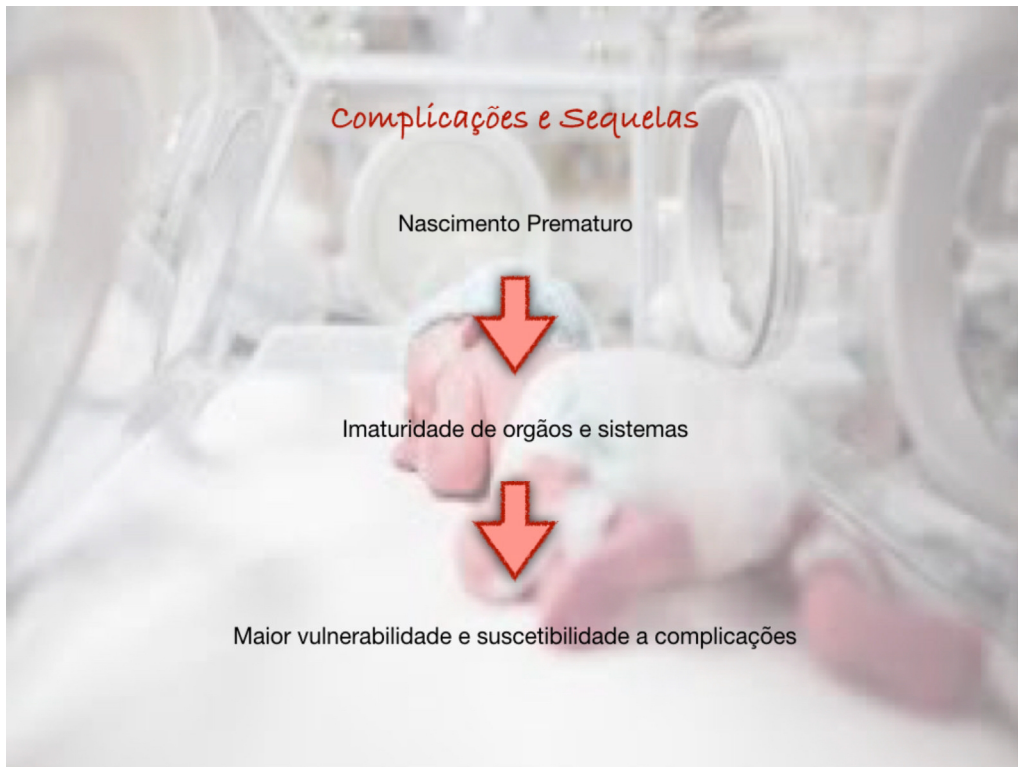
SPN, 2016



Vacinas

- Vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação
 - Vacinas extra plano, de acordo com as recomendações do médico assistente
- Profilaxia contra o vírus sincicial respiratório (O bebé prematuro pode ser incluído em grupo de risco e elegível)

DGS, 2015



Intervenção Precoce

Intervenção precoce na infância

“conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança (0 aos 6 anos) e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.”

Decreto-lei 281/09 de 16 de Outubro

Boavida, 2017

Objetivo: Melhorar ou prevenir problemas de desenvolvimento através de intervenções dirigidas à criança e família

SPN, 2016

É importante intervir junto destas crianças e famílias de forma precoce, uma vez que o desenvolvimento é influenciado pelos estímulos que se recebe do meio envolvente.

Quanto mais precoce for a estimulação

maior a probabilidade de uma resposta favorável por parte da criança

SPN, 2016

Referências Bibliográficas

Boavida, J. (2017). *Programa nacional de intervenção precoce*. In G. Oliveira, J. Saraiva (Eds), *Lições de Pediatria, Volume I* (pp. 35-40)

DOI:https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_3

Guedes, M.B., Pinto, R., Vasconcelos, G., Portela, A. (2013). Anemia da Prematuridade - Consenso Clínico. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido através de: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Anemia_da_Prematuridade.pdf

Henriques, G., Brito, C., Teixeira, S. (2014). Retinopatia da Prematuridade - Consenso Clínico. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido através de: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-ROP.pdf>

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9a edição) Loures: Lusociência
Moínho, R., Morais, S., Monteiro, M., Mimoso, G. (2015). Retinopatia da Prematuridade numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência de Oito Anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 46:198-204
DOI: <https://doi.org/10.25754/pjp.2015.5945>

Organização Mundial de Saúde (2015). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros - As orientações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde Acedido através de: www.who.int

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Manual Completo*. Lisboa, Portugal: APA
Acedido através de: <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/>

Vieira, C.S., Rech, R., Oliveira, B.R.G., Maraschin, M.S. (2013). Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderoestatural. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 15(2):407-15

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17247>.



Realizado por Marisa Silva, aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, ICS, UCP

4. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Questionário de avaliação da sessão “Ser prematuro”
(Módulo 1 - Curso de preparação para a alta do Recém-nascido)

Com este questionário pretende-se fazer uma avaliação desta sessão em termos de forma, apresentação e conteúdos

7. Foi a primeira vez que teve acesso à informação transmitida na sessão?

SIM	
NÃO	

Se a sua escolha foi NÃO, de que forma obteve a informação?

