



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem na área de especialização: Saúde Infantil e
Pediátrica

Relatório de Estágio:

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL
E PEDIÁTRICA NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS
E NA CAPACITAÇÃO PARENTAL**

**THE PAEDIATRIC AND CHILD HEALTH NURSE SPECIALIST IN THE
HUMANIZATION OF CARE AND PARENTAL EMPOWERMENT**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Lisboa, 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem na área de especialização: Saúde Infantil e
Pediátrica

Relatório de Estágio:

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL
E PEDIÁTRICA NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS
E NA CAPACITAÇÃO PARENTAL**

**THE PAEDIATRIC AND CHILD HEALTH NURSE SPECIALIST IN THE
HUMANIZATION OF CARE AND PARENTAL EMPOWERMENT**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Orientadora Professora Doutora Sílvia da Encarnação de Barros Ramos

Lisboa, 2024

“Se houver uma vontade, haverá um caminho”

(Witness Lee, s.d.)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sílvia Ramos, agradeço por toda a disponibilidade, paciência, apoio, partilha, motivação e confiança que depositou em mim. Agradeço ainda todo o carinho e presença ao longo de todo o meu percurso que se revelou fundamental para chegar ao final desta jornada com sucesso.

Às enfermeiras chefes, enfermeiras orientadoras e restante equipa, que se demonstraram sempre disponíveis, dispostas a ajudar e a promover novas oportunidades para vivenciar novas experiências.

Às minhas colegas de trabalho, pela flexibilidade e compreensão ao longo de todo este período.

A todas as famílias e crianças com quem me cruzei, que tornaram este percurso gratificante e enriquecedor, pois sem elas, este trabalho não faria o mesmo sentido.

À minha colega e amiga Catarina, pelos momentos de partilha e aprendizagem, por todos os conselhos e desabafos. Foi sem dúvida um apoio fulcral no decurso deste enorme desafio.

À minha família, por compreenderem todas as minhas ausências e por todo o carinho e apoio ao longo deste percurso. Em especial à minha mãe, pela sua paciência de ouro e por todo o seu amor.

Ao João, por ser a minha âncora, o meu companheiro das horas certas e por toda a força que me transmitiu nesta caminhada. Sem ele este percurso teria sido muito mais árduo.

Um obrigada enorme a todos vós por acreditarem em mim e por toda a força que me transmitiram para completar esta jornada! Sem vocês, nada disto teria sido possível!

RESUMO

A aposta na formação profissional e procura de conhecimento deve manter-se uma preocupação constante no percurso do enfermeiro sendo esse investimento o caminho certo para conseguir alcançar a primazia dos cuidados prestados. Na área de Saúde Infantil e Pediátrica, para além desta procura, revela-se igualmente fundamental trabalhar em parceria com os pais da criança/jovem. Somente através desta junção é possível implementar uma prestação de cuidados de excelência.

Através da elaboração deste Relatório Final, pretendo espelhar todo o meu percurso académico, oportunidades e experiências vivenciadas no decorrer da unidade curricular Estágio Final e Relatório que compreendeu a três períodos distintos de prática clínica, alicerçados na temática da Hospitalização Domiciliária Pediátrica.

A hospitalização é uma das primeiras crises vivenciadas pela criança sendo esta um fator gerador de medo, stress e ansiedade tanto para os pais como para a criança. A transição de um meio familiar para outro totalmente desconhecido revela-se potencialmente traumática, pelo que se torna irrevogável a necessidade de procurar alternativas eficazes que permitam manter a criança junto da sua família em segurança, num ambiente de maior conforto, prevenindo eventuais traumas. Neste sentido, surgiu a necessidade de investigar e aprofundar conhecimentos sobre uma alternativa inovadora desenvolvida e aplicada por vários países, mas ainda muito pouco conhecida em outros, a Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP). Tal vem promover a implementação de cuidados de saúde mais humanizados através da adoção de uma visão holística, ética e culturalmente sensível da criança, tendo em consideração todas as vertentes que a influenciam, uma vez que os cuidados são prestados no domicílio. A telemedicina, surge posteriormente, como um complemento importante e uma mais-valia a este modelo.

Esta experiência revelou-se muitíssimo enriquecedora tendo abraçado cada oportunidade que foi surgindo no decorrer de cada campo de estágio, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, no Atendimento Permanente Pediátrico e no internamento de Cirurgia Pediátrica. Desenvolvi competências técnicas, científicas, relacionais e ética, mas sobretudo competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Através da elaboração de uma revisão sistemática da literatura de estudos qualitativos foi igualmente possível adquirir competências de mestre. Através de todo este trabalho, tornou-se possível desenvolver um cuidado diferenciado e mais especializado. No decorrer do estágio, delineei um objetivo geral transversal a todos os campos. Nos diversos contextos de estágio, implementei atividades de acordo com as necessidades de cada serviço com o intuito de promover a capacitação parental, a promoção de uma alta precoce segura da criança/jovem e a divulgação da HDP. Após a implementação de cada

atividade elaborei um questionário de modo a avaliar a efetividade da mesma. No que concerne às diferentes apresentações inerentes à HDP, o *feedback* obtido pelas equipas foi, de um modo geral , bastante positivo pelo que todos acreditam no verdadeiro potencial deste modelo.

Deste percurso, reitero que a formação contínua no setor da saúde evidencia-se como imprescindível para o alcance da primazia dos cuidados e para a incorporação da evidência na prática profissional na implementação de cuidados mais humanizados.

Palavras-Chave: humanização; capacitação parental; enfermagem; pediatria

ABSTRACT

The commitment to professional training and the search for knowledge must remain a constant concern in nurses' careers, as this investment is the right way to achieve primacy in the care provided. In the area of Child and Pediatric Health, in addition to this search, it is also essential to work in partnership with the parents of the child. Only by working together we will provide excellent care.

Through the preparation of this final report, I pretend to reflect my entire academic career, opportunities and experiences during the Final Internship and Report curricular unit, which refers to three distinct periods of clinical practice, based on the theme of Paediatric Home Hospitalization (PHH).

Hospitalization is one of the first crises experienced by the child and it is a factor that generates fear, stress and anxiety for both the parents and the child. The transition from a familiar environment to a totally unfamiliar one is potentially traumatic, so there is an irrevocable need to look for effective alternatives to keep the child safely close to his or her family in a more comfortable environment, preventing possible trauma. With this in mind, the need arose to investigate and deepen our knowledge of an innovative alternative that has been developed and applied in several countries, but is still very little known in others: PHH. Its emergence promotes the implementation of more humanized health care through the adoption of a holistic, ethical and culturally sensitive vision of the child, taking into account all the aspects that influence them, so that care is provided at home. Telemedicine subsequently emerged as an important complement and added value to this model.

This experience proved to be extremely enriching, and I embraced every opportunity that came up during each internship, particularly in the Neonatal Intensive Care Unit, the Pediatric Outpatient Department and the Pediatric Surgery ward. I developed technical, scientific, relational and ethical skills, but above all I developed the common skills of a specialist nurse and the specific skills of a specialist nurse in child and pediatric health nursing. Through the preparation of a systematic literature review of qualitative studies, it was also possible to acquire master's skills. Through all this work, it became possible to develop differentiated and more specialized care. During the internship, I outlined a general objective that cut across all fields. In the various internship contexts, I implemented activities according to the needs of each service with the aim of promoting parental training, promoting the safe early discharge of children and disseminating the

PHH. After implementing each activity, I drew up a questionnaire to assess its effectiveness. With regard to the different presentations inherent to the PHH, the feedback obtained by the teams was generally very positive and everyone believes in the true potential of this model.

From this point of view, I reiterate that continuous training in the health sector is essential for achieving the primacy of care and for incorporating evidence into professional practice in order to implement more humanized care.

Keywords: humanization, parental training; nursing; paediatrics

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA: *American Psychological Association*

APP: Atendimento Permanente Pediátrico

CCF: Cuidados Centrados na Família

CVP: Cateter Venoso Periférico

EE: Enfermeiro Especialista

EEESIP: Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HD: Hospitalização Domiciliária

HDP: Hospitalização Domiciliária Pediátrica

MEESIP: Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE: Ordem dos Enfermeiros

OSF: *Open Science Framework*

PEG: Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*

RN: Recém-Nascido

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SO: Serviço de Observação

UC: Unidade Curricular

UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP: Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA	19
1.1. O conceito de Hospitalização Domiciliária Pediátrica	19
1.2. A Humanização dos Cuidados de Saúde	21
1.3. Hospitalização Domiciliária Pediátrica em Portugal	23
1.4. Processo de Transição do Hospital para o Domicílio em Contexto de HDP	27
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO	33
2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	35
2.2. Atendimento Permanente Pediátrico	42
2.3. Internamento de Cirurgia Pediátrica	49
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	66
APÊNDICE I –	
Projeto de Estágio: 1º Módulo - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	67
APÊNDICE II –	
Projeto de Estágio: 2º Módulo – Atendimento Permanente Pediátrico	84
APÊNDICE III –	
Projeto de Estágio: 3º Módulo – Cirurgia Pediátrica	104
APÊNDICE IV –	
1º Módulo: O Recém-Nascido/Ser prematuro: Desenvolvimento, Ruído, Toque e Canguru Care	124
APÊNDICE V –	
2º Módulo: Os cuidados à Pele e Higiene do Recém-Nascido	145
APÊNDICE VI –	

3º Módulo: A amamentação e alimentação artificial	169
APÊNDICE VII –	
4º Módulo: Manobra de Desengastamento, RCP e Administração Terapêutica ...	195
APÊNDICE VIII –	
5º Módulo: Cuidados Antecipatórios: vigilância da Saúde e Sinais de Alerta	208
APÊNDICE IX –	
6º Módulo: Prevenção/Vacinação – Proteção Maternidade e Direitos Parentais ...	240
APÊNDICE X –	
7º Módulo: Rastreios Neonatais e Dispositivo de Segurança Móvel	274
APÊNDICE XI –	
Pôster de “Capacitação dos Pais para a Alta do Recém-Nascido”	302
APÊNDICE XII –	
Sessão de Formação na UCIN “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”	304
APÊNDICE XIII –	
Folha de Avaliação da Sessão de Formação “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”	327
APÊNDICE XIV –	
Questionário APP “Educação para a Saúde”	330
APÊNDICE XV –	
<i>Flyer</i> “O meu filho está com febre! E agora?”	334
APÊNDICE XVI –	
<i>Flyer</i> “O meu filho está com Vômitos”	336
APÊNDICE XVII –	
<i>Flyer</i> “O meu filho está com Diarreia! E agora?”	338

APÊNDICE XVIII –

Flyer “Cuidados em Casa: Cuidados a ter com um Cateter Venoso Periférico em Casa” 340

APÊNDICE XIX –

Sessão de Formação no APP “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado” 342

APÊNDICE XX –

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação no APP “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado” 368

APÊNDICE XXI –

“Documento Informativo para os Pais: Gastrostomia” 372

APÊNDICE XXII –

“Identificação das Necessidades dos Cuidados a ter com a PEG na Preparação para a Alta da Criança Internada na Cirurgia Pediátrica” 374

APÊNDICE XXIII –

“Cateterismo Vesical: Guia de Apoio” 376

APÊNDICE XXIV –

“Identificação das Necessidades/Dúvidas inerentes ao Cateterismo Vesical Intermitente Cirurgia Pediátrica” 379

APÊNDICE XXV –

Jogo de Cubos: Adivinha a sequência correta do Cateterismo Vesical Intermitente! E Agora? 381

APÊNDICE XXVI –

Sessão de Formação na Cirurgia Pediátrica “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado” 383

APÊNDICE XXVII –

Questionário sobre a Sessão de Formação no Internamento de Cirurgia “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”	409
ANEXOS	412
ANEXO I –	
Poster – “A Hospitalização Domiciliária Pediátrica - Contributo da Enfermagem na Humanização dos Cuidados: um Protocolo de Revisão Qualitativa”	413
ANEXO II –	
“Certificado de Apresentação do Póster ““A Hospitalização Domiciliária Pediátrica - Contributo da Enfermagem na Humanização dos Cuidados: um Protocolo de Revisão Qualitativa”	415
ANEXO III –	
<i>Abstract</i> do trabalho submetido no “ <i>Journal of Pediatric Nursing: The experience of children and family in pediatric home hospitalization: a systematic review of qualitative evidence</i> ”	418
ANEXO IV -	
Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	420
ANEXO V –	
Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	428
ANEXO VI –	
Declaração de Presença na Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica num Hospital da Região de Lisboa	432
ANEXO VII –	
Escala da Dor N-PASS - <i>Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale</i>	434
ANEXO VIII –	
“Grelha de Apoio à Identificação de Necessidades de Cuidados Antecipatórios na Preparação para a Alta de Crianças Internadas no serviço de Neonatologia”	436

ANEXO IX –

“Telefonema Pós-Alta” 439

ANEXO X –

“Poster – Programa de Capacitação Parental para a Alta na UCIN” 442

ANEXO XI –

“Certificado de Presença no 51º Congresso Português de Neonatologia” 444

INTRODUÇÃO

O presente relatório emerge no âmbito do Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), integrado na Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP), o qual frequentei com o objetivo de adquirir o título de especialista e o grau de mestre nesta mesma área. O mesmo insere-se na Unidade Curricular (UC) “Estágio e Relatório Final” que contempla três estágios realizados em vários contextos nomeadamente: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Atendimento Permanente Pediátrico (APP) e Cirurgia Pediátrica.

A escolha desta especialidade tão singular prende-se a vários critérios. Primeiramente, por corresponder a uma área que sempre me suscitou grande interesse e ter a aspiração em aprofundar conhecimentos e adquirir competências específicas, de modo a prestar cuidados de qualidade com segurança e atingir o maior grau de satisfação da criança e suas famílias, dando resposta às suas necessidades (Regulamento n.º 422/2018, 2018). A ambição da conquista de satisfação e realização profissional e pessoal, enquanto profissional de saúde, constituiu um critério adicional que me impulsionou a frequentar o mestrado.

A Saúde Infantil e Juvenil contempla uma área muito extensa o que a torna ainda mais desafiante. Nela, são prestados cuidados que objetivam a promoção da saúde e o bem-estar das crianças desde o seu nascimento até aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias de idade, salvo raras exceções que poderão ir além dos dezoito, chegando aos vinte e um ou vinte e cinco anos (Regulamento n.º 422/2018, 2018). No decurso deste ciclo, as crianças carecem de cuidados especializados, diferenciados e individualizados que devem ser sempre adaptados a cada etapa do seu desenvolvimento. De modo a prestar estes cuidados, surge a necessidade da aposta na formação por parte do enfermeiro, uma vez que somente uma atualização permanente permite assegurar os melhores cuidados, implementando uma prática baseada na evidência.