2. Considera que a transmissão da informação foi feita de forma clara?

NÃO CONCORDO	
CONCORDO POUCO	
CONCORDO	
CONCORDO MUITO	

3. Considera os conteúdos apresentados nesta sessão importantes para a compreensão do futuro acompanhamento do seu bebé?

NÃO CONCORDO	
CONCORDO POUCO	
CONCORDO	
CONCORDO MUITO	

Comentários/sugestões:

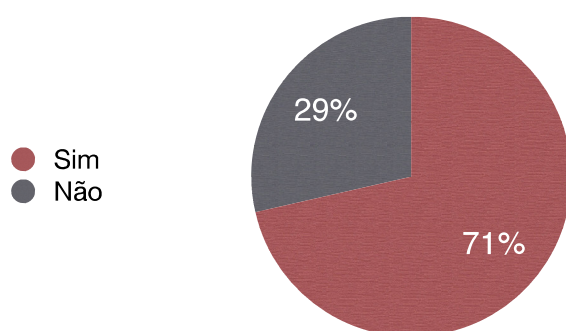
Muito Obrigada

5. TRATAMENTO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Os resultados dos questionários são:

1. Foi a primeira vez que teve acesso à informação transmitida na sessão?	
Sim	5
Não	2

Relativamente à primeira questão: “Foi a primeira vez que teve acesso à informação transmitida na sessão?” a maioria dos pais (71%) respondeu que sim e 29% responderam que não.

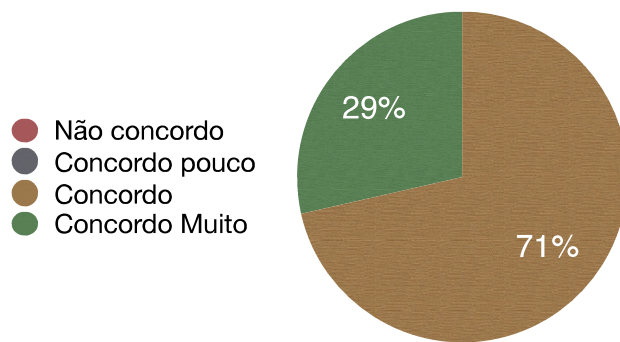


Os que responderam que não, escreveram de que forma obtiveram essa informação:

Q1: “Com as enfermeiras da Neonatologia”

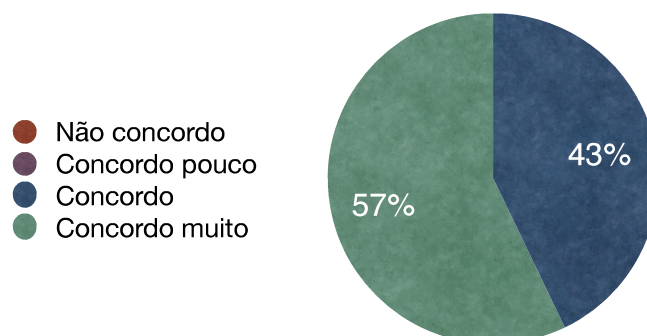
Q2: “Obtive esta informação há 5 anos atrás com o nascimento da minha primeira filha prematura e essa informação foi divulgada pelas enfermeiras que cuidavam dela”

2. Considera que a transmissão da informação foi feita de forma clara?	
Não concordo	0
Concordo pouco	0
Concordo	5
Concordo Muito	2



Em relação à segunda questão: “Considera que a transmissão da informação foi feita de forma clara?” A totalidade dos pais que assistiram à sessão considera que a transmissão foi feita de forma clara. Cinco pais (71%) responderam “Concordo” e dois pais (29%) responderam “Concordo muito”.

3. Considera os conteúdos apresentados nesta sessão importantes para a compreensão do futuro acompanhamento do seu bebé?	
Não concordo	0
Concordo pouco	0
Concordo	3
Concordo muito	4



Em relação à terceira e última questão: “ Considera os conteúdos apresentados nesta sessão importantes para a compreensão do futuro acompanhamento do seu bebé?” três pais (43%) responderam “Concordo” e quatro pais responderam “Concordo muito”.

No final do questionário havia espaço para comentários e/ou sugestões:

Q1: *“Seria bastante produtivo se uma vez por semana tivesse essa formação para os pais que irão para casa. Incluindo os conceitos de como meter o ovinho entre outros”*

Q2: *“As sessões deveriam ser sobretudo mais dirigidas à família direta (avós e tios) uma vez que aos pais essa informação vai sendo divulgada pelos enfermeiros que cuidam do prematuro; e por vezes avós e tios não entendem determinados cuidados que temos que ter com eles”*

Tendo em conta os resultados dos questionários de avaliação é possível concluir que esta sessão é pertinente e importante para a preparação destes pais para a alta.

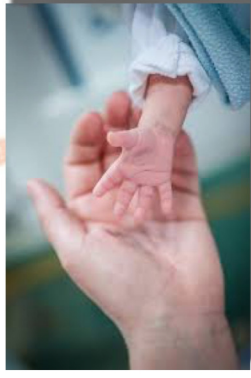
APÊNDICE XV - Folheto “Prematuro”

A minha **Audição** começou a funcionar a partir da 20 semanas. Na barriga da mamã comecei por ouvir o batimento do seu coração, os sons "digestivos" e depois músicas e vozes. Já conseguia ouvir a vossa voz desde as 23 semanas. Embora muitos ruídos e ruídos intensos me perturbem, sempre vou gostar de ouvir a vossa voz.

Entre as 25 e as 28 semanas já reajo ao som com um piscar ou com um susto. E a partir das 32 a 34 semanas já reajo mexendo-me

A **Visão** surge por volta das 30 semanas. É o último sistema a desenvolver-se. Às 30 semanas a luz forte faz-me fechar os olhos e só foco por breves instantes. Só por volta das 34 semanas é que a minha visão atinge a maturidade. Por isso os meus olhos são tão sensíveis a estímulos intensos e eu os tenho fechados grande parte do tempo. Tenho predileção por formas geométricas

Realizado por: Marisa Silva (192917062)
Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica UCP
Enfermeira orientadora: Enf^a Rita Figueira



Olá Mamã, Olá papá...

Eu sei que não esperavam por mim cá fora tão cedo...
...mas aqui estou eu.

Sei que não imaginavam que fosse tão pequenino. Idealizaram uma imagem de mim diferente da que veêm agora, com tubos, fios, monitores a controlar tudo, e dentro de uma caixinha que chamam de incubadora

mas...fui apressado!



Alves, E., Tubino, P., Tubino, P.V.A.(2016). *Orgãos dos sentidos. Desenvolvimento sensorial. Anatomia Funcional Aplicada*, Edição: 1ª, Publisher: Gráfica e Editora Pires do Rio, Editors: Isac César Roldão Leite, Paulo Tubino, pp.63-106
Acedido através de: https://www.researchgate.net/publication/312191983_Orgaos_dos_sentidos_Developolvimento_sensorial
Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9a edição)* Loures: Lusociência
www.spmneumatologia.pt
Acedido através de : <https://www.spmneumatologia.pt/fo-parents/usesful-information/>

Vou contar-vos um pouco
sobre mim.....

O **Tato** é o primeiro sentido que desenvolvo e que tem a maturação mais precoce. É uma ótima forma de trocarmos emoções. Os **receptores sensoriais** começaram a desenvolver-se ao redor da minha boca quando tinha 7 semanas e na 20ª semana já estavam presentes em todo o meu corpo

A minha pele ainda não está bem desenvolvida e por isso é tão fina que parece transparente, por isso arrefeço com facilidade. Por isso a incubadora é tão importante para mim.

O meu **Paladar** começa a desenvolver-se entre as 13 e as 15 semanas. Tenho muito mais pupilas gustativas que um adulto. Ao poucos vou desenvolvendo o meu paladar e entre as 24 e as 32 semanas destingo o doce e o ácido. Através do leite materno vou experimentando outros sabores consoante o que a mamã come. Através do meu **Olfato** reconheço o cheiro do leite materno como um odor agradável e acordo quando o sinto. Também reconheço o cheiro da minha mãe e este tranquiliza-me



Os meus pulmões estavam ainda em formação quando nasci, e por isso não estão completamente desenvolvidos. A partir da 24ª semana começa a ser produzida uma substância que vai permitir que os meus alvéolos pulmonares façam as trocas gasosas - o Surfactante. Mas as células que o produzem só estão completamente maduras por volta das 36 semanas. Por isso quando nasço antes do tempo, essa substância está presente no meu corpo em quantidade insuficiente. Isto significa que, nos meus primeiros tempos de vida, possa precisar de ajuda de uma máquina para respirar até os meus pulmões o conseguirem fazer sozinhos.

APÊNDICE XVI - Ausência de Enfermeiro na Consulta de Desenvolvimento.

REFLEXÃO

Ausência de Enfermeiro na Consulta de Desenvolvimento

Durante o estágio na unidade de Neonatologia tive a oportunidade de, durante uma manhã, observar a consulta de desenvolvimento existente no hospital onde realizei estágio. Considerei esta atividade pertinente, uma vez que, os bebês prematuros são um grupo de risco para o surgimento de problemas no seu desenvolvimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existe nos bebês prematuros, um maior risco de desenvolvimento de problemas de saúde graves e como consequência uma pior qualidade de vida (OMS, 2015). Assim, se houver um acompanhamento destes bebês por uma equipa multidisciplinar, por forma a avaliar o seu crescimento e desenvolvimento, é possível a deteção precoce de alterações e a intervenção junto das mesmas, assim como na transmissão de orientações e apoio às famílias, para que este possa ter uma vida dentro da normalidade (SPN, 2016).

Nessa observação, acompanhei diferentes profissionais de diferentes áreas e a sua atuação com as crianças que frequentam a consulta de desenvolvimento. Na consulta de Desenvolvimento a criança, além da consulta com pediatra, tem acesso a psicologia, terapia da fala, fisioterapia de acordo com a sua necessidade. Contudo, pude constatar que não existe acompanhamento por enfermeiro nessas consultas. Esse facto fez-me refletir sobre o porquê dessa ausência e sobre se seria ou não importante que um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica fosse parte integrante da equipa multidisciplinar que constitui a Consulta de Desenvolvimento.

Como parte das competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica encontra-se a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades dos ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, tendo como descritivo “considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital” e especialmente promove “a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude”(Ordem dos Enfermeiros, 2018. pp.19194)

O enfermeiro especialista tem conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da crianças nas diferentes fases e faz a sua avaliação e assim, pode detetar alterações e fornecer orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e jovem. (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Através do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o enfermeiro tem ferramentas para essa avaliação, pela utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* e a Escala de sinais de alarme. Também no PNSIJ é possível consulta sugestões de atividades promotoras do desenvolvimento (DGS, 2013).