No término da licenciatura, iniciei funções num serviço hospitalar na área do adulto. Porém, o desejo e curiosidade face à Pediatria nunca desvaneceu pelo que continuei a

investir na minha formação direcionada para a área de saúde infantil e pediátrica. Em 2021, solicitei a minha transferência para um serviço de Pediatria e em janeiro de 2022 iniciei funções no Serviço de Cirurgia e Pneumologia Pediátrica, sendo o local de trabalho onde exerço funções atualmente. No decorrer da minha integração no serviço, foi surgindo o interesse em ingressar no Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica de modo a adquirir novos conhecimentos, novas experiências e principalmente novas competências, com o propósito de diferenciar e aperfeiçoar os meus cuidados tornando-os mais individualizados e de máxima excelência.

A investigação em enfermagem é um processo rigoroso, fulcral para a aquisição de conhecimento, que permite dar uma resposta oportuna, ponderada e baseada na ciência à criança/jovem, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006). Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o Enfermeiro Especialista (EE) possui ferramentas que o tornam um meio facilitador de aprendizagem e agente no campo da investigação, visto ser da sua competência investigar e colaborar em estudos de investigação e debater sobre os mesmos.

No decorrer do Mestrado, bem como através da partilha de experiências com os colegas de curso, descobri o modelo de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP) como sendo um modelo de internamento alternativo ao convencional (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018). Este encontra-se implementado em diversos países, contudo permanece uma realidade ainda distante em Portugal. Por conseguinte, emergiu a curiosidade e necessidade de conhecer melhor esta modalidade, a sua aplicabilidade, e também o modo como os pais e crianças a têm experienciado. Nessa sequência, elaborei com uma colega uma revisão sistemática da literatura de estudos qualitativos intitulada por “A Experiência Vivenciada pela Criança e Família no Contexto da Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Uma revisão sistemática qualitativa” que foi submetida no *Journal of Pediatric Nursing* pelo que ainda aguarda aprovação. Porém, ressalvo que o protocolo já se encontra submetido na plataforma *Open Science Framework* (OSF).

Para além da submissão do protocolo, de modo a adquirir competências de mestre, foi elaborado, exposto e apresentado um Póster no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social, com o tema “A Hospitalização Domiciliária Pediátrica – Contributo da Enfermagem na Humanização dos cuidados: um protocolo de revisão sistemática qualitativa” (Anexos I e II), cujo resumo será publicado no respetivo E-book.

Os cuidados de saúde, mais precisamente, os cuidados de enfermagem, exigem rigor técnico, científico e humano, pelo que a diferenciação e especialização dos mesmos revela-se fulcral (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Evidencia-se assim, a importância dos enfermeiros investirem na sua formação a fim de acompanharem a evolução científica, aperfeiçoarem as suas práticas e prestarem os melhores cuidados de saúde possíveis.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) detém como competências específicas: “a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p. 19192). Para alcançar as mesmas, sempre que exequível, este deve trabalhar em parceria com a criança e família, independentemente do contexto em que se encontre, de modo a promover o seu nível máximo de saúde mobilizando todos os recursos necessários.

A temática central deste trabalho prende-se com a importância do EESIP na procura do bem-estar da criança, na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável, na capacitação parental para uma prestação de cuidados de excelência e promoção de uma eventual alta precoce segura. Nesse sentido, desenvolvi a temática HDP, sendo este um modelo promissor e atrativo que promove a assistência contínua no domicílio através da prestação de cuidados especializados à criança em fase de doença aguda ou doença crónica agudizada (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018).

A Carta da Criança Hospitalizada do Instituto de Apoio à Criança (2016), defende que as crianças têm o direito de permanecer sempre junto da sua família e amigos. Tendo a hospitalização convencional um impacto negativo no bem-estar psicológico e emocional da criança, a HDP revela-se uma alternativa segura e adequada.

Para compreender melhor os processos vivenciados pela criança ao longo do seu ciclo de vida, apoiei-me essencialmente na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta define transição como sendo uma passagem de um estado ou condição para outro, que requer uma readaptação e reorganização de modo a atingir um novo equilíbrio (Meleis, 2010). Considero ser uma boa teoria de referência, uma vez que contempla diferentes processos de transição vivenciados pela criança relacionados com o seu estado de saúde, relações,

habilidades e expectativas. O EEESIP é definido como sendo um meio facilitador das transições, visto apresentar habilidades fulcrais que tornam este processo menos árduo e mais saudável (Cechinel-Peiter, et al., 2023).

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 (2018), as competências do EEESIP, concomitantemente com as competências comuns do EE, visam “prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (p. 19192). Com este relatório, pretendo espelhar de forma autêntica todo o meu percurso ao longo do estágio, bem como refletir sobre as atividades executadas que viabilizaram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEESIP. No decorrer do mesmo, relato o processo de investigação realizado que considero essencial para a obtenção de Competências Gerais imprescindíveis para o alcance do grau de mestre.

O relatório encontra-se dividido em dois capítulos principais, sendo que no primeiro capítulo exponho a fundamentação teórica da temática elegida, apresentando de forma sucinta o conceito da HDP e como surgiu em Portugal. Abordo também a importância da humanização dos cuidados e, posteriormente, exponho alguns dos resultados da revisão sistemática da literatura de estudos qualitativos elaborada em parceria com outra colega, encontrando-se já submetida para publicação, como referido anteriormente. No segundo capítulo, apresento uma reflexão onde relato o meu percurso no decorrer dos três estágios desenvolvidos. Este divide-se em três subcapítulos que correspondem aos três contextos distintos de estágio.

Por último, apresento uma breve conclusão onde estão contempladas as considerações finais, os objetivos alcançados, as competências adquiridas e desenvolvidas através das atividades implementadas, implicações futuras na minha prática e algumas sugestões de continuidade que considero pertinente ressaltar. No seu término, exponho as referências bibliográficas às quais recorri para a elaboração do relatório. Apresento ainda alguns anexos que se revelaram fulcrais para o seu desenvolvimento e os apêndices que correspondem a trabalhos realizados no decorrer do estágio.

Face à elaboração do Relatório, foram seguidas as indicações do “Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”” (Rabais et al., 2023) respeitando as normas de referência da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição.

1. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

O alcance da qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem é uma preocupação constante dos enfermeiros. Nesse âmbito, é essencial deterem de conhecimento teórico para fundamentar as suas práticas clínicas e refletir criticamente sobre as mesmas de modo a alcançar a sua primazia (OE, 2011).

Para prestar cuidados de excelência, o enfermeiro deve apostar na formação ao longo de todo o seu percurso profissional, pelo que o investimento deve permanecer uma preocupação constante. Na área de Saúde Infantil e Pediátrica, trabalhar em parceria com os pais é uma prática de máxima relevância que deve ser implementada sempre que exequível, sendo que viabiliza o alcance dos melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa et al., 2023).

1.1. O conceito de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

A hospitalização concerne em uma das primeiras crises vivenciadas pela criança, geradora de stress tanto para os pais como para a própria criança, sendo a sua repercussão uma preocupação crescente da atualidade. O internamento hospitalar obriga à transição de um ambiente familiar para outro totalmente desconhecido, algo que se revela potencialmente traumático para a criança e para a sua família. Perante o descrito, surgiu a necessidade de investigar alternativas equitativamente seguras que permitam manter a criança no conforto do seu seio familiar e em segurança, assegurando sempre cuidados de qualidade, especializados, individualizados e o mais humanizados possível. Deste modo, surgiu um novo conceito de Hospitalização, apresentando-se como uma alternativa inovadora ao internamento hospitalar convencional, a HDP (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018).

Esta corresponde a um modelo de internamento que visa promover o bem-estar da criança, através da prestação de todos os cuidados necessários num ambiente mais humanizado, junto da família (Cabrera López et al., 2022). A sua aplicabilidade permite dissipar o medo do desconhecido da criança e prevenir eventuais traumas disputados pelo ambiente hospitalar tradicional, descrito como hostil, assustador, sombrio e silencioso (Tavares, 2011). A HDP viabiliza a prestação de cuidados equitativos e equiparáveis aos

cuidados prestados em ambiente hospitalar comum com a vantagem de tornar os cuidados mais humanizados (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018). Através da mesma, é possível manter a criança no seu ambiente social e familiar sendo estes fatores propícios para uma recuperação mais rápida e saudável que permitem dissipar o impacto negativo da experiência de um internamento hospitalar convencional.

O conceito “*the hospital-based homecare*” foi criado em 1947 por Martin Cherkasky, presidente do Hospital de Montefiore que considerava desumano separar o ser humano do seu meio envolvente. Este defendia ainda que, para alcançar uma prestação de cuidados de saúde de excelência, era fundamental o enfermeiro conhecer todas as vertentes inerentes ao doente, nomeadamente a sua família e rotina de vida diária (Barondess, 1999).

O avanço e desenvolvimento das tecnologias e sistemas de comunicação permitiu a criação da telemedicina como complemento à HDP (Holm et al., 2019). A sua implementação visa a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da sua qualidade e a redução dos custos de internamento (Pinto et al., 2022). A sua aplicabilidade, viabiliza altas precoces a crianças que se encontram clinicamente estáveis, mantendo o acompanhamento à distância (Holm et al., 2019).

Porém, Ayatollahi et al. (2016) realizaram um estudo que evidencia o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde perante a telemedicina devido às barreiras inerentes à sua implementação, nomeadamente a falta de familiaridade com o conceito, a forma de estabelecer relações terapêuticas à distância, dificuldade no manuseamento do *software*, questões financeiras, nível de segurança e proteção de dados e diferenças culturais/contexto geográfico (Pinto et al., 2022).

Posto isto, a formação por parte dos profissionais de saúde revela-se imprescindível face à inovação constante nesta nova era onde se integra o sector da saúde. Este investimento, permite uma prestação de cuidados de qualidade atualizados, baseados na evidência e, conseqüentemente, um melhor seguimento por parte do profissional que acompanha a evolução. Desta forma, evidencia-se a importância da aquisição de novos conhecimentos e competências, de modo a dar resposta às necessidades da população com a prestação dos melhores cuidados de saúde possíveis, salvaguardando a acessibilidade e a equidade ao mesmos e, conseqüentemente, atingir a sua globalização (Pinto et al., 2022).

1.2. A Humanização dos Cuidados de Saúde

A humanização dos cuidados é uma preocupação constante do EEESIP em todos os processos de saúde-doença, pelo que todas as respostas emocionais da criança devem ser valorizadas. Para tal, revela-se fulcral adotar uma abordagem holística, ética e culturalmente sensível de modo a desenvolver um olhar mais aberto e, conseqüentemente, compreender a personalidade da criança bem como as vertentes que a influenciam (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011), o EEESIP apresenta como principal missão prestar cuidados avançados com segurança e competência à criança/jovem, promover educação para a saúde e identificar os recursos humanos aos quais pode recorrer como suporte para a criança. Sempre que praticável, o mesmo deve trabalhar em parceria com a criança e respetiva família independentemente do contexto onde se encontre, pelo que o seu principal foco será sempre a promoção do mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O meu percurso formativo foi sustentado por conceções teóricas como os Cuidados Centrados na Família (CCF), a filosofia dos Cuidados Atraumáticos e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Um dos alicerces da filosofia dos cuidados de enfermagem na Pediatria são os CCF que estão integrados numa conceção onde as necessidades da criança e da sua família são centrais em todo o processo. Os mesmos detêm como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento (*empowerment*) para uma parceria de cuidados mais eficaz. A sua promoção viabiliza a prestação de cuidados mais humanizados, capazes de enfrentar as adversidades provenientes da hospitalização, atendendo a família ser uma constante na vida da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

O internamento hospitalar consiste numa transição saúde-doença. Esta é definida como uma das transições que mais perturba a família e a própria criança, originando alterações na dinâmica familiar que habitualmente têm um impacto negativo no desenvolvimento da criança (Carvalhais, et al., 2022). Contudo, a negociação dos cuidados entre os enfermeiros e os pais favorece o alcance dos objetivos terapêuticos e atenua o eventual impacto gerado pela doença (Sousa, et al., 2023)

Meleis (2010), define transição como uma alteração que surge numa fase da vida do ser humano que desencadeia uma mudança que acarreta repercussões importantes a nível do bem-estar físico e psíquico da criança e mudanças psicoemocionais na dinâmica familiar da mesma (Carvalhais, et al., 2022).

A família é um sistema aberto composto por diversos elementos que interagem entre si, pelo que o surgimento de qualquer adversidade causa um desequilíbrio no sistema que desencadeia a necessidade de reestabelecer esse equilíbrio (Figueiredo, 2012). Visto o enfermeiro ser o profissional de saúde que mais tempo dedica à criança no decurso do seu internamento hospitalar, este tem o dever de identificar os momentos de transição e analisá-los para, posteriormente, intervir e agir como agente facilitador para que esta decorra de forma saudável e seja o menos traumática possível (Cechinel-Peiter, et al., 2023).

Sendo o hospital caracterizado como um local hostil e assustador onde as crianças são invadidas pelo medo, torna-se extremamente importante envolver os pais nos cuidados permitindo assim reduzir o stress e a ansiedade dos mesmos e, conseqüentemente, da criança (Tavares, 2011).

Os cuidados atraumáticos em Pediatria são fundamentais para a prestação de cuidados de excelência do EEESIP. Este acarreta competências essenciais para atender à gestão emocional da criança da forma menos impactante possível. A sua implementação possibilita a dissipação ou redução significativa do sofrimento físico e/ou psicológico vivenciado pela criança e sua família desencadeado pelos procedimentos dolorosos.

Os cuidados atraumáticos regem-se essencialmente por três princípios que vão ao encontro do objetivo primordial da sua implementação, não causar dano, sendo eles: (1) prevenir ou minimizar o impacto da separação da criança e sua família, (2) promover uma sensação de controlo de cada situação, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor resultantes de procedimentos dolorosos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 (2018), o EEESIP cuida da criança em situações de especial complexidade pelo que é da sua competência aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. Deste modo, torna-se indispensável o EEESIP dominar os cuidados atraumáticos a fim de gerir de forma diferenciada a dor e promover o bem-estar da criança otimizando a sua resposta.

A criação de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e os pais da criança hospitalizada permite, além da implementação de cuidados mais humanizados, obter a sua cooperação. Através do empoderamento dos pais, da sua capacitação, da realização de ensinamentos aos mesmos e da sua integração no plano de cuidados ao seu filho, torna-se viável incorporar uma alta precoce da criança para o domicílio com segurança.

Esta é descrita como uma transição dos cuidados hospitalares para o domicílio, onde os pais asseguram a continuidade e coordenação dos mesmos. A sua inclusão nos cuidados desde o dia da admissão é essencial para os preparar para o processo de alta e permitir que a transição decorra de forma segura (Araújo et al., 2023).

Ao longo do internamento da criança, o enfermeiro tem o dever de orientar, instruir e supervisionar a família na continuidade dos cuidados, de modo a despistar possíveis dúvidas e reduzir o risco de readmissão da criança ou reinternamentos desnecessários. A transmissão de informação menos clara e não adaptada ao grau de literacia dos pais, pode desencadear um maior risco de complicações e de reinternamentos (Araújo et al., 2023).

Segundo Araújo et al. (2023), uma alta hospitalar devidamente programada e qualificada permite reduzir o número de infeções, empoderar os pais no cuidar dos seus filhos, minimizar o stress e sofrimento desencadeado pelo retorno ao hospital e reduzir significativamente os custos hospitalares gerados pelo reinternamento.

1.3. Hospitalização Domiciliária Pediátrica em Portugal

O Instituto de Apoio à Criança (2016) preconiza que a criança permaneça no hospital somente quando “os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (p.6). Durante muitos anos, a família era contemplada de forma fragmentada, onde o enfermeiro focava todos os seus cuidados centrados no doente, menosprezando os restantes elementos envolventes (Figueiredo, 2009).

No decorrer dos últimos anos, os cuidados de saúde prestados à criança têm evoluído de uma forma bastante positiva tomando um diferente rumo. Presentemente, os enfermeiros encontram-se cada vez mais cientes da importância do forte vínculo de ligação existente entre a criança e a sua família, pelo que é adotada uma visão mais ampla, valorizando todos os sistemas que a envolve (Apolinário, 2012).

A assistência domiciliária, em articulação com os hospitais, destinava-se, numa fase inicial, apenas aos idosos. Todavia, em 1973, este conceito alastrou-se para uma faixa

etária mais jovem. Tal viabilizou a implementação de cuidados mais humanizados e individualizados, mantendo a criança no seu seio familiar (Mendes, 2001).

A procura pela modernização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e promoção de um SNS mais próximo da população desencadeou, em Portugal, o interesse pela Hospitalização Domiciliária (HD). Este modelo assegura uma assistência contínua e coordenada aos cidadãos mantendo-os em casa. No entanto, o mesmo requer o cumprimento de alguns critérios, nomeadamente critérios clínicos, geográficos e sociais que possibilitem a sua implementação (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018).

A prestação de cuidados no domicílio viabiliza a sua humanização e participação ativa das famílias. Esta realidade permite a prestação de cuidados individualizados e personalizados de acordo com as necessidades e recursos que cada um apresenta (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018).

A HDP foi implementada em Portugal pela primeira vez em 2021 na Região Centro de Portugal, mais precisamente na Unidade Hospitalar de Torres Novas. A mesma foi criada com o intuito de manter a criança junto da sua família, evitando alterações na dinâmica familiar nefastas para a criança. Os cuidados eram prestados por uma equipa multidisciplinar da unidade após uma avaliação minuciosa de cada caso. O internamento no domicílio dependia da avaliação de critérios clínicos muito específicos, estipulados previamente, que salvaguardavam a segurança clínica da criança e a segurança assistencial dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2024).

Em 2023, surgiu a HDP num hospital público da região da grande Lisboa onde, juntamente com a minha colega de mestrado, tive a oportunidade de acompanhar a equipa multidisciplinar em algumas visitas domiciliárias ao longo de três dias, no âmbito do trabalho de mestrado desenvolvido.

Ao longo desse período, foi possível consultar e analisar o Projeto da equipa e conhecer todo o processo em vigor desde a admissão da criança até à sua alta clínica. A Unidade de HDP deste hospital foi criada com o intuito de promover uma alta hospitalar precoce, a fim de otimizar as vagas hospitalares reduzindo o número de infeções nosocomiais e prestar cuidados mais humanizados. Este projeto destina-se especialmente a Recém-Nascidos (RN), crianças e jovens doentes com patologia aguda ou crónica agudizada, desde que elegível de acordo com os critérios previamente definidos. Cada

caso é previamente estudado de forma detalhada antes da tomada de qualquer decisão (Equipa de Projeto para a Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica, 2023).

Primeiramente, é ponderada a viabilidade do internamento no domicílio pela equipa, certificando que a criança/ jovem e família se enquadram nos critérios de inclusão determinados. Em seguida, através do preenchimento de uma Lista de Verificação, é confirmada a exequibilidade da implementação do modelo de HDP. Posteriormente, encontrando-se reunidos todos os critérios, esta alternativa é apresentada aos pais/cuidadores, sendo necessário o seu consentimento e a sua colaboração para efetivar a sua aplicação. No decorrer da HDP, caso a família demonstre abertura, em situações particulares de fim de vida de doença crónica agudizada, ou em caso de agravamento do estado clínico em que a equipa considere que a criança deixou de reunir condições para permanecer no domicílio, esta poderá ser novamente transferida para o hospital.

Ao longo desta experiência de três dias foi possível comprovar que o domicílio é indubitavelmente um ambiente terapêutico promotor da saúde e bem-estar de qualquer criança. A felicidade transmitida pela mesma em permanecer junto dos seus pais e irmãos no seu meio familiar e conforto é indescritível. Verifiquei igualmente que todos os cuidados são assegurados com a máxima qualidade e excelência. Assisti a alguns procedimentos invasivos realizados no domicílio. Contudo, descontraidamente a criança recorre a objetos familiares e de conforto, o que permite minimizar a sua ansiedade e, conseqüentemente, favorecer a sua colaboração com a equipa.

O acompanhamento da criança é assegurado 24 horas por dia, visto a equipa realizar cerca de três visitas domiciliárias por criança ao longo do período diurno. Estas são executadas habitualmente por um enfermeiro e um médico que na viatura transportam uma garrafa portátil de oxigénio, juntamente com todos os materiais necessários para o seu transporte em segurança, uma mala refrigerada ligada ao automóvel para conservar colheitas e assegurar o seu transporte seguro até ao hospital, uma mala de reanimação com um Ressuscitador Manual de silicone com reservatório com diferentes interfaces, um contentor de lixos, um monitor para avaliação cardiorrespiratória e tensão arterial com braçadeiras de diferentes tamanhos, desinfetante de pele e superfícies, equipamento de proteção individual como máscaras, luvas e batas e uma balança portátil. Transportam consigo uma mala impermeável de fácil desinfeção onde colocam material como estetoscópio, tesoura, compressas, tubos de colheitas, kits para algaliação e para entubação nasogástrica, balões de soro, sistemas e torneiras e um cortoperfurante portátil.

Quando necessário, transportam ainda uma bomba de perfusão caso alguma criança necessite de cumprir antibioterapia endovenosa. Todos os dias é preparada a terapêutica para cada criança e transportada numa pequena mala. A equipa faz-se igualmente acompanhar por uma ficha em formato papel onde constam alguns dados da criança, nomeadamente a data de admissão, a sua identificação (nome, idade e data de nascimento), morada, nome do cuidador, número de telemóvel do último, diagnóstico clínico, antecedentes pessoais e outros dados de igual relevância como eventuais alergias ou alertas a ter em atenção no decorrer da visita. Este suporte informativo revela-se de extrema importância ficando nele registado todo o histórico de evolução da criança em cada contacto/visita realizada alertando para todos os fatores relevantes a ter em consideração e que podem influenciar a recuperação da criança.

No período noturno, permanece um enfermeiro do serviço de Pediatria da Instituição responsável para atender qualquer contacto telefónico que a família necessite. Na concretização desse contacto, o enfermeiro deverá procurar ajudar, esclarecer as dúvidas e, no surgimento de alguma situação à qual não consiga dar resposta, irá consultar o médico de urgência interna que, por sua vez, realizará um aconselhamento telefónico diretamente com a família.

De modo a melhorar os cuidados prestados no domicílio, após confirmação e aceitação da HDP por parte dos pais, é entregue a cada família um questionário com vista a compreender quais as suas expectativas sobre este modelo de internamento. No término do mesmo, é entregue um novo questionário de forma a perceber a satisfação dos pais em relação ao desenvolvimento dos cuidados prestados, se estes foram ao encontro do esperado e qual a opinião sobre a experiência desta modalidade. Esta prática permite ao enfermeiro e restante equipa, obterem uma visão real da opinião dos pais sobre este modelo de internamento e, deste modo, melhorarem os pontos destacados pelos pais como menos positivos.

Sendo uma modalidade ainda pouco aplicada em Portugal, revela-se importante os profissionais de saúde irem-se familiarizando com este modelo investindo na formação para a aquisição de novos conhecimentos e, conseqüentemente, de novas temáticas que vão surgindo na sequência da modernização e inovação na procura da excelência na prestação dos cuidados de saúde.

1.4. Processo de Transição do Hospital para o Domicílio em Contexto de HDP

Segundo a Norma n.º 020/2018 (Direção-Geral da Saúde, 2018), a HD concerne num modelo de internamento onde os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar no domicílio, abrangendo todos os doentes com doença aguda ou doença crónica agudizada. A assistência é garantida 24 horas por dia, independentemente do contexto onde se encontra o doente. Este conceito foi criado para definir a HD em idade adulta. Porém, não existindo um conceito dirigido para a idade pediátrica, este foi considerado transversal a todas as faixas etárias incluindo, deste modo, grupos de crianças e jovens.

No âmbito do mestrado, realizei em parceria com uma colega uma Revisão Sistemática da Literatura com o objetivo de analisar as experiências da criança e família internada no domicílio ou em qualquer outro local onde a criança resida (Pinheiro, et al., 2024).

O Protocolo da Revisão de Literatura Qualitativa elaborado foi registado na OSF pelo que o artigo se encontra em processo de publicação na *Journal of Pediatric Nursing* (Pinheiro, et al., 2024) (Anexo III).

A revisão foi elaborada de acordo com as normas de execução de revisões sistemáticas de estudos qualitativos da *Joanna Briggs Institute*. Numa fase inicial, foi realizada uma pesquisa na PROSPERO, OSF, MEDLINE, CINAHL, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, INPLASY, *Zenodo* e *Joanna Brings Evidence Synthesis* onde verificámos a existência de um protocolo de *Scoping Review* registado em setembro de 2022. Posto isto, e de modo a preservar a temática elegida por ambas, dirigimos a nossa pesquisa para as experiências vivenciadas pela criança e família que já experienciaram a HDP.

De modo a atingir o objetivo delineado, foram incluídos todos os estudos que investigaram as vivências, perceções, perspetivas, desafios, sentimentos, crenças e pensamentos da criança e sua família que vivenciaram um processo de transição saúde-doença no domicílio (Pinheiro, et al., 2024).

Para representar os resultados obtidos, no decorrer da análise e seleção de artigos, foi criado um diagrama denominado de *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) o qual permite identificar as bases de dados utilizadas, bem como o número de artigos encontrados. Foi realizada uma primeira triagem dos artigos através da análise do título e seguidamente do seu resumo. De modo a avaliar a elegibilidade dos restantes, todos os artigos selecionados foram analisados na sua íntegra.

Posteriormente, alguns foram excluídos por estarem duplicados e outros por não apresentarem os critérios de inclusão previamente delineados. No término da análise, restaram dezassete artigos para a revisão sendo que, após análise das referências bibliográficas dos mesmos, foi incluído mais um artigo, perfazendo um total de dezoito artigos. Após a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos foram excluídos dois artigos, pelo que no final foram incluídos dezasseis artigos (Pinheiro et al., 2024).

A análise dos artigos selecionados para a elaboração do trabalho, revela que a maioria dos estudos foi realizada no continente europeu, o que evidencia a progressão e aposta que se tem realizado no sector da saúde (Pinheiro et al., 2024).

No final da pesquisa, destacaram-se vários pontos considerados fulcrais na HDP comprovados pelas experiências descritas pelos pais e crianças que o vivenciaram. Para uma melhor análise e interpretação dos resultados, as autoras dividiram-nos em cinco categorias relacionadas com a utilização de tecnologia de informação e telemedicina em saúde e com as crianças e famílias, dando enfoque às vivências e relações experienciadas com os profissionais de saúde proporcionadas através deste novo modelo de cuidados (Pinheiro, et al., 2024).

Qualquer processo de transição para o domicílio deve ser previamente ponderado e planeado com o máximo rigor, analisando todas as condicionantes e benefícios, com vista a garantir a excelência dos cuidados prestados, nunca comprometendo o bem-estar e segurança da criança.

Para a consecução de cuidados de qualidade e excelência à criança e prestação de CCF, é fulcral garantir o respeito, dignidade, partilha de informação, participação e colaboração da mesma (Holm et al., 2019). Através da aplicação deste modelo, o enfermeiro viabiliza uma transição saudável e segura do hospital para o domicílio.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo dispõe na companhia da criança, torna-se indispensável para este compreender as suas experiências e vivências a fim de prestar os melhores cuidados e o mais humanizados possível considerando a sua história e o seu meio (Aasen et al., 2019).

A HDP desencadeou, não só a criação de novos modelos de internamento, como também viabilizou altas precoces seguras de RN's e crianças sempre que o acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar se mantenha assegurado e a situação clínica assim o permitir.

Denota-se que a articulação entre a família, a equipa hospitalar e a comunidade é um fator imprescindível para garantir a continuidade de cuidados em segurança. Este cuidado e acompanhamento multiprofissional permite amenizar o medo, ansiedade e *stress* vivenciado pelos pais que, no domicílio, adquirem uma maior responsabilidade inerente aos cuidados à sua criança (Castor et al., 2018).

Segundo Hagi-Pedersen et al. (2021), o internamento dos RN's desencadeia insegurança por parte dos pais comprometendo, por vezes, a criação do vínculo afetivo entre os pais e o RN. A transição precoce para o domicílio permite o fortalecimento do vínculo familiar e uma sensação de maior confiança por parte dos pais. Contudo, impõe-se um acompanhamento contínuo e uma boa preparação para a alta se concretizar de forma segura e sem intercorrências, sendo os desafios correlacionados com a alta precoce igualmente mais elevados.

Destaca-se ainda a ansiedade dos pais que agem frequentemente como porta-voz das crianças devido à urgência em obter informações. O EEESIP detém conhecimentos e ferramentas fundamentais que permitem integrar tanto os pais como as crianças nos cuidados, de forma a tranquilizá-los e conseqüentemente obter a sua colaboração. O incentivo à comunicação permite promover a autonomia e participação da criança tornando-a um sujeito ativo na prestação dos cuidados (Mougel, 2021).

No que concerne ao RN mais vulnerável, a incerteza dos cuidados e preocupação dos pais foi reduzindo ao longo do internamento. Porém, realçam que foi no domicílio que se sentiram pais pela primeira vez, sentindo uma maior responsabilidade mas, ao mesmo tempo, uma maior sensação de liberdade e satisfação por prestarem os cuidados autonomamente ao seu filho (Holm et al., 2019 & Jerntorp et al., 2021).

As crianças portadoras de cancro descreveram o internamento no domicílio como amenizador da sintomatologia e redutor de tensão e stress, suscitando-lhes uma maior sensação de alívio (Hansson et al., 2012)

A permanência no domicílio viabilizou um maior equilíbrio familiar, evitando a necessidade de reajustes de rotinas e definição de papéis que um internamento convencional traz (Leite et al., 2022). Ressalva-se a importância da presença dos irmãos e animais de estimação no decorrer do internamento no domicílio. A presença dos últimos foi considerada de grande relevância para o processo de recuperação da criança (Castor et al., 2018).