É da responsabilidade do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica a articulação com outros profissionais e instituições, como por exemplo centros de saúde, assumindo um papel de elo com a comunidade, para a promoção do desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

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

Organização Mundial de Saúde (2015). *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros - As orientações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde Acedido através de: www.who.int

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. *Ordem dos Enfermeiros*, Série II (Nº 133/2018 de 12-07-2018), 19192-19194. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). *Manual completo. Crescimento e desenvolvimento do bebé prematuro*. Lisboa. Portugal: APA
Acedido através de <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>

APÊNDICE XVII - Mapeamento de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Mapeamento de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Realizado por Marisa Silva (192017062), Aluna do
Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Saúde Infantil e Pediátrica, ICS, UCP

Índice:

Foco: Adaptação	3
Sem adaptação comprometida	3
Adaptação comprometida	3
Foco: Papel Parental	3
Potencial para melhorar conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)	3
Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)	4
Foco: Aceitação do estado de saúde	7
Sem aceitação do estado de saúde comprometida	7
Aceitação do estado de saúde comprometida	7
Foco: Comportamento de procura de saúde	7
Potencial para melhorar o conhecimento de procura de saúde	7
Foco: Crença de Saúde	8
sem crença de saúde dificultadora	8
Crença de saúde dificultadora	8

Diagnóstico de Enfermagem:	Intervenções de enfermagem:
Sem adaptação comprometida Adaptação comprometida	<p style="text-align: center;">Foco: Adaptação</p> Avaliar adaptação Avaliar adaptação Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida Gerir grupo de apoio/ Suporte Vigiar comportamento Vigiar resposta comportamental Assistir a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes Assistir a pessoas a analisar a(s) estratégia(s) de <i>coping</i> Incentivar a interação social com grupo de suporte Orientar para um grupo de suporte
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) pais para tomar conta (necessidades especiais)	<p style="text-align: center;">Foco: Papel Parental</p> Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) Ensinar mãe e(ou) pai a vigiar dor Ensinar mãe e (ou) pai a gerir a dor Instruir mãe e(ou) pai a administrar medicamento Ensinar mãe e (ou) pai sobre convulsão Ensinar a mãe e (ou) pai a gerir convulsão Ensinar mãe e (ou) pai sobre necessidades especiais Ensinar mãe e (ou) pai a aumentar a temperatura corporal Ensinar mãe e(ou) pai a gerir medicamento

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) pais para tomar conta (necessidades especiais)(cont.)	Ensinar mãe e (ou) pai sobre complicações da ostomia
	Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais
	Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta das necessidades especiais
	Ensinar mãe e (ou) pai sobre a gestão de sinais e sintomas (especiais)
	Ensinar a mãe e (ou) pai sobre complicações da pele
	Ensinar mãe e (ou) pai sobre cuidados à pele
	Ensinar a mãe e (ou) pai a avaliar a temperatura corporal
	Ensinar a mãe e (ou) pai sobre equipamento adaptativo
	Ensinar a mãe e (ou) pai sobre inaloterapia
	Ensinar a mãe e (ou) pai sobre complicações
Foco: Papel Parental	
Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)	Avaliar capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)
	Instruir a mãe e(ou) pai a assistir no andar com auxílio de marcha
	Instruir a mãe e(ou) pai no uso da cadeira de rodas
	Instruir a mãe e(ou) pai sobre técnica de injeção
	Instruir a mãe e(ou) pai a administrar insulina
	Instruir a mãe e(ou) pai a monitorizar glicémia capilar
	Treinar a mãe e(ou) pai a monitorizar glicémia capilar
	Instruir a mãe e(ou) pai a estimular sucção
	Instruir a mãe e(ou) pai a inserir sonda
	Instruir a mãe e(ou) pai a otimizar sonda
Instruir a mãe e(ou) pai a alimentar através de sonda	

<p>Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais) (cont.)</p>	<p>Treinar a mãe e(ou) pai a inserir sonda</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a prevenir a aspiração</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a alimentar através de sonda</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a limpar cânula de traqueostomia</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a trocar cânula de traqueostomia</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a aspirar secreções</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a aspirar secreções</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a fluidificar secreções</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a estimular o reflexo da tosse</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a executar inaloterapia</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas facilitadoras da ventilação</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai no uso de dispositivos respiratórios</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai no uso de dispositivos respiratórios</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a executar oxigenoterapia</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a executar oxigenoterapia</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a massajar</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai sobre técnica da massagem</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai sobre técnica da massagem</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a posicionar</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai no uso de dispositivos de prevenção de úlceras de pressão</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a tratar o eritema</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a tratar o eritema das fraldas</p> <p>Instruir mãe e(ou) pai a tratar a maceração</p>
---	--

<p>Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais) (cont.)</p>	<p>Instruir a mãe e(ou) pai a diminuir a temperatura corporal</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a administrar medicamento</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a administrar medicamento</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a administrar medicamento por via subcutânea</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a cuidar do estoma</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a cuidar do estoma</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a estimular a eliminação urinária</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a para inserir cateter urinário</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a técnica de irrigar o intestino</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a transferir</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) pai sobre necessidades especiais</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta das necessidades especiais</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais</p> <p>Instruir papel parental especial</p> <p>Orientar mãe e(ou) pai sobre papel parental especial</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai sobre dispositivos de ostomia</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a trocar cânula</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a aliviar a dor através de técnicas não farmacológicas de alívio da dor</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a usar técnicas não farmacológicas de alívio da dor</p> <p>Treinar a mãe e(ou) pai a otimizar dispositivos</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas de segurança com dispositivos</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas adaptativas de comunicação</p> <p>Instruir a mãe e(ou) pai a executar tratamentos</p>
---	---

Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais) (cont.)	Instruir a mãe e(ou) pai sobre prevenção de contaminação Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta do desenvolvimento infantil (especial) Instruir a mãe e(ou) pai a usar medidas adaptativas
Foco: Aceitação do estado de saúde	
Sem aceitação do estado de saúde comprometida	Avaliar aceitação do estado de saúde
Aceitação do estado de saúde comprometida	Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde Incentivar a comunicação de emoções Encorajar a aceitação do estado de saúde Ensinar sobre estratégias adaptativas Incentivar o envolvimento da família Incentivar a aceitação do estado de saúde Avaliar a aceitação do estado de saúde Promover consencialização
Foco: Comportamento de procura de saúde	
Potencial para melhorar o conhecimento para promover o comportamento de procura de saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde Ensinar sobre serviços de saúde Orientar para o enfermeiro de família Incentivar comportamento de procura de saúde Ensinar sobre recursos da comunidade Ensinar sobre comportamento de procura de saúde Orientar para o serviço de saúde

Foco: Crença de saúde	
Sem crença de saúde dificultadora	Avaliar crença de saúde
Crença de saúde dificultadora	Otimizar crenças
	Encorajar crença de saúde controlo
	Encorajar expressão de crenças
	Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutica

APÊNDICE XVIII - Norma de Orientação “Preparação para a alta da criança e família
com doença crónica/necessidades de saúde especiais”

	PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM DOENÇA CRÔNICA/NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE	Código:
		Revisão:
		Entrada em vigor:

SUMÁRIO	NOTAS EXPLICATIVAS
Autores	Marisa Silva. (192017062) Aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. ICS.UCP Enfermeiro Mestre em Enfermagem Avançada e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Introdução	<p>Apresentamos neste documento a Norma de Orientação que clarifica a intervenção do enfermeiro na adaptação da criança e da família à doença crônica/necessidades especiais de saúde, integrada no processo de preparação para a alta destas crianças/famílias. Focaliza-se na otimização do conhecimento e capacidade da mãe e/ou pai para cuidar da criança com doença crônica/necessidades especiais na preparação para a alta.</p> <p>A preparação para a alta de uma criança é um processo complexo que deve iniciar-se na admissão e desenvolve-se ao longo do internamento, para que no momento da alta a criança e família possam estar mais capacitados para se adaptarem às mudanças decorrentes da nova situação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).</p> <p>Cada vez mais, há uma tendência crescente para a doença crônica em idade pediátrica como resultado do aumento da sobrevivência de crianças com patologias que, anteriormente, resultavam em morte prematura (Santos, Santos & Lacerda, 2017).</p> <p>O avanço tecnológico e biomédico, tem permitido, ao longo dos anos, melhorar os cuidados de saúde, tratamento de doenças e, com isso diminuir as taxas de mortalidade infantil. Com a diminuição da taxa de mortalidade relaciona-se, também, um aumento das crianças com doenças crônicas ou com necessidades especiais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p>É necessário, na preparação para a alta, prover a família de conhecimentos e capacidades, ajudá-la na adequação do papel parental às novas situações para que possam assumir a responsabilidade dos cuidados à criança no domicílio e de forma a promover uma eficaz adaptação aos novos desafios de saúde (Ordem dos enfermeiros, 2011).</p>

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

Objetivo	Otimizar a adaptação da criança e família à doença crónica/necessidades especiais de saúde
Conceitos	<p>Doença crónica: Situação permanente, que causa incapacidade ou deficiência, como consequência de alterações patológicas irreversíveis e que acarretam longos períodos de cuidados e supervisão. Pode surgir em qualquer fase da vida e trazer alterações profundas na vida das famílias (DGS, 2016)</p> <p>Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: conjunto de crianças que necessitam de mais cuidados de saúde que as demais crianças, por apresentarem condições crónicas, alterações físicas, de desenvolvimento, comportamento ou emocionais, de natureza temporária ou permanente (Góis & Cabral, 2017).</p> <p>Adaptação: coping: gerir novas situações (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)</p> <p>Estratégias de Coping: São estratégias que permitem ultrapassar sintomas decorrentes de situações causadoras de stress, por forma a permitir uma adaptação às novas situações (Santos et al, 2015).</p> <p>Parceria: Processo dinâmico, no qual as partes envolvidas participam de forma ativa e com concordância, no estabelecimento de objetivos comuns. Enfermeiro e família estabelecem relação de parceria na prestação de cuidados à criança (Mendes & Martins, 2012). Segundo Alves, Amendoeira e Charepe (2017) “a parceria significa mudança, negociação dos cuidados às crianças partilhada com a família, apoio, ensino e envolvimento da mesma como resultado de uma negociação prévia estabelecida” (as cited in Alves, Amendoeira e Charepe, 2014).</p>
Objetivos específicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Admissão da criança com doença crónica/necessidades especiais de saúde • Estabelecer um plano individual de cuidados promotores da adaptação da criança e família à situação de doença crónica/necessidades especiais de saúde, respeitando os fundamentos dos cuidados centrados na família • Referenciar ao serviço social (se necessário) • Referenciar para os cuidados de saúde primários • Indicar recursos na comunidade