Muitos dos fatores descritos como menos positivos no internamento convencional, foram dissipados pela HDP. Este último modelo, permite manter a criança no seu ambiente de conforto, onde se sente segura, rodeada de pessoas que lhes são familiares, algo que possibilitou manter o seu padrão de sono e apetite (Castor et al., 2019). Através do mesmo, os pais têm a possibilidade de gerir a sua vida pessoal e familiar com maior flexibilidade sendo que, no internamento convencional, a necessidade de reajuste da rotina familiar, era um dos seus maiores transtornos (Aasen et al., 2019; Flon et al., 2021). A HDP veio assegurar uma maior qualidade de vida evitando o acrescido dispêndio de tempo e energia, tanto a nível físico como psicológico, salvaguardando um cuidado holístico (Castor et al., 2019; Flon et al., 2021; Hansson et al., 2012; Jerntorp et al., 2021).

Leite et al. (2022), relatam a inexperiência dos profissionais de saúde em lidar com crianças em casa como fator negativo. De acordo com os mesmos, é de extrema importância apostar na formação e no desenvolvimento de conhecimentos, de modo a torná-los mais especializados para implementar práticas de qualidade baseadas na evidência. Este cuidado é relatado como fulcral não só para os pais como também para a própria criança (Flon et al., 2021).

A segurança dos profissionais de saúde adquirida pelo conhecimento e experiência, promove nos pais sensações de alívio, maior confiança, motivação e reduz os fatores de stress correlacionados com a hospitalização (Aasen et al., 2019). Somente o empoderamento e capacitação parental adequado proporciona uma transição para o domicílio saudável e segura (Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019).

Os cuidados prestados no domicílio foram destacados como mais individualizados. A criança evidencia ainda que se sente ouvida e respeitada, pelo que adquiriu voz ativa nos cuidados que lhe são prestados (Aasen et al., 2019; Holm et al., 2019; Jerntorp et al., 2021).

O surgimento da telemedicina proporcionou uma maior segurança e qualidade nos cuidados prestados à criança e família em HDP. Esta viabilizou uma articulação à distância e a qualquer momento com a equipa de saúde (Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019).

A disponibilidade e aproximação que as novas tecnologias geraram entre a equipa e os pais, desencadearam sentimentos de maior tranquilidade e satisfação. Os pais relatam que, apesar de muitas vezes tentarem resolver os problemas mais simples por conta

própria, a possibilidade de contactar a equipa a qualquer hora reduz os seus medos e aumenta a sensação de segurança (Hägi-Pedersen et al., 2021).

No término da revisão, foi possível evidenciar que a articulação entre a HDP e a telemedicina desencadeia sensações de maior segurança nos pais, proporcionando-lhes uma sensação de conforto e uma transição do hospital para casa mais saudável e progressiva, garantindo assim cuidados mais humanizados (Young et al., 2006).

2. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO

O Estágio decorreu em três contextos diferentes, contemplando no total 360 horas de contacto exigidas para o MEESIP. Neste capítulo, enuncio o objetivo geral e transversal delineado para a UC e, em cada módulo, os respetivos objetivos específicos, as atividades desenvolvidas de modo a alcançá-los e as competências comuns do EE e específicas do EEESIP adquiridas e desenvolvidas.

As atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas nos três contextos de estágio possibilitaram o alcance de uma maior diferenciação e especialização na área com o propósito de obter o grau de mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Deste modo, ao longo desta análise, são apresentadas todas as competências comuns de EE, competências específicas do EEESIP adquiridas e também realçadas algumas das competências de mestre alcançadas nos diferentes contextos.

O meu Objetivo Geral manteve-se transversal a todos os campos de estágio sendo este, **“Adquirir conhecimentos e competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família”**. Para o seu alcance, em cada contexto, realizei um Projeto de Estágio identificando o diagnóstico de situação em cada um deles (Apêndice I, II, III). Seguidamente, delineei diferentes objetivos específicos tendo em consideração o Objetivo Geral, as necessidades de cada serviço e a temática desenvolvida ao longo do mestrado. No final, recorri a indicadores de avaliação, nomeadamente indicadores de estrutura, processo, resultado e impacto, de modo a analisar a efetividade de cada atividade desenvolvida integrada em cada objetivo específico. Em cada campo de estágio, prestei sempre cuidados humanizados à criança/jovem e família, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento profissional.

Nos diversos contextos, divulguei a temática HDP adotando diferentes estratégias em cada um deles. Posteriormente, realizei uma reflexão sobre as principais conclusões obtidas após o término de cada sessão apresentada, realçando a importância do percurso

formativo na prática clínica para o desenvolvimento de competências nesta área tão particular. Esta conduta, permitiu-me alcançar competências de mestre relativas à capacidade de comunicar informações e conclusões baseadas em conhecimentos adquiridos e raciocínios obtidos, a colegas especialistas e não especialistas de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 63, 2016, p. 3174).

Ao longo deste capítulo, irei ainda explicar as diferentes oportunidades e experiências vivenciadas que me permitiram crescer tanto a nível pessoal como profissional.

Sendo a Pediatria uma área singular, inigualável e a minha experiência ainda diminuta, completando apenas dois anos de serviço na área da Pediatria, a pesquisa bibliográfica e a consulta dos documentos normativos existentes em cada serviço e adaptados a cada local de estágio foram cruciais para a minha prestação de cuidados e para a elaboração deste trabalho. Somente desta forma se tornou viável atingir competências de mestre relativas à capacidade de integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções e emitir juízos (Decreto-Lei n.º 63, 2016, p. 3174). Recorri ainda de forma intensiva ao Regulamento de Competências Comuns do EE (Anexo IV) e ao Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (Anexo V) que se revelou fundamental.

Em cada contexto de estágio, como referido anteriormente, difundi a temática de mestrado desenvolvida, desmistificando algumas ideias e sensibilizando a equipa para a importância da humanização dos cuidados, bem como para a capacitação e empoderamento dos pais desde o primeiro contacto. Apresentei este recente modelo de internamento como alternativa ao internamento convencional, exemplificando a sua atual aplicabilidade em Portugal e demonstrando todo o seu potencial de crescimento. Em junho de 2023, tive a oportunidade, com a colega com a qual desenvolvi a temática, de acompanhar a equipa de HDP do único hospital da região de Lisboa que atualmente integra esta modalidade, quando exequível (Anexo VI). Considero ter sido um momento imprescindível para o desenvolvimento do domínio da investigação considerado fulcral para a aquisição de grau de mestre, uma vez que me permitiu vivenciar uma nova aprendizagem na qual foi possível integrar novos conhecimentos, lidar com questões complexas e refletir sobre esta prática tão pouco comum em Portugal, mas com um potencial inigualável.

2.1.Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O meu primeiro estágio decorreu na UCIN de um hospital público da região da Grande Lisboa, tendo a duração de cinco semanas, correspondendo a 120 horas de contacto direto com o local.

Esta unidade encontra-se repartida em duas áreas distintas, a área assistencial e a área de apoio, onde são prestados cuidados ao RN até aos 28 dias de vida. Apesar das vagas existentes, por motivos alheios à direção da UCIN, na ocasião do meu estágio as mesmas encontravam-se reduzidas, bem como a equipa de enfermagem.

A UCIN é composta por enfermeiros generalistas e especialistas na área de saúde infantil e pediátrica e de reabilitação, que trabalham por turnos rotativos. O método de trabalho implementado na Unidade é o de enfermeiro de referência, sendo este o método que promove um acompanhamento personalizado e individualizado, por intermédio do qual são assegurados pilares como apoio, confiança, respeito e empatia estabelecida entre a equipa e a família (Rego & Coelho, 2016).

Este estágio foi o mais desafiante e gratificante devido à sua especificidade, complexidade e também à minha imperícia na área. De modo a dissipar as minhas inseguranças, receios e algum desconhecimento, recorri a diversos indicadores de estrutura, nomeadamente bases de dados, onde realizei uma pesquisa bibliográfica intensiva visando adquirir conhecimentos e promover o meu desenvolvimento profissional e pessoal. A mesma permitiu-me compreender procedimentos específicos realizados na Unidade e obter um pensamento mais crítico e reflexivo sobre cada cuidado executado. Saber aplicar conhecimentos e deter a capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas, independentemente dos contextos, é determinante para o alcance do grau de mestre, pelo que me dediquei arduamente na pesquisa e na compreensão de cada procedimento observado.

A UCIN apresenta-se como um serviço singular com inúmeras particularidades, pelo que aproveitei todas as oportunidades que foram surgindo de forma a vivenciar novas experiências e promover o meu processo de aprendizagem, tendo em conta os meus conhecimentos e aplicando sempre a minha prática baseada na evidência científica. Deste modo, como indicadores de impacto alcançados, destaco o desenvolvimento das competências específicas: “E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”, “E2.2.1. Aplica

conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, “E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.”, “E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

O nascimento de um RN e o processo de transição para a parentalidade revelam-se um grande desafio para os pais, sendo que este acontecimento os torna mais vulneráveis (Engenheiro & Carvalho, 2019).

O RN prematuro necessita correntemente de um internamento na UCIN, carecendo por vezes do recurso a altas tecnologias. Esta necessidade desencadeia por parte dos pais medo, receio e compromisso do processo natural de vinculação originado pelo ambiente intimidativo causado pela própria unidade. Estas situações geram frequentemente sofrimento, sentimentos de inutilidade e incapacidade por parte dos pais que veem o seu RN frágil e dependente de cuidados especializados. Por conseguinte, como futura EEESIP, empenhei-me em ajudar os pais a combater estes sentimentos e inseguranças e desmistificar alguns mitos perante a UCIN através da elucidação de cada procedimento. Desta forma, foi possível promover a aceitação e sua capacitação na prestação de cuidados ao RN atenuando o medo existente.

Segundo a OE é da competência do EEESIP promover o crescimento e desenvolvimento da criança com orientação antecipatória às famílias, de modo a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Assim sendo, promovi, sempre que oportuno, o envolvimento dos pais e restante família na prestação dos cuidados, sendo este um cuidado considerado essencial para o enfermeiro no âmbito do empoderamento parental. Com esta postura, foi possível conquistar a competência específica “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (Regulamento n.º422/2018, 2018, p. 19193).

Após um primeiro diálogo com a minha enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe da UCIN, tendo em atenção a temática de estudo do mestrado, destaquei no serviço duas necessidades nas quais tive a oportunidade de trabalhar grandiosamente. A primeira, relaciona-se com a carência de um suporte informativo para os pais sobre os procedimentos praticados e algumas dúvidas recorrentes no decorrer do internamento do

seu RN. A fim de colmatar esta necessidade, recorri a indicadores de processo através da elaboração de um guia de capacitação parental para a alta, baseado num programa já concebido pela equipa de enfermagem. A segunda necessidade, debruça-se sob o tema da HDP e o desconhecimento da equipa sobre a sua existência, viabilidade e aplicabilidade, pelo que executei uma sessão formativa com o propósito de divulgar o modelo e explanar o seu interesse, bem como todas as vantagens que a mesma aporta, tanto para pais como crianças.

No decorrer do estágio, e após desvendar o diagnóstico da situação, delineei como primeiro objetivo específico **“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e sua família para a maximização da sua saúde e promoção do desenvolvimento infantil”**.

Nesta unidade são implementados Cuidados Centrados na Família (CCF), sendo esta uma conceção do cuidar pediátrico que permite dar resposta às necessidades da criança e sua família. Esta prática é baseada na evidência e tem como intuito proporcionar alívio do sofrimento e promover o bem-estar da criança e família (Apolinário, 2012).

A implementação dos CCF traz inúmeros benefícios tanto para o RN como para a própria família. No que concerne ao RN, proporciona, a curto prazo, a redução do tempo de internamento, previne reinternamentos hospitalares e promove a vinculação entre RN-pais, oferecendo uma maior estabilidade neurológica, segurança e alívio da dor e desconforto. A longo prazo, viabiliza um desenvolvimento físico, comportamental, neurológico e cognitivo positivos. À família, promove o bem-estar emocional, melhoria da autoestima, independência e sensação de controlo, o que reduz o stress parental causado pelo internamento na UCIN (Fonseca et al., 2019).

Ao longo das cinco semanas, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN para a maximização da sua saúde através da implementação do Modelo de Cuidados de Desenvolvimento Integrativo Neonatal. Com a sua aplicação, preservei o bem-estar físico e mental do RN prevenindo patologias associadas a uma vivência de cuidados traumáticos precoce. Este modelo rege-se essencialmente por sete medidas centrais neuroprotetoras que promovem o desenvolvimento centrado na família do RN prematuro, ao nível neurológico, cognitivo, motor e social sendo elas: ambiente terapêutico, parceria de cuidados com a família, o posicionamento do RN e sua

manipulação, minimização de fatores de stress e dor, promoção do sono, proteção da pele e otimização da nutrição (Altimier & Raylene, 2013).

Devido à imaturidade neurológica, fragilidade e hipotonia do RN, este tende a adotar uma postura corporal de extensão, comprometendo a autorregulação e, conseqüentemente, potenciando o surgimento de distúrbios do tónus muscular, atraso no controlo postural e défice de coordenação motora. De forma a contrariar essas situações, preconizei sempre a implementação dos fatores neuroprotetores.

A incubadora tem como função substituir o útero materno. Porém, nesta transição, o RN perde o seu espaço de conforto natural o que causa insegurança, desconforto e irritabilidade, desencadeando uma maior atividade motora e, conseqüentemente, um maior gasto energético. De modo a contrariar este desconforto, apliquei a contenção do RN através do “ninho” com recurso a “rolinhos”, mantendo a simetria corporal e a flexão dos membros, sendo esta a posição promotora do desenvolvimento neurocomportamental que promove o melhor equilíbrio muscular e uma movimentação harmoniosa.

Através destas práticas, ou seja, dos indicadores de processo descritos, alcancei indicadores de impacto refletidos nas competências específicas: “E1.2. 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.”, “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” e “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento n.º422/2018, 2018, p.19193 e 19194).

O sistema sensorial tátil é o primeiro sentido a desenvolver-se, sendo que o primeiro contacto do RN com o meio extrauterino surge logo após o seu nascimento. A sua manipulação transmite-lhe sensações, quer positivas quer negativas pelo que, antes de qualquer contacto, aqueci previamente as mãos promovendo o fluxo sanguíneo do RN a fim de prestar cuidados de conforto ajustados às suas necessidades.

Realizei todos os contactos com o RN com extrema delicadeza para prevenir qualquer desconforto. O colo e o método Canguru são exemplos de cuidados que pratiquei com intuito a proporcionar sensações táteis positivas ao RN.

Com estes cuidados e, instruindo os pais sobre a importância de cada um deles, alcancei as competências específicas “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.” e “E3.3.

Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (Regulamento n.º422/2018, 2018, p.19194).

O cuidado à pele revela-se igualmente importante no RN, uma vez que este possui uma pele frágil que exige cuidados especiais (Ferraz et al., 2022). Posto isto, realizei o banho na incubadora com água tépida, de modo a evitar comportamentos de stress e o dispêndio de energia desnecessário, propiciando a recuperação e crescimento do RN, respeitando sempre as normas preconizadas. Após estabilidade hemodinâmica e o RN alcançar o peso viável para ser transferido para o berço, prestei os cuidados de higiene na banheira e instruí os pais sobre os mesmos, adquirindo assim a competência específica “E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.” (Regulamento n.º422/2018, 2018, p.19194).

Para avaliar a dor no RN utilizei sempre técnicas validadas, nomeadamente a escala N-PASS – *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* (Anexo VII) nos RN pré-termo e de termo com ventilação assistida, sendo esta a escala aplicada no serviço. A mesma permite a avaliação de medidas como o choro/irritabilidade, comportamento, expressão facial, tónus/extremidades e sinais vitais em situações de dor prolongada, alertas essenciais para atuar sempre que necessário (Silva & Silva, 2010).

Ao longo do estágio, promovi a sucção não nutritiva, um processo essencial para o RN progredir da alimentação entérica para a amamentação, sendo este um gesto muito desejado pelas mães. Este procedimento permite aferir se o RN possui capacidade para coordenar o mecanismo deglutição/respiração antes de oferecer a tetina ou mama. Deste modo, alcancei competências específicas como “E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.” e “E3.2.5. Promove a amamentação.” (Regulamento n.º422/2018, 2018, p. 19193 e 19194).

O segundo objetivo, **“Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem no âmbito do projeto de capacitação dos pais para a alta precoce do RN saudável”**, foi delineado de acordo com as necessidades do serviço. Assim sendo, elaborei um Guia de Capacitação Parental para a alta do RN, suporte que foi considerado de grande relevância e oportuno, sendo que era inexistente na Unidade.

Este guia teve por base um programa previamente elaborado pela equipa de enfermagem da UCIN, com o intuito de uniformizar as práticas e procedimentos na Unidade, prestar os melhores cuidados ao RN e capacitar os pais na prestação de cuidados

ao seu filho. O Guia mencionado é destinado à equipa de enfermagem e contempla sete módulos, abrangendo temáticas de grande relevância que frequentemente suscitam dúvidas aos pais nomeadamente: (1) O Recém-Nascido/Ser prematuro: Desenvolvimento, Ruído, Toque e Canguru Care; (2) Os cuidados à Pele e Higiene do Recém-Nascido; (3) A amamentação e alimentação artificial; (4) Manobra de Desengasgamento, RCP e Administração Terapêutica; (5) Cuidados Antecipatórios: vigilância da Saúde e Sinais de Alerta; (6) Prevenção/Vacinação – Proteção Maternidade e Direitos Parentais; e por último, (7) Rastreios Neonatais e Dispositivo de Segurança Móvel. O meu trabalho consistiu em elaborar, para cada módulo, um PowerPoint com vocabulário simplificado e de fácil compreensão para os pais poderem consultar sempre que surgissem dúvidas (Apêndices IV, V, VI, VII, VIII, IX, X). Para ajudar a uma melhor compreensão, introduzi em alguns módulos, vídeos de exemplificação de alguns procedimentos.

O Guia elaborado foi previamente apresentado à enfermeira orientadora e à enfermeira chefe do serviço que o aprovaram e o reconheceram como uma mais-valia para a Unidade, mas principalmente para os pais.

A sua elaboração permitiu-me alcançar as competências comuns “B1.2. orienta projetos institucionais na área da qualidade” e “B2 Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º140/2019, 2019, p.4747).

Neste serviço existe uma “Grelha de Apoio à Identificação de Necessidades de Cuidados Antecipatórios na Preparação para a Alta de Crianças Internadas no serviço de Neonatologia” (Anexo VIII), que permite os pais identificarem os procedimentos nos quais sentem maior dificuldade. Contudo, verifiquei a ausência de suporte teórico sobre esses procedimentos. Apesar da equipa de enfermagem identificar as dúvidas dos pais através desta grelha, não existe nenhum suporte informativo para disponibilizar aos pais que lhes sirva de apoio para consultar no domicílio. Desta forma, o guia supramencionado, que contempla informação clara, detalhada e exemplificada, viabilizou a promoção da capacitação parental, proporcionando sentimentos de confiança e segurança nos pais no regresso a casa. Os mesmos poderão, no surgimento de dúvidas, consultar o guia em casa a qualquer momento, conseguindo guardar cada PowerPoint no telemóvel/tablet.

Com o intuito de manter o Guia ainda mais acessível, elaborei um Poster que possui um *QRCode* a fim dos pais poderem aceder a toda a informação em qualquer lugar ou circunstância (Apêndice XI). Atualmente, tanto o Guia como o Poster já se encontram aprovados pela Direção de Enfermagem, pelo que ambos serão apresentados à equipa de enfermagem do serviço pela enfermeira que me orientou no decorrer da elaboração do trabalho concomitantemente com a enfermeira chefe. Após apresentação dos documentos, o Poster será exposto na sala dos pais da Unidade com o *QRCode* criado com acesso ao Guia.

No término do estágio, disponibilizei todos os documentos em formato editável para que, sempre que necessário e se justifique, a equipa consiga alterar e atualizar a informação.

Com a elaboração deste Guia de Capacitação Parental conquistei diversas competências específicas nomeadamente: “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”; “E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.”, “E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.” (Regulamento n.º422/2018, p.19193 e 19194).

Ressalvo ainda que neste serviço há um cuidado acrescido na alta do RN. A equipa de enfermagem estabelece sempre um contacto telefónico, 48 horas após a alta clínica a fim de perceber como decorreu o regresso a casa, identificar alterações de comportamento do RN ou alterações a nível do padrão do sono. A progressão do RN a nível alimentar é igualmente questionada, bem como eventuais alterações dos trânsitos intestinal e/ou vesical. Os dados reportados encontram-se indexados em formato papel, sendo posteriormente arquivados no processo do RN (Anexo IX). Este acompanhamento pós-alta é uma mais-valia para os pais permitindo qualquer esclarecimento de dúvidas e, deste modo, evitar reinternamentos desnecessários.

Após o término deste trabalho, fui convidada pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora para colaborar na submissão de um Poster sobre o trabalho que desenvolvi, para apresentação no 51º Congresso Nacional de Neonatologia que decorreu em Tomar nos dias 23 e 24 de novembro de 2023 (Anexo X e XI). Encarei este convite como um reconhecimento de todo o meu trabalho e empenho, o que me satisfez bastante.

Como terceiro objetivo defini **“Discutir e divulgar o modelo de HDP para os enfermeiros como alternativa à hospitalização de modelo convencional.”**

Por questões intrínsecas ao serviço, não foi possível realizar a formação presencialmente. Desta forma, e após validação com a enfermeira orientadora, optei por gravar uma sessão formativa com áudio para que toda a equipa tivesse a oportunidade de assistir de acordo com a sua disponibilidade, sem interferir com a dinâmica do serviço (Apêndice XII). Nesta formação apresentei o modelo de HDP, os critérios de inclusão e as suas vantagens. Através de diálogos informais com enfermeiras do serviço sobre a temática e após análise das folhas de avaliação da sessão de formação recolhidas, consegui um feedback bastante positivo (Apêndice XIII). De uma forma geral, a equipa considerou o modelo interessante reconhecendo, contudo, estar ainda distante da realidade na instituição. Com a execução desta formação atingi as competências comuns “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (Regulamento n.º140/2019, p.4749).

A realização desta sessão de formação foi indispensável para desenvolver o domínio da investigação e, desta forma, conquistar competências de grau de mestre uma vez ser de extrema importância saber comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara para a sua obtenção.

No término do primeiro contexto de estágio, destaco como indicadores de estrutura os diversos recursos que necessitei sendo estes tanto materiais como humanos. O apoio da enfermeira orientadora, da enfermeira chefe e a participação e colaboração da restante equipa de enfermagem revelou-se uma mais-valia para a elaboração de cada atividade. A pesquisa constante e o recurso aos documentos do serviço foram complementos adicionais igualmente fundamentais.

Tal como anteriormente descrito, no que concerne ao segundo objetivo de estágio, recorri como indicadores de processo a folhas de avaliação e, relativamente ao terceiro objetivo, a um questionário disponibilizado no término da sessão de formação, algo que viabilizou o alcance de diversos indicadores de impacto.

2.2. Atendimento Permanente Pediátrico

O estágio inerente ao contexto de Urgência Pediátrica decorreu no APP de uma instituição privada, localizada na região da Grande Lisboa. Este serviço encontra-se integrado num hospital considerado pioneiro na Pediatria das instituições privadas, onde

são prestados cuidados pediátricos e médico-cirúrgicos, sendo este detentor de capacidade de diagnóstico, terapêutica e internamento, algo equiparável aos hospitais públicos.

O APP possui como principal objetivo dar resposta às necessidades da criança e família com doença aguda ou doença crónica agudizada em contexto de urgência. Apesar do contacto entre a criança e o enfermeiro neste contexto ser mais efêmero, o EEESIP tem uma intervenção particular e fulcral para uma prestação de cuidados de qualidade, sendo este detentor da competência e responsabilidade de prestar cuidados especializados e diferenciados promotores da saúde da criança. A parceria entre a equipa, criança e família é um cuidado constante. Sempre que exequível, os pais são integrados no plano de cuidados com vista a estabelecer uma relação de confiança, transmitir segurança e reconfortá-los nestes momentos de maior tensão. No serviço, a equipa de enfermagem é composta por enfermeiros generalistas, especialistas e mestres em Saúde Infantil e Pediátrica que prestam cuidados tanto no APP como no internamento pediátrico da própria instituição. Esta flexibilidade viabiliza uma continuidade de cuidados de excelência, sendo a família acompanhada pela mesma equipa de enfermagem desde o momento da admissão até à alta hospitalar.

No APP, a criança inicia o seu processo de entrada no hospital através da ativação da sua ficha no balcão administrativo e aguarda na sala de espera até ser chamada para a triagem, sendo este o local onde ocorre o primeiro contacto entre o enfermeiro e a criança.

Na primeira semana de estágio, estive especialmente atenta à dinâmica do serviço com o intuito de perceber melhor o seu funcionamento e identificar algumas oportunidades de melhoria, algo que facilitou a minha integração neste contexto. Para além da observação, implementei, como indicador de processo, um questionário dirigido a toda a equipa de enfermagem (Apêndice XIV), de modo a compreender quais os fluxogramas ou as situações mais recorrentes no APP e também qual a pertinência de abordar a HDP neste contexto. Como indicadores de resultado, obtive um total de 23 respostas, que corresponde a cerca de 68% dos enfermeiros do APP, das quais foi possível concluir que toda a equipa reconhece ser possível prevenir idas recorrentes ao APP através da educação para a saúde, sendo que as situações mais recorrentes são febre, vómitos e/ou diarreia. Na triagem, estas situações são direcionadas para alguns fluxogramas específicos da Pediatria, tais como “Pais Preocupados”, “Bebé que chora” e “Criança que não se sente bem”.

Ao longo do estágio, senti a necessidade de recorrer a indicadores de estrutura como o computador e bases de dados para poder pesquisar informação, especialmente sobre as situações mais recorrentes na triagem, de modo a sentir-me mais confortável e preparada no surgimento de qualquer uma delas. Revelou-se igualmente importante neste campo investigar as doenças mais comuns na infância de acordo com as diferentes faixas etárias, para dar uma resposta adequada a cada situação, suportando a prática baseada na evidência científica e encaminhar, quando necessário, para outros profissionais.

Tive a oportunidade de colaborar com a minha enfermeira orientadora na prestação de cuidados à criança e sua família, sendo este o principal foco de toda a equipa. Participei nos diferentes contextos do APP, nomeadamente na triagem, na sala de tratamentos e no Serviço de Observação (SO). Realizei ainda a revisão do carro de emergência juntamente com a mesma, algo que me permitiu desenvolver a competência comum “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.”, mais precisamente “B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais.” (Regulamento n.º140/2019, pp. 4747 e 4748).

A prestação de cuidados neste contexto tão particular e a pesquisa intensiva necessária para adquirir técnicas e adequar as minhas práticas às necessidades da criança e família em situação de urgência/emergência, potenciaram a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de soluções rápidas e eficazes em situações de informação limitada ou incompleta, refletindo sempre sobre as implicações que as mesmas detêm. Desta forma adquiri uma nova competência geral fulcral para alcançar o grau de mestre em Enfermagem.

Após análise do questionário, delineei como primeiro objetivo específico: **“Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em processo de transição e em situação de doença aguda, urgente e emergente”**.

Ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, o sistema familiar está sujeito a diversas transições, nomeadamente a transição saúde-doença, e acontecimentos geradores de crises que potenciam um desequilíbrio. O primeiro ano de vida da criança corresponde habitualmente ao período de maior vulnerabilidade, onde surgem as primeiras patologias e as primeiras preocupações dos pais no que concerne à saúde da mesma. Estas preocupações geram stress e medo que desencadeiam ansiedade,

preocupação, receio e desconfiança, pelo que o EEESIP nesta fase tem um papel fundamental (Diogo et al., 2016).

O apoio e ajuda da enfermeira orientadora foi essencial para me familiarizar com situações peculiares e conseguir dar resposta à ansiedade e medo comum nestes momentos de maior stress, tanto às crianças como aos pais. Considero que esta cooperação da enfermeira orientadora foi um importante indicador de estrutura, mais precisamente, um recurso humano imprescindível no decorrer do estágio. Desta forma, foram desenvolvidas a competência comum do EE a nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais mais precisamente “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749) e as competências específicas “E1.2. 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.”, “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” e “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

No decurso do estágio, participei e colaborei na triagem, identificando precocemente o doente urgente de uma forma objetiva, definindo o seu nível de prioridade através da identificação dos critérios de gravidade sem estabelecer diagnósticos (Direção-Geral da Saúde, 2015). Após análise da situação, colocava no pulso da criança uma pulseira com a cor correspondente ao nível de prioridade ajustada à situação. Posteriormente, a mesma retomava à sala de espera e aguardava na companhia do seu familiar por observação médica.

No surgimento de situações que revelavam uma necessidade de maior vigilância, encaminhei a criança para o SO onde a criança era mantida sob vigilância e monitorização contínua a partir da sala de enfermagem. Num contexto que exigia continuidade de cuidados, informei os pais, explicando sempre as condições, sendo a criança transferida para o serviço de internamento, após consentimento dos mesmos.

Em todos os atendimentos realizados, tanto na triagem como na sala de tratamentos e SO, procurei adequar o meu vocabulário ao estadio de desenvolvimento da criança e ao nível de literacia dos pais de modo a facilitar a comunicação, constituindo esta uma ferramenta indispensável ao longo de toda a nossa intervenção. Posto isto, adotei uma

postura assertiva e uma linguagem adequada e perceptível, validando sempre com a criança e com os pais a compreensão da informação transmitida. É notória a aptidão que o EEESIP detém neste domínio, bem como a preocupação acrescida que o mesmo apresenta nos termos e expressões que utiliza ao abordar a criança. De acordo com Diogo et al. (2016), a preparação da criança e suporte para determinados procedimentos permite atenuar alguns dos sentimentos perturbadores, nomeadamente o medo. Confirmei que este cuidado e a explicação de todos os procedimentos que serão executados permitem obter a colaboração da criança, bem como das outras pessoas envolvidas, nomeadamente dos pais. A distração, recreação dos procedimentos, a música e o humor são outras técnicas que viabilizam uma maior e melhor gestão emocional tanto da criança como dos pais (Diogo, et al., 2016).

A implementação destas estratégias permitiu-me alcançar as competências específicas como “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, pp. 19193 e 19194).

Na triagem, e no decorrer dos procedimentos, estabeleci uma comunicação com a criança/adolescente de modo a promover a sua autonomia e reforçar a tomada de decisão responsável, o que viabilizou o desenvolvimento da competência específica “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Ao longo do estágio, evidenciei algumas competências inerentes ao EEESIP, nomeadamente a sua capacidade dinamizadora na equipa, a sua prática de cuidados competente, cuidada, segura, profissional e ética, sempre focada nas necessidades e no maior interesse da criança, algo que viabiliza o alcance da competência comum a nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Com a análise das respostas ao questionário implementado e uma conversa informal com a enfermeira orientadora, evidenciei a pertinência em desenvolver alguns panfletos informativos dirigidos aos pais sobre as causas mais comuns que os levam a recorrer ao

APP. Deste modo, surgiu o segundo objetivo **“Contribuir para a capacitação parental com enfoque na educação para a saúde”**.

A experiência de ter um filho em meio hospitalar é sempre vivenciada como um desafio de elevada complexidade para os pais, pois estes sentem a responsabilidade de acompanhar a criança ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Contudo, no surgimento de uma adversidade, os mesmos não se sentem preparados para atuar sendo invadidos por sentimentos de impotência e incapacidade (Sousa et al., 2023). Deste modo, a integração dos pais no plano de cuidados da criança e a capacitação destes face a cada situação torna-se fulcral para aumentar a autonomia e empoderamento dos mesmos (Holm, et al., 2019). Posto isto, realizei *flyers* informativos sobre febre, vômitos e diarreia a fim de alertar os pais para os verdadeiros sinais de alerta aos quais devem estar despertos, sendo estes indicadores de processo de elevado potencial (Apêndices XV, XVI, XVII). Através desta informação, como indicador de resultado, espero contribuir para a capacitação parental de forma a que os pais se sintam mais aptos para atuarem em casa, prevenindo idas ao APP despropositadas.

Estimava, após aprovação dos folhetos por parte da direção da instituição, facultar os mesmos aos pais no término do tratamento e atendimento da criança. Contudo, sendo o tempo de estágio limitado e curto para a sua implementação, devido a questões burocráticas relativas a autorização superior, não foi possível disponibilizá-los. Porém, procurei sempre que possível instruir oralmente os pais sobre as temáticas referidas, de modo a promover a capacitação parental e o seu empoderamento.

Após um diálogo informal com a enfermeira orientadora e a divulgação da temática HDP, tomei conhecimento da existência de crianças atendidas no APP que têm alta para o domicílio com Cateter Venoso Periférico (CVP), deslocando-se à Unidade uma vez por dia exclusivamente para o cumprimento de antibioterapia endovenosa. Constatei ainda a inexistência de qualquer documento informativo sobre os cuidados a ter com o CVP e a ausência de um kit de SOS, em caso de exteriorização acidental. Deste modo, elaborei um folheto informativo sobre essa temática (Apêndice XVIII) e um kit de SOS para ser entregue às crianças com CVP que retomam ao domicílio.

No término do estágio, disponibilizei todos os *flyers* em formato digital para serem impressos e fornecidos aos pais assim que aprovados.

A realização dos projetos supracitados viabilizou a aquisição de diversas competências comuns denominadas de indicadores de impacto como “B1.2 Orienta projetos institucionais na área da qualidade.”, “B2.2 Planeia programas de melhoria contínua.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747) e específicas, nomeadamente “E2.4 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.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

No que concerne à HDP, questioneei a equipa de enfermagem sobre a viabilidade da sua aplicação neste contexto. Apesar das respostas serem dispares, a equipa considerou pertinente assistir a uma formação sobre o tema, tendo sido concretizada por videoconferência, através do Google Meet, a 25 de outubro de 2023. Com esta formação cumpri o meu terceiro objetivo específico **“Divulgar a HDP, como alternativa à hospitalização convencional, à equipa de enfermagem do APP”** (Apêndice XIX).

Atendendo a equipa de enfermagem do APP trabalhar por turnos, somente nove elementos conseguiram comparecer na sessão de formação. Posto isto, a sessão ficou gravada e disponível para quem não esteve presente no dia poder assistir posteriormente. No término da mesma, disponibilizei um link com acesso a um questionário de avaliação da sessão do qual obtive um feedback bastante positivo (Apêndice XX). A equipa considerou a temática interessante e inovadora, acreditando ser um projeto pertinente para o futuro. Com esta sessão de formação alcancei a competência comum “B1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 47470).

À semelhança do estágio decorrido na UCIN, recorri a diversos indicadores de avaliação com o intuito de avaliar a eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas. O apoio da enfermeira orientadora foi um indicador de estrutura fulcral neste campo de estágio sendo uma área com a qual nunca tinha tido qualquer contacto direto. Elaborei diversos *flyers* como indicadores de processo e recorri a questionários para validação dos mesmos como indicadores de resultado. Somente através de todo o trabalho desenvolvido foi possível alcançar os indicadores de impacto desenvolvidos ao longo deste subcapítulo.

2.3. Internamento de Cirurgia Pediátrica

O último contexto de estágio decorreu no serviço de Internamento de Pediátrica onde atualmente exerço funções. Este encontra-se integrado num Hospital Público, localizado na área da Grande Lisboa incorporado num Centro Pediátrico altamente diferenciado.

O serviço é composto por duas valências, Cirurgia Pediátrica e Pneumologia Pediátrica, assegurado por uma equipa multidisciplinar na qual se encontram integrados 36 enfermeiros, dos quais sete são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O meu estágio decorreu essencialmente na ala da Cirurgia Pediátrica e teve uma duração de cinco semanas, que contemplaram as 120 horas presenciais exigidas.

No serviço de Cirurgia Pediátrica são prestados cuidados a crianças com variados diagnósticos e de diversas especialidades nomeadamente ortopedia, urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia e cirurgia plástica.

Sendo este o serviço onde exerço funções, conheço o seu funcionamento e dinâmica e as suas reais necessidades, o que ajudou na definição dos meus objetivos e facilitou a introdução da temática HDP.

Neste contexto, procurei aprofundar os meus conhecimentos e refletir sobre os mesmos, de forma a otimizar a minha prestação de cuidados e realizar intervenções diferenciadas, tendo sempre em vista a temática de mestrado. Por conseguinte, debrucei-me sobre os diagnósticos menos desenvolvidos no serviço e nos quais poderia intervir, promovendo a capacitação parental e a autonomia da criança e, conseqüentemente, viabilizar uma alta precoce.

As crianças submetidas a cirurgias eletivas, são habitualmente internadas no dia que antecede ao procedimento cirúrgico. Contudo, constato que as mesmas e os seus pais não se encontram devidamente preparados para o período pós-cirúrgico. Roque e Costa (2014), referem ser de extrema importância a promoção da autonomia dos pais nos cuidados ao longo do internamento, com vista a reduzir a ansiedade e promover a autoconfiança e o empoderamento parental. Defendem ainda que, sendo a alta hospitalar um momento de stress e tensão, os ensinamentos devem ser realizados de forma progressiva e contínua desde o primeiro dia do internamento.

Desta forma, defini o primeiro objetivo específico: **“Contribuir para a Uniformização das Práticas de Enfermagem dirigidas para os Pais e Crianças”**.

Sendo a Cirurgia Pediátrica um serviço dinâmico, a formação contínua por parte do profissional é crucial para que o mesmo se mantenha atualizado e devidamente informado para instruir os pais, promover a sua autonomia e basear a prática profissional na evidência científica. Este cuidado revela-se fundamental na prática diária do enfermeiro, para promover ganhos em saúde na criança, principalmente em situações de especial complexidade (Regulamento n.º422/2018, 2018).

Tendo perceção da inexistência no serviço de um documento atualizado sobre algumas intervenções realizadas com alguma frequência no serviço, como a Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) e o Procedimento de Mitrofanoff, mais concretamente o Cateterismo Vesical Intermitente, disponibilizei-me a elaborar folhetos informativos de modo a promover a capacitação parental e, se exequível, uma alta clínica precoce, sendo estes os indicadores de processo da atividade implementada. Para a execução dos mesmos recorri a indicadores de estrutura, mais precisamente a recursos materiais como bases de dados e computador e a recursos humanos, nomeadamente, a minha enfermeira orientadora e enfermeira chefe do serviço que aprovaram a minha ideia e a acolheram.

Assim sendo, elaborei um *flyer* informativo sobre os cuidados a ter com a PEG, como manusear a mesma e os sinais aos quais os pais devem estar despertos (Apêndice XXI). A elaboração deste documento viabiliza a promoção e educação para a saúde sendo que os pais, para além do apoio da equipa de enfermagem no decorrer do internamento, terão um suporte literário ao qual podem recorrer, sempre que necessário, para validar a informação, quer no internamento, quer posteriormente em casa. A elaboração do *flyer* visa assegurar uma alta segura e garantir que as crianças não permaneçam internadas além do tempo previsto e estritamente necessário. Efetivamente, o internamento é por vezes prolongado pela insegurança dos pais e sentimentos de incapacidade perante a prestação de cuidados autónomos à PEG e região peri-PEG.

Para confirmar a compreensão da informação transmitida pelo documento fornecido, recorrendo a indicadores de processo, elaborei uma folha de avaliação onde os pais podem assinalar os pontos em que ainda persistem dúvidas ou maior dificuldade (Apêndice XXII). Esta folha, permite ao enfermeiro obter os indicadores de resultado desejados para esta atividade, através da identificação das dúvidas ainda presentes em cada cuidador e dirigir os seus ensinamentos de acordo com as necessidades específicas de cada família, alcançando assim a excelência na prestação dos seus cuidados.

O cateterismo vesical intermitente é outro procedimento eletivo, contudo menos recorrente no serviço. Este, possibilita a execução de esvaziamentos periódicos da bexiga através da introdução de um cateter pela uretra ou por um reservatório urinário criado cirurgicamente que origina outro canal cateterizável (Bezerra, et al., 2015).

Nestas situações, é frequentemente realizada a Apendicovesicostomia de Mitrofanoff. Trata-se de um procedimento cirúrgico em que o apêndice é utilizado como canal entre a superfície da pele e a bexiga, viabilizando o esvaziamento vesical por cateterismo vesical intermitente limpo. Este permite controlar e prevenir infecções urinárias, promover a autonomia da criança/jovem e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida. Proporciona ainda a regressão ou estabilização de lesões presentes e de alterações anatómicas, nomeadamente o refluxo vesicouretral (Bezerra, et al., 2015).

Esta intervenção obriga as crianças/jovem a dois períodos de internamento, o primeiro destina-se ao procedimento cirúrgico e o segundo essencialmente à execução de ensinamentos para a promoção da capacitação da criança/jovem e sua autonomia.

Segundo a OE (2011), no período pré-operatório o enfermeiro deve avaliar os conhecimentos da criança/jovem sobre a cirurgia e incentivá-la a expor as suas dúvidas, medos e receios. Após obter toda a informação que necessita, cabe ao enfermeiro tranquilizar a criança/jovem e a sua família, transmitir-lhe segurança e conforto, esclarecer as dúvidas existentes e, assim que se sentirem preparados, iniciar os ensinamentos de modo a promover a autonomia e a capacitação parental. A partilha de informação deve ser um processo contínuo, progressivo e regularmente validado, de modo a se compreender se a mensagem está a ser devidamente transmitida e entendida.

Para além do acompanhamento contínuo, recorri a indicadores de estrutura, como a elaboração de um folheto informativo, no qual apresento o procedimento cirúrgico supracitado, identifiquei o seu objetivo, benefícios, possíveis riscos e complicações e o que a criança/jovem poderá esperar do período pós-operatório (Apêndice XXIII).

O folheto encontra-se aprovado pela enfermeira orientadora e pela enfermeira chefe, mas aguarda aprovação pela Direção de Enfermagem. Após a respetiva validação, se necessário o mesmo poderá sofrer alterações de melhoria para, posteriormente, ser facultado à criança/jovem e famílias. Para validar a compreensão da informação transmitida pela equipa e explanada no folheto, elaborei um questionário dirigido aos pais e um jogo de cubos para as crianças. Neste jogo, as crianças poderão pintar as imagens

que visualizam e ordená-las segundo a sequência correta do procedimento referente ao cateterismo vesical intermitente (Apêndice XXIV e XXV). O descrito corresponde aos indicadores de processo da atividade.

Com a execução destes trabalhos alcancei diversos indicadores de impacto espelhados em competências específicas do EEESIP, nomeadamente “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.”, “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.”, “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica.” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (Regulamento n.º422, 2018, pp. 19193 e 19194).

Ao longo da minha prestação de cuidados, como futura EEESIP, mantive sempre a preocupação de adequar o modo de comunicação e a minha abordagem a cada criança. É através da comunicação que se estabelece uma relação de confiança com a criança e, conseqüentemente, uma boa relação terapêutica. Tornou-se assim possível conquistar as competências específicas “E1.2. 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.” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (Regulamento n.º422, 2018, pp. 19193 e 19194).

A hospitalização constitui uma das primeiras crises com que a criança e a família se deparam. Segundo Jorge (2004, p.73), “para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, é necessário que se faça um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir únicos”. O medo da separação nos primeiros anos de vida da criança torna-se angustiante, pelo que é importante informar os pais, esclarecer as suas dúvidas e envolvê-los nos cuidados ao seu filho sempre que plausível. A transmissão de carinho e afeto é igualmente importante para promover conforto e segurança à criança/jovem. A técnica de simulação dos procedimentos na pessoa significativa foi uma estratégia à qual recorri para que a criança/jovem compreendesse o procedimento e se familiarizasse com o mesmo, produzindo assim sensações positivas e dissipando o medo.