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

<p>Fluxograma</p>	<pre> graph TD A[Admissão] --> B[Acolhimento] B --> C[Coleta de dados] C --> D[Condições Habitacionais, rede de suporte e avaliação de recursos] C --> E[Necessidades e competências adquiridas pela criança e família] D --> F[Conhecimento da criança e família] E --> F F --> G[Elaborar plano de cuidados com a família] G --> H{Avaliação do processo de cuidados. Adequação da parentalidade e da gestão do regime terapêutico} H -- N --> F H -- S --> I[Referenciação aos Cuidados de Saúde] I --> J[Regresso a casa] </pre> <p>Fonte: Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Volume III, Ordem do Enfermeiros (2011)</p>	
<p>Processo assistencial:</p>	<p>1. Admissão da criança com doença crónica/necessidades especiais de saúde:</p> <p>1.1 Fazer o acolhimento à criança e família de acordo com a norma existente no serviço</p> <p>1.2 Realizar a colheita de dados utilizando o instrumento de avaliação inicial em vigor no serviço, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agregado familiar da criança 	
<p>Elaboração Dezembro 2018</p>	<p>Revisão</p>	<p>Atualização</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhante da criança • Antecedentes pessoais e familiares • Internamentos anteriores • Conhecimento prévio sobre a condição da criança • Sistema de suporte familiar/família alargada • Atividades de vida da criança <p>2. Estabelecer um plano individual de cuidados promotores da adaptação da criança e família à situação de doença crónica/necessidades especiais de saúde, respeitando os fundamentos dos cuidados centrados na família</p> <p>2.1 Cuidados Centrados na Família</p> <p>Os cuidados centrados na família são de grande importância no cuidar de crianças com necessidades de saúde especiais. Caracteriza-se por envolver a família na decisão acerca dos cuidados prestados à criança, a negociar os cuidados numa relação de parceria, tendo em conta as necessidades da criança e da família em que esta se insere. Desta forma, é necessário respeitar a individualidade da família e reconhecer as suas forças; fomentar a confiança e a competência desta nos cuidados à criança e capacitá-la na defesa da criança na relação com o sistema de saúde (Sampaio & Angelo, 2015; Ordem dos enfermeiros, 2011).</p> <p>2.2 Avaliar aceitação do estado de saúde</p> <p>A aceitação do estado de saúde pode ser considerada uma forma de adaptação psicológica à doença, pelo que a sua avaliação torna-se pertinente quando o objetivo é otimizar a adaptação da criança e família à doença crónica/necessidades especiais de saúde (Bertolin, Pace, Cesarino, Ribeiro & Ribeiro, 2015).</p> <p style="text-align: center;">Foco: Aceitação do Estado de Saúde</p> <p>Avaliar os seguintes itens em demonstrado/ não demonstrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de saúde ➢ Abandono do conceito da condição de saúde anterior ➢ Reações/sentimentos/crenças positivos perante a nova condição de saúde ➢ Reconhece/consciencializa-se da realidade da nova condição ➢ Motivação/envolvimento/procura informação com vista a enfrentar nova condição de saúde <p>Em sim/não:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Desempenha novas atividades promotoras de adaptação à nova condição de saúde
--	---

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

	<p style="text-align: center;">Diagnósticos de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem aceitação do estado de saúde comprometida • Aceitação do estado de saúde comprometida <p>Quando o <u>diagnóstico de enfermagem</u> é:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Aceitação do estado de saúde comprometida <p>Podem ser planejadas algumas das seguintes <u>intervenções</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde Pessoa = Criança e/ou Família (mãe e/ou pai) (Coelho & Mendes, 2011) • Incentivar a comunicação de emoções • Encorajar a aceitação do estado de saúde • Ensinar sobre estratégias adaptativas Estratégias de <i>coping</i>. Ex: Informação sobre doença e tratamento; Traçar objetivos concretos e limitados; se possível, manter rotinas habituais; requerer suporte emocional e instrumental, etc (Sousa, Landino, Pires & Santos, 2011) • Incentivar o envolvimento da família Ex: Suporte familiar/família alargada • Incentivar a aceitação do estado de saúde • Promover consciencialização Educação para saúde/Fornecer informação sobre a doença <p>2.3 Avaliar crença de saúde</p> <p>As crenças de saúde têm influência na forma como as pessoas lidam com os problemas de saúde e como encaram os profissionais de saúde e o que estes lhes transmitem. As crenças que os pais de uma criança com doença crónica têm em relação à doença, vão influenciar a adaptação à mesma. Essa crença pode funcionar como barreira se não corresponder à realidade sobre a saúde da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p style="text-align: center;">Foco: Crença de Saúde</p> <p style="text-align: center;">Diagnósticos de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem crença de saúde dificultadora • Crença de saúde dificultadora <p>Quando o <u>diagnóstico de enfermagem</u> é:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Crença de saúde dificultadora <p>Podem ser planejadas algumas das seguintes <u>intervenções</u>:</p>	
Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

- Otimizar crenças
Educação para saúde/Fornecer informação sobre a doença
- Encorajar crença de saúde controlo
Crença de saúde controlo: Perceção de controlo: expectativa que o próprio possa produzir eventos desejáveis ou prevenir eventos indesejáveis relacionados com a saúde (Bernardes & Lima, 2008)
- Encorajar expressão de crenças
- Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico

2.4 Avaliar Adaptação

De acordo como Modelo de Adaptação de Roy, a saúde é considerada a adaptação da interação entre a pessoa e o ambiente que a rodeia.

Pessoa: indivíduo, família, comunidade...

Ambiente: conjunto de estímulos (internos ou externos) que geram na pessoa respostas que podem ser adaptativas se promovem a sua integridade em termos dos objetivos do sistema humano (sobrevivência, crescimento, reprodução, formação e integração da pessoa no meio ambiente), ou ineficazes se não a promovem.

A saúde da pessoa passa pela forma como esta é capaz de lidar com as situações, de forma mais competente possível.

O enfermeiro tem como meta promover as respostas adaptativas (respostas que influenciam positivamente a saúde).