Em crianças até aos três anos de idade, utilizei nos procedimentos mais invasivos técnicas de distração, como contar histórias ou recorrer às músicas que a criança mais gostava. Tentei, sempre que viável e de vontade dos próprios, manter os pais/pessoa significativa por perto. Nas crianças mais crescidas, e com uma maior capacidade de compreensão, expliquei todos os procedimentos para envolvê-las nos cuidados, questioneei sempre a sua opinião sobre os mesmos e encorajei-as a expressar os seus medos. O elogio e a compreensão foram estratégias às quais recorri com frequência durante e após cada procedimento, a fim de as confortar nestes momentos de maior vulnerabilidade. A promoção da privacidade, o incentivo à participação ativa e o reforço positivo foram cuidados que apliquei constantemente.

O recurso ao Kit de Controlo da Dor já existente no serviço e a implementação de cuidados atraumáticos em Pediatria são técnicas igualmente imprescindíveis e que utilizei para reduzir ou até mesmo eliminar o sofrimento vivenciado pela criança e família, eventuais danos e evitar a separação entre a criança e sua família (Hockenberry & Wilson, 2014).

De modo a ir ao encontro do tema da HDP, delineei como segundo objetivo: **“Divulgar a HDP como alternativa viável ao internamento convencional, à equipa de enfermagem no serviço de Cirurgia Pediátrica e Pneumologia Pediátrica”**. Não sendo um modelo implementado nesta instituição, elaborei um questionário dirigido à equipa para averiguar quem conhecia esta modalidade e se consideraria pertinente assistir a uma sessão de formação. Após obter 26 respostas, verifiquei que a equipa considerou a temática interessante e pertinente. Deste modo, realizei uma sessão de formação via Google Meet onde foi divulgada a temática e posteriormente debatida (Apêndice XXVI). Através da troca de experiências e conhecimento, descobri que foi aplicada há alguns anos uma modalidade semelhante no serviço de Pneumologia Pediátrica. Contudo, na época, a terapêutica era administrada em casa pelos pais após devidamente instruídos e, no surgimento de alguma adversidade, era a criança que se deslocava ao hospital e não a equipa ao domicílio como preconizado na HDP. Todos os elementos da equipa presentes consideraram esta antiga modalidade impraticável na atualidade, pelo que todos acreditam na potencialidade e viabilidade da HDP como um projeto organizado e seguro. Após o término do debate, recorri a indicadores de resultado de modo a analisar a efetividade da atividade através de um questionário de avaliação da sessão do qual obtive um retorno extremamente positivo (Apêndice XXVII).

A partilha de conhecimento e divulgação de uma nova investigação permite o desenvolvimento de competências gerais pertinentes para a aquisição de grau mestre. Através da realização deste espaço de debate após a formação, considero ter atingido o objetivo pretendido.

Sendo o método de trabalho de equipa o modelo aplicado no serviço, foi possível atingir o meu terceiro objetivo específico: **“Adquirir competências no âmbito dos Domínios da Melhoria da Qualidade e Gestão dos Cuidados.”**

Ao longo do estágio senti a necessidade de me distanciar do meu papel habitual do serviço e refletir sobre as minhas práticas centrando a minha intervenção nas necessidades do serviço, mas também na temática elegida no mestrado e nas competências ainda não desenvolvidas até à data. Deste modo, como indicador de estrutura, acompanhei a enfermeira orientadora e colaborei com a mesma na distribuição dos elementos da equipa nos turnos, bem como na distribuição das crianças por enfermeiro. Este cuidado revelou-se de extrema importância sendo da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno coordenar e otimizar o trabalho da equipa e supervisionar as tarefas delegadas.

Além da observação e participação, tive a oportunidade ser nomeada como responsável de turno em uma das alas do serviço. Esta prática foi enriquecedora exigindo uma responsabilidade acrescida, tanto a nível da gestão dos cuidados como da qualidade dos mesmos, uma vez que a segurança e o bem-estar da criança é, e sempre foi, o meu principal foco. Durante esse turno, além da prestação de cuidados, geri a distribuição das crianças por enfermeiro de acordo com o grau de complexidade das mesmas e supervisionei todas as tarefas delegadas. Esta experiência, permitiu-me atingir determinados indicadores de impacto através da aquisição de competências comuns inerentes ao Domínio da Gestão dos Cuidados nomeadamente “C1.2 Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade” e “C2 Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

No dia 29 de novembro de 2023, assisti a um encontro organizado pelo Núcleo de Especialistas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Trata-se de um Núcleo criado recentemente na instituição que tem como principal objetivo a uniformização e melhoria dos cuidados, através da promoção da investigação científica. Através deste, é encorajada a partilha de experiências profissionais e a divulgação de novos projetos que possibilitam

a visibilidade e reconhecimento às competências e ideias dos EEESIP's integrados nesta instituição. Deste modo, após o término do mestrado, tenho como intuito abordar a temática da HDP nestes encontros de forma a divulgar a mesma e, se exequível, aplicá-la nesta instituição, dado que considero ser este o modelo que permite a prestação dos melhores cuidados e mais humanizados sem comprometer a saúde da criança e o seu bem-estar.

Nesse encontro, conheci os diferentes serviços de Pediatria da instituição, bem como a equipa que compõe cada um deles. Participei também num Workshop realizado pela Operação Nariz Vermelho no qual foi abordado o seu papel e a importância que o palhaço tem nos serviços e instituições. Realizámos inicialmente um exercício quebra-gelo, algo que considerei importante e pertinente atendendo a estarem presentes diferentes profissionais da área de pediatria de diferentes cargos e estatutos, sem qualquer ligação entre eles, o que viabilizou uma maior abertura e interação entre participantes. O próprio desconforto que senti inicialmente foi-se dissipando à medida que realizávamos as atividades, pelo que aproveitei e usufruí da experiência na sua plenitude.

No término da palestra foi promovido um espaço de abertura e partilha de experiências já vivenciadas por EEESIP's da instituição, o que considero ter sido muito enriquecedor. A realização destes encontros viabiliza a aquisição de novos conhecimentos e a partilha de novas experiências que permitem ao EEESIP desenvolver *skills* essenciais na sua prestação de cuidados, dirigida tanto para a criança como para os pais.

A colaboração da equipa da Operação Nariz Vermelho nos serviços hospitalares, em especial na área de pediatria, é extremamente importante. A sua parceria com a equipa de enfermagem possibilita uma maior abertura por parte da criança e uma prestação de cuidados de excelência através da aplicação do brincar terapêutico. Esta experiência permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista no âmbito do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, uma vez que me permitiu tomar conhecimento sobre práticas de qualidade que viabilizam a implementação de programas de melhoria contínua.

A articulação gerada entre a equipa da Operação Nariz Vermelho e a equipa de enfermagem de cada serviço permite garantir um ambiente, além de seguro, mais terapêutico. A sua visita é opcional pelo que, sempre que a mesma se dirige a um quarto, o palhaço pede permissão à criança para entrar respeitando a sua resposta seja ela qual

for. Este cuidado é fulcral e demonstra respeito pela sensibilidade, consciência, identidade e necessidade de cada um. Este processo de promoção de autonomia e enaltecimento da voz da criança é imprescindível para adquirir a sua confiança e, conseqüentemente, a sua colaboração nos cuidados.

Este estágio foi um dos mais gratificantes pelo que me permitiu alcançar indicadores de impacto, ou seja, competências comuns do EE e competências específicas do EEESIP não atingidas até à data. Após o seu término, foi possível evidenciar o alcance de todas as competências desenvolvidas bem como de todo o trabalho elaborado no âmbito da investigação considerado imprescindível para a aquisição de grau de mestre.

CONCLUSÃO

O Relatório Final apresentado contempla todo o meu percurso ao longo do estágio integrado no Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No decorrer desta aprendizagem, como mestranda, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos e adquirir competências de mestre e competências de especialista comuns, bem como outras específicas avançadas na área de saúde infantil e pediátrica.

Sendo a minha experiência profissional nesta área ainda reduzida, considerei todo o percurso realizado excecionalmente desafiante, impulsionador e promotor de um crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional inigualável, uma vez que vivenciei situações enriquecedoras, nunca antes experienciadas. Ao longo do percurso académico, fui criando um novo olhar, mais especializado, individualizado e acima de tudo humanizado pelo que, no decorrer dos estágios, fui refinando a visão holística considerada imprescindível para a prestação dos cuidados de enfermagem de excelência.

Tal como descrito ao longo do relatório, a aposta na formação por parte do enfermeiro revela-se imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade atualizados e baseados na evidência. Frequentar este mestrado foi sem qualquer dúvida fulcral para atingir os meus objetivos e desenvolver conhecimentos e competências, de modo a aplicar os melhores cuidados de saúde possíveis na minha prática diária. Posto isto, tornou-se para mim irrevogável a importância do binómio teoria-prática. Efetivamente, reconheço que sem conhecimentos e constante atualização, revela-se impossível prestar cuidados de excelência atualizados e com segurança. Com esta reflexão, conquistei competências que me proporcionam uma aprendizagem ao longo da vida, promovendo a minha auto-orientação e autonomia, algo essencial para a aquisição de grau de mestre.

Os projetos realizados no decorrer de cada contexto foram imprescindíveis para dirigir as minhas práticas e atuar em conformidade com as minhas necessidades, as necessidades do serviço e alcançar o Objetivo Geral transversal delineado no início do estágio. A sua elaboração permitiu-me consolidar conhecimentos e ir além do óbvio, ou seja, refinar a minha visão adotando um pensamento mais crítico e reflexivo sobre as minhas práticas e

atingir desta forma a excelência nos cuidados prestados. Em todos os contextos, respeitei o sigilo profissional atuando sempre em conformidade com o Código Deontológico dos Enfermeiros.

Através da realização de toda a investigação integrada na Revisão de Literatura, elaborada com uma colega de mestrado e professoras supervisoras, foi definida uma questão de investigação e dada resposta à mesma através da análise exaustiva dos diversos artigos integrados no trabalho. O acompanhamento no terreno junto da equipa de HDP do único hospital da região de Lisboa que implementa este projeto revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora que me permitiu observar e vivenciar profissionalmente esta modalidade inovadora. Ao longo dos três dias de acompanhamento ao domicílio, comprovei todos os resultados apresentados no trabalho. Ressalvo que o protocolo da revisão já se encontra registado na OSF e que a Revisão Sistemática Qualitativa foi submetida no *Journal of Pediatric Nursing*, pelo que aguardamos a sua validação.

No término de todas as experiências vividas no decurso dos diferentes campos de estágio, sublinho vigorosamente e defendo a importância e o benefício que poderia advir se, no decurso do ensino secundário, fosse incorporada uma disciplina de Literacia em Saúde para informar sobre noções e cuidados básicos comuns do dia-a-dia. A ideia foi levantada e debatida com as enfermeiras orientadoras ao longo dos vários estágios e considerada extremamente pertinente por todas. De salientar que, se a educação para a saúde fosse um tema integrado e desenvolvido ainda na adolescência, obteríamos uma população mais informada e qualificada, o que consequentemente reduziria algumas idas desnecessárias ao Serviço de Urgência e igualmente o número de internamentos hospitalares.

É com enorme satisfação que observo todo o meu percurso ao longo do mestrado e denoto em mim uma evolução gradual e extraordinariamente positiva. Adquiriti uma nova visão perante os cuidados de enfermagem e perante a área da investigação, sector este fulcral e por vezes menosprezado. Reconheço atualmente a importância da formação contínua no sector da saúde, bem como a importância da incorporação da evidência na prática profissional.

No término deste trabalho, destaco a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde

Infantil e Pediátrica e Competências Gerais para obtenção de grau de Mestre através de todo o trabalho desenvolvido ao longo do mestrado.

Após validação do artigo e o término desta etapa, tenho como objetivo divulgar a HDP na instituição onde exerço funções, de modo a dar a conhecer pormenorizadamente este modelo, enaltecer o seu impacto e promover a humanização dos cuidados em Pediatria, quando exequível, no domicílio, adotando uma visão holística e mantendo a criança junto do seu seio familiar, onde se sente segura e confortável.

Em suma, considero que o término deste percurso desencadeia o início de uma nova etapa da minha carreira profissional traduzida em uma prestação de cuidados de maior excelência baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9–22. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336912001997?via%3Dihub>
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de u manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. 83-92. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a09.pdf>
- Araújo, C., Silva, C., Macedo, F., Silva, J., Palombo, C., Martins, R. (2023). Critérios relacionados à alta hospitalar do recém-nascido: uma revisão integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados* 12(2). <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v12n2/2393-6606-ech-12-02-e3198.pdf>
- Aasen, L., Ponton, I. G., & Johannessen, A. M. (2019). Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 102–110. <https://doi.org/10.1111/scs.12606>
- Barondess, J. A. (1999). Remembering Martin Cherkasky. *Journal of Urban Health*, 76(2), 159–163. <https://doi.org/10.1007/BF02344672>
- Bezerra, C. Truzzi, J., Averbek, M., Simões, R., Almeida, S., Bernardo, W. (2015) Cateterismo Vesical Intermitente: Indicações e Técnica. *Portal da Urologia*. <https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2015/09/cateterismo-vesical-intermitente-indicacoes-e-tecnica.pdf>
- Cabrera López, I., Reigosa, B., García, S., Pinto, E., Fernández, J., & García, R. (2022). Home-hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 58(6), 969–977. <https://doi.org/10.1111/jpc.15870>
- Carvalhais, M., Oliveira, A., Sílvia, C., Rocha, J. & Roque, M. (2022). Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas sobre os cuidados atraumáticos em Pediatria. *Millenium*, 2(17). 31-39. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>

- Castor, C., Hallström, I. K., Landgren, K., & Hansson, H. (2019). Accessibility, utilisation and acceptability of a county-based home care service for sick children in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 824–832. <https://doi.org/10.1111/scs.12678>
- Castor, C., Landgren, K., Hansson, H., & Hallström, I. K. (2018). A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 224–231. <https://doi.org/10.1111/hsc.12512>
- Cechinel-Peiter, C., Lanzoni, G., Wachholz, L, Mello, A., Costa, D., Costa, M. & Santos, J. (2023). Transição do cuidado de crianças e satisfação com os cuidados de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 36. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03241>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 da Direção Geral do Ensino Superior. (2016). *Diário da República*, 1ª série - N.º 176, pp 3160-3191 <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Despacho n.º 9323-A/2018 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, n.º 191/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9323-a-2018-116587923>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018) Norma n.º 020/2018 - Hospitalização Domiciliária em idade adulta. <hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta.pdf> (min-saude.pt)
- Diogo, P, Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Equipa de Projeto para Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica. (2023). *Projeto de Implementação da Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.*, Departamento da Criança e do Jovem.

- Engenheiro, O. & Carvalho, G. (2019). Ganhos em Saúde com o Projeto Cuidar: Capacitação dos pais de Recém-Nascidos Prematuros ou de Baixo Peso. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3). 1916-1932
- Ferraz, L. Fernandes, A. & Gameiro, M. (2022). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro: Estudo sobre as Práticas em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto e Contexto Enfermagem*. 31. <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MRMnbnRzygN3Rg9r3dSRSx/?format=pdf&lang=pt>
- Figueiredo, M, H. (2009). *Enfermagem de Família: Contexto do Cuidar*. [Dissertação de Doutorado, ICBAS]. Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem da Família*. Lusociência.
- Flon, M. de, Glaffey, G., Jarl, L., Sellbrant, K., & Nilsson, S. (2021). The Childhood Cancer Centre Is Coming Home: Experiences of Hospital-Based Home Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6241. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126241>
- Fonseca, S., Silveira, A., Franzoi, M., Motta, E. (2019). Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. *Enfermaria: Cuidados Humanizados* (9) 170-190. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/2393-6606-ech-9-02-170.pdf>
- Hägi-Pedersen, M.-B., Kronborg, H., Norlyk, A. (2021). Knowledge of mothers and fathers' experiences of the early in-home care of premature infants supported by vídeo consultations with a neonatal nurse. *BMC Nursing*, 20(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00572-9>
- Hansson, H., Kjaergaard, H., Schmiegelow, K., & Hallström, I. (2012). Hospital-based home care for children with cancer: A qualitative exploration of family members' experiences in Denmark: Hospital-based home care for children with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 21(1), 59–66. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01280.x>
- Hockenberry M., Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Lusociência.

- Holm, K. G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A. C. & Clemensen, J. (2019). *Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(4), 221–229. <https://doi.org/10.1177/1357633X18765059>
- Instituto de Apoio à Criança (2016), *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. Instituto de Apoio à Criança. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf
- Jerntorp, S. H., Sivberg, B., & Lundqvist, P. (2021). Fathers' lived experiences of caring for their preterm infant at the neonatal unit and in neonatal home care after the introduction of a parental support programme: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1143–1151. <https://doi.org/10.1111/scs.12930>
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – Re (Pensar) o Cuidar em Enfermagem*. Lusociência
- Leite, R. C., Ribeiro, C. A., Cunha, M. L. D. R., Maia, E. B. S., Ben, L. W. D. & Almeida, F. D. A. (2022). Busca de qualidade e segurança no cuidado ao filho: Interações familiares com profissionais de Home Care. *Escola Anna Nery*, 26(e20210236). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0236>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
- Mendes, W. (2001). *Home care: Uma modalidade de assistência à saúde*. UnATI, UERJ.
- Mougel, S. (2021). Paroles d'enfants, paroles sur l'enfant atteint de cancer en hospitalisation pédiatrique à domicile. *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 23.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Lisboa.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapratica_ceedip_volii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20SaudeCriancaJovem.pdf
- Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República, II série, n.º 119, pp 16660-16665.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República, II série, n.º 133, pp 19192-19194.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República, II série, n.º 26, pp 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pinheiro, C., Pires, C., Romeiro, J., Ramos, S., Charepe, Z. (2024) The experience of children and family in pediatric home hospitalization: a systematic review of qualitative evidence. *Submetido em Journal of Pediatric Nursing*.
- Pinto, C., Fernandes, B., Magalhães, V. & Oliveira, S. (2022). A implementação da telemedicina no mundo: a perspetiva dos profissionais de saúde. *Revista UI_IPSantarém*. 10. 1. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>
- Rabiais, I., Charepe, Z. & Ferrito, C. (2023). *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”*. Lisboa.

- Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a Prestação de Cuidados por “Enfermeiro de Referência” promove a Qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68-75.
- Roque, S. & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*, 47, 47-60. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8108/5707>
- Ministério da Saúde (2024). *Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica e Unidade de Reabilitação Cardiorrespiratória*. Unidade Local de Saúde Médio Tejo. <https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/unidade-de-hospitalizacao-domiciliaria-pediatica-e-unidade-de-reabilitacao-cardiorrespiratoria/>
- Silva, T. & Silva, L. (2010). Escalas de Avaliação da Dor utilizadas no Recém-Nascido – Revisão Sistemática. *Ata Médica Portuguesa*, 23(3), 437-454. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/635/319>
- Sousa, P., Paiva, M., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando*. Lusociência.
- Young, N. L., Barden, W., McKeever, P., Dick, P. T., & Tele-HomeCare Team. (2006). Taking the call-bell home: A qualitative evaluation of Tele-HomeCare for children. *Health and Social Care in the Community*, 14(3), 231–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00615.x>

APÊNDICES

APÊNDICE I –

Projeto de Estágio: 1º Módulo - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROJETO DE ESTÁGIO: 1º MÓDULO - UCIN

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Lisboa, 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROJETO DE ESTÁGIO: 1º MÓDULO - UCIN

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

Lisboa, 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

EE: Enfermeiro Especialista

EEESIP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HDP: Hospitalização Domiciliária Pediátrica

RN: Recém-Nascido

UCP: Universidade Católica Portuguesa

UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF: Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS.....	5
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	6
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
OBJETIVOS E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES.....	9
Objetivo específico 1: “ Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e sua família para a maximização da saúde e promoção do desenvolvimento infantil ”.....	10
Objetivo específico 2: “ Contribuir para a capacitação dos pais para a alta precoce do Recém-Nascido viabilizando a promoção do desenvolvimento infantil ”.....	10
Objetivo específico 3: “ Divulgar a HDP para os profissionais de saúde como alternativa à hospitalização de modelo convencional ”.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

Este Projeto surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório integrada no terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Encontra-se repartido em três módulos que correspondem a três serviços distintos sendo eles a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Urgência Pediátrica e, por fim, Cirurgia Pediátrica que juntos, contemplam as 360 horas de contacto exigidas.

Delinee no início do estágio um Objetivo Geral transversal a todos os locais de estágio por onde irei passar sendo este, “Adquirir conhecimentos e competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família”. De modo a alcançá-lo, defini alguns objetivos específicos tendo em vista a minha temática, Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP), e as necessidades de cada campo de estágio onde me irei integrar.

O meu primeiro módulo decorre numa UCIN de um Hospital da área de Lisboa entre os dias 4 de setembro e 7 de outubro.

Este projeto encontra-se repartido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresento e caracterizo a unidade onde decorre o meu estágio, de seguida, exponho o diagnóstico de situação identificado onde mostro e fundamento a problemática que levanto. No capítulo seguinte, apresento um breve enquadramento teórico. Posteriormente, exibio o plano do projeto onde descrevo os objetivos específicos e respetivas atividades a desenvolver de modo a alcançá-los, bem como os recursos que utilizo e os indicadores de avaliação implementados.

No termino deste trabalho, apresento as Referências Bibliográficas que analisei e me auxiliaram na elaboração do trabalho que foi desenvolvido de acordo com os critérios pela Norma *American Psychological Association*, 7ª edição.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Na UCIN onde decorre o primeiro estágio, prestam-se cuidados a RN até 28 dias de vida. Esta, está repartida em duas áreas distintas, sendo elas a área assistencial e a área de apoio. A área assistencial encontra-se subdividida em duas unidades, denominadas como Sala de Cuidados Intensivos Neonatais, composta por oito berços/incubadoras e Sala de Cuidados Intermédios com igual número de vagas. Apresenta-se ainda uma sala polivalente onde se encontra mais um berço/incubadora, consoante as necessidades do serviço.

Apesar das vagas existentes, por motivos alheios, as mesmas encontram-se de momento reduzidas bem como a equipa que compõe a unidade. Dada a dinâmica do serviço e aos constrangimentos existentes, a sala polivalente destina-se atualmente a RN's infetados.

O serviço é composto por cinco equipas sendo cada uma delas chefiada por um EEESIP, contudo, salienta-se que exercem na unidade sete enfermeiros especialistas da área de saúde infantil e pediátrica.

É um serviço conceituado como unidade de referência a nível nacional para patologia neonatal de alta complexidade com grande prestígio sendo também um centro de referência para Recém-Nascidos (RN) com cardiopatias congénitas e patologia cirúrgica neonatal.

O método de trabalho implementado na Unidade é o de enfermeiro de referência. Este promove um acompanhamento personalizado e individualizado onde são assegurados pilares como apoio, confiança, respeito e empatia estabelecida entre a equipa e a família (Rego & Coelho, 2016).

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com este projeto pretendo atingir os objetivos de aprendizagem delineados bem como as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEESIP.

Na primeira semana de estágio, procurei conhecer a dinâmica do serviço, identificar as problemáticas existentes e compreender qual a intervenção do EEESIP no RN, família e no seio da própria equipa multidisciplinar.

Para apresentar o meu objetivo geral e a temática do meu projeto de estágio, a HDP, realizei no início do estágio uma reunião informal com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe. Ambas consideraram o tema bastante pertinente pelo que sugeriram-me desenvolver um Guia Orientador de Capacitação destinado aos Pais, ao qual pudessem recorrer sempre que surgissem dúvidas. A capacitação dos pais na UCIN é crucial para os tornar mais aptos, seguros e confiantes na prestação de cuidados ao seu RN.

É da competência e função do EE estar desperto para as necessidades e mudanças do RN e família e auxiliar sempre que plausível. Segundo o Regulamento nº422/2018 (2018), o EEESIP tem o dever de responder às necessidades da família, nomeadamente no que concerne à adaptação de mudanças de saúde e dinâmica familiar.

Nesta Unidade, os pais vivenciam diversas transições em simultâneo sendo o apoio do enfermeiro fundamental no decorrer deste processo. A Teoria das Transições de Afaf Meleis tornou-se assim pertinente como quadro concetual de referência pois a transição vivenciada por estas famílias é de elevada complexidade e de extrema importância (Castro, 2016).

A HDP é um modelo de prestação de cuidados que viabiliza uma assistência contínua no domicílio sendo uma alternativa ao internamento convencional revelando-se muito vantajoso e útil para os pais. O modelo supracitado surgiu na UCIN para viabilizar uma possível transferência precoce do neonato para o domicílio e impulsionar o fortalecimento de vínculos familiares (Brodsgaard et al., 2015 *as cited in* Hägi-Pedersen et al., 2021).

De acordo com Hägi-Pedersen et al., (2021) e Holmet et al., (2019), a colaboração dos pais na prestação dos cuidados desde o internamento e no planeamento de cuidados

domiciliários é benéfico sendo que viabiliza a aquisição de maior grau de confiança nos cuidados suscitando sentimentos de felicidade e o sucesso no processo. Trata-se de um modelo implementado em algumas unidades de outros países, contudo, é uma realidade ainda distante de Portugal. Deste modo, pretendo divulgar a potencialidade do mesmo e a sua pertinência para o desenvolvimento saudável do RN e capacitação dos pais.

A telemedicina surgiu como um complemento à HDP sendo que permite o acompanhamento próximo do RN e sua família na alta precoce. No serviço onde decorre o meu estágio não se aplicada nenhuma destas modalidades, no entanto, a equipa de enfermagem estabelece sempre um contacto telefónico 48 horas após a alta para perceber como decorreu o regresso a casa, averiguar se o RN apresentou alguma alteração do seu comportamento ou alterações a nível do padrão do sono. Também é questionada a progressão do RN a nível alimentar e se foi evidenciada alguma alteração a nível dos trânsitos intestinal e/ou vesical. Durante o internamento os pais são alertados para todos os sinais de alarme aos quais devem estar atentos para se irem familiarizando, sentirem-se mais seguros e, deste modo, a alta decorrer sem intercorrências.

Este contacto telefónico tem como função esclarecer eventuais dúvidas dos pais, validar a marcação da primeira consulta após a alta, e facultar orientações quando necessário.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) é da competência do EEESIP promover o crescimento e desenvolvimento do RN, criança, jovem com orientação antecipatória às famílias de modo a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil (Regulamento nº422/2018, 2018). Assim sendo, o envolvimento dos pais e restante família na prestação dos cuidados torna-se irrevogável para o enfermeiro na UCIN.

A parceria de cuidados entre a equipa de profissionais de saúde e os pais é fundamental para o RN. A partilha de informação, esclarecimento de dúvidas aos pais durante o internamento e o apoio prestado pela equipa são elementos fundamentais que promovem a proximidade entre os pais e o RN e salvaguarda uma alta segura.

Ao longo do internamento, torna-se determinante o envolvimento dos pais nos cuidados prestados de forma gradual e progressiva respeitando sempre o estado clínico do RN. A presença, a voz e o toque dos pais são elementos essenciais para a promoção de sensações de prazer, conforto e tranquilidade para o RN (Amaral, 2009).

O Regulamento nº 422/2018 (2018), declara que o EEESIP deve promover a vinculação particularmente no RN com necessidades especiais. desenvolvendo estratégias promotoras de vinculação e contacto físico envolvendo os pais na prestação de cuidados. Este deve igualmente favorecer um comportamento interativo entre RN-pais.

Apesar da minha experiência na área de Pediatria ser ainda reduzida, com o apoio incondicional da enfermeira orientadora e da restante equipa de enfermagem, é possível aprofundar conhecimentos e vivenciar novas experiências nesta área tão particular que é a UCIN. Tudo isto viabiliza a melhoria contínua da minha prestação de cuidados dirigidos ao RN, criança, jovem e família.

Através da implementação do método de enfermeiro de referência é possível prestar cuidados mais individualizados, estabelecer uma relação de confiança e qualidade com os pais do RN e promover a autonomia dos mesmos na prestação de cuidados ao seu filho com supervisão e segurança.

O internamento na UCIN é descrito como um processo de transição complexo recheado de medos e inseguranças por parte dos pais. O método de trabalho supracitado

implementado pelos enfermeiros revela-se fulcral para que os pais se sintam confiantes e para que esta mudança decorra de forma segura e sem constrangimentos ou receios.

OBJETIVOS E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

No decorrer da primeira semana de estágio foi possível conhecer o serviço e a dinâmica organizacional e estrutural do mesmo conseguindo identificar o contributo do EEESIP nesta dinâmica.

Dediquei algum tempo a consultar normas e protocolos do serviço de forma a familiarizar-me com determinados procedimentos e regras implementadas. Devido à especificidade de cada caso, este estágio exige um grande investimento no que concerne a pesquisa e procura de evidência científica como suporte para a prática clínica pelo que considero ser um estágio bastante desafiante.

No decurso de uma conversa informal com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, procurei perceber de que forma poderia contribuir ativamente para o serviço divulgando também a minha temática desenvolvida no decorrer do Mestrado.

Ao longo do estágio irei desenvolver um projeto no qual me proponho a alcançar determinados objetivos. Com o propósito de atingir o meu objetivo geral: **“Adquirir conhecimentos e competências comuns do EE e específicas de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem ao RN, criança, jovem e família”** defini, para este local de estágio, três específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e sua família para a maximização da sua saúde e promoção do desenvolvimento infantil;
- Uniformizar a prestação de cuidados de enfermagem contribuindo no projeto de capacitação dos pais para a alta precoce do RN saudável;
- Divulgar a HDP para os enfermeiros como alternativa à hospitalização de modelo convencional.

Para