(Coelho & Mendes, 2011)

Foco: Adaptação

Avaliar adaptação através de dois itens:

- Disposição para gerir novas situações e desafios
- Adota comportamentos redutores de stress

Comportamentos redutores de stress =
Estratégias adaptativas

Diagnósticos de enfermagem:

- Sem adaptação comprometida
- Adaptação comprometida

Quando o diagnóstico de enfermagem é:

- ✘ Adaptação comprometida

Podem ser planeadas algumas das seguintes intervenções:

- Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

- Gerir grupo de apoio/suporte
- Vigiar comportamento
- Vigiar resposta comportamental
- Assistir a identificar estratégias de *coping* eficazes
Que produzem respostas adaptativas
- Incentivar a interação social com grupo de suporte
- Orientar para um grupo de suporte

Grupo de suporte: Grupo de pessoas significativas (família alargada; equipa de saúde; associações de doentes; pais com a mesma experiência, etc (Hockenberry & Wilson, 2014)

2.5 Papel parental

Foco: Papel Parental

"Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; pp. 71)

A alta hospitalar para uma criança com doença crónica/necessidades de saúde especiais não significa que esta está completamente recuperada da sua condição de saúde. Para algumas crianças e famílias esse é o início de uma nova situação de vida, com necessidades e rotinas diferentes, que exigem uma adaptação. A criança continua a precisar de cuidados especiais e estes vão agora ser prestados no domicílio. Para que a adaptação aos novos desafios de saúde seja eficaz, é necessário adequar o papel parental aos novos processos de vida, munindo os pais de conhecimentos e capacidades, para que este possam gerir os cuidados em casa. Uma criança com necessidades especiais de saúde mantém a necessidade de alguns procedimentos realizados no hospital, quando for para casa. Deve ser dada a oportunidade aos pais, assim estes se sintam preparados, de treinar no hospital esses procedimentos, esclarecendo as suas dúvidas e receios. (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Figueiredo, Sousa & Gomes, 2016)

2.5.1 Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)

Avaliar os seguintes itens em demonstrado/ não demonstrado:

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentação ➤ Eliminação ➤ Higiene ➤ Processos Corporais ➤ Desenvolvimento Infantil ➤ Processo de Hospitalização <p style="text-align: center;">Diagnósticos de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) <p>Quando o diagnóstico de enfermagem é:</p> <ul style="list-style-type: none"> × Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) <p>Podem ser planeadas várias <u>intervenções</u>, entre as quais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a mãe e(ou) pai sobre necessidades especiais As necessidades específicas da condição de saúde da criança • Instruir a mãe e(ou) pai a prevenir complicações das necessidades especiais Complicações inerentes à condição de saúde específica da criança <p style="text-align: center;">Levantar esta intervenção quando a complicação específica não estiver contemplada por outra intervenção - ver Mapeamento de Diagnósticos e Intervenções de enfermagem – associar nota com informação sobre complicação específica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a mãe e(ou) pai a tomar conta das necessidades especiais Específicas da situação da criança • Ensinar a mãe e(ou) pai sobre a gestão de sinais e sintomas (especiais) Sinais e sintomas específicos da situação da criança • ... <p>O planeamento das intervenções deve ser feito de acordo com as necessidades individuais da mãe e(ou) pai avaliadas através dos itens supracitados, e de acordo com a situação específica da criança em questão.</p> <p style="text-align: center;">Ver Mapeamento de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Anexo para consultar todas as intervenções possíveis de serem levantadas neste</p>	
<p style="text-align: center;">Elaboração</p> <p>Dezembro 2018</p>	<p style="text-align: center;">Revisão</p>	<p style="text-align: center;">Atualização</p>

	diagnóstico
	Reavaliar conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) e atualizar diagnóstico de enfermagem
	<p>2.5.2 Avaliar capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais)</p> <p>Avaliar os seguintes itens em demonstrado/ não demonstrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alimentação ➢ Eliminação ➢ Higiene ➢ Processos corporais <p style="text-align: center;">Diagnósticos de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) • Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) <p>Quando o <u>diagnóstico de enfermagem</u> é:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Potencial para melhorar a capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) <p>Podem ser planeadas várias <u>intervenções</u>, entre as quais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a mãe e(ou) pai sobre medidas facilitadoras da ventilação Posicionamento; Limpeza das vias aéreas; • Instruir a mãe e(ou) pai no uso de dispositivos respiratórios • Treinar a mãe e(ou) pai no uso de dispositivos respiratórios Exemplos de dispositivos respiratórios: Nebulizador; Ventilador; Máscara de O₂; humidificador, etc • Instruir a mãe e(ou) pai sobre a técnica da massagem • Treinar a mãe e(ou) pai sobre a técnica da massagem • Instruir a mãe e(ou) pai a posicionar De acordo com Norma de Posicionamento • Instruir papel parental especial • Orientar mãe e(ou) pai sobre papel parental especial Adequado às necessidades especiais de saúde específicas da criança • Instruir a mãe e(ou) pai a aliviar a dor através de técnicas não farmacológicas de alívio da dor

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar a mãe e(ou) pai a usar técnicas não farmacológicas de alívio da dor <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Ter em conta a idade e desenvolvimento da criança na escolha da intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de informação antecipatória (adequada à idade, antes de algum procedimento doloroso) • Distração • Reforço positivo • Imaginação Guiada • Simulação ou modelação • Exercício físico • Relaxamento muscular (através da respiração) • Aplicação de calor • Aplicação de frio • Massagem • Posicionamentos • Musicoterapia • Riso • Arteterapia (teatro, música, escrita, desenho...) <p style="text-align: right;"><small>(Ordem dos Enfermeiros, 2013)</small></p> </div> • Instruir a mãe e(ou) pai a usar medidas adaptativas <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> <p>Estratégias adaptativas = Estratégias de <i>coping</i></p> </div> • ... <p>Planear <u>intervenções</u> de acordo com as necessidades individuais da mãe e(ou) pai avaliadas através dos itens supracitados, e de acordo com a situação específica da criança em questão.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> <p>Ver Mapeamento de Diagnósticos e intervenções de Enfermagem em Anexo para consultar todas as intervenções possíveis de serem levantadas neste diagnóstico</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> <p>Reavaliar capacidade da mãe e(ou) pai para tomar conta (necessidades especiais) e atualizar diagnóstico de enfermagem</p> </div> <p>2.6 Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde</p> <p style="text-align: center;">Foco: Comportamento de procura de saúde</p> <p style="text-align: center;"><i>"Comportamento: Forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativa relacionada com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros"</i> (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016; pp. 46)</p> <p>Avaliar os seguintes itens em demonstrado/ não demonstrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportamento de procura de saúde 	
Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estratégias para comportamento de procura de saúde ➤ Serviços de saúde ➤ Recursos da comunidade <p style="text-align: center;">Diagnósticos de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento para promover comportamento de procura de saúde • Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de procura de saúde <p>Quando o diagnóstico de enfermagem é:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ Potencial para melhorar o conhecimento para promover de procura de saúde <p>Podem ser planeadas algumas das seguintes <u>intervenções</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre serviços de saúde • Orientar para o enfermeiro de família • Incentivar comportamento de procura de saúde • Ensinar sobre recursos da comunidade • Ensinar sobre o comportamento de procura de saúde • Orientar para o serviço de saúde Incluindo Serviço Social, se necessário. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • Contactar o Centro de Saúde e, caso se aplique, a escola. • Em caso de dependência de tecnologia informar os serviços da comunidade como por ex: Bombeiros, Eletricidade, etc (Ordem dos Enfermeiros, 2011) </div> <p>Nota: Identificar se os pais têm toda a informação sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situação da criança, regime terapêutico, e cuidados necessários após a alta <p>Se necessário fornecer informação em suporte papel (ex: folheto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar os pais sobre consultas de seguimento • Informar e fornecer contactos de relevância em caso de
--	---

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		

	necessidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011)	
Bibliografia	<p>Alves, J.M.N.O., Amendocira, J.J.P., Charepe, Z.B. (2017). <i>A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde</i>. Rev. Gaúcha Enferm. 38(4): e2016-0070 DOI:http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070</p> <p>Bernardes, S.F., Lima, M.L. (2008). <i>Questionário de crença de controlo face à saúde (QCCS): Processo de desenvolvimento e validação de um instrumento</i>. I.S.P.A. Lisboa Acedido através: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/jp/article/view/695/676</p> <p>Bertolin, D.C., Pace, A.E., Cesarino, C.B., Ribeiro, R.C.H.M, Ribeiro, R.M. (2015). Adaptação psicológica e aceitação do diabetes mellitus tipo 2. Acta Paul. Enfermag. 28(5):440-6. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500074</p> <p>Coelho, S.M.S., Mendes, I.M.D.M. (2011). Da pesquisa à prática aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. Esc Anna Nery 15(4): 845-850. Rio de Janeiro: Brasil Acedido através de: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a26v15n4.pdf</p> <p>Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional par a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-35-6</p> <p>Direção Geral da Saúde (2016). <i>Plano Nacional de Saúde 2016 – 2020</i>. Lisboa: Direção Geral da Saúde</p> <p>Figueiredo, S.V., Sousa, A.C.C., Gomes, I.L.V. (2016). Children with special health needs and family: implications for nursing. Ver. Bras. Enferm. 69(1):79-85. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690112j</p> <p>Góes, F.G.B, Cabral, I.E. (2017). <i>Discourses on discharge care for children with special healthcare needs</i>. Rev Bras Enferm [Internet].70(1):154-61. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248</p> <p>Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). <i>Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente</i>. (9a Edição). Loures: Lusociência</p> <p>Mendes, M.G.S.R., Martins, M.M.F.P. (2012). Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. Revista Referência. III Série - nº 6, pp. 113-121. Acedido através: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII/n6/serIII/n6a11.pdf</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2011). <i>Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica</i>. Volume III. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2013). <i>Guia Orientador de Boa Prática -</i></p>	
	Elaboração	Revisão
	Dezembro 2018	
		Atualização

	<p><i>Estratégia Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança</i>. Série 1, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros</p> <p>Sampaio, P.S.S., Angelo, M. (2015). <i>Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiro em um hospital universitário</i>. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 15(2):85-92 Acedido através: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n2/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-1.pdf</p> <p>Santos, E.J.F., Marcelino, L.M.M.S., Abrantes, L.C.B., Marques, C.F.F., Correia, R.M.L., Coutinho, E.C., Azevedo, I.C.S.C. (2015). <i>O Cuidado Humano Transicional como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPÉ®</i>. Millenium 49:153-171 acedido através: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium49/9.pdf</p> <p>Santos, S., Santos, E.A., Lacerda, A.F. (2017). <i>Dor Crónica em Pediatria: Orientações para os profissionais de saúde</i>. Acta Pediátrica Portuguesa. Porto. 49:167-77. DOI: 10.21069/APP.2018.3014</p> <p>Sousa, M.R.G., Landeiro, M.J.L., Pires, R., Santos, C. (2011). <i>Coping e Adesão ao regime terapêutico</i>. Revista Referência. III Série - nº4, pp.151-160. Acedido através: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200016</p>
--	---

Elaboração	Revisão	Atualização
Dezembro 2018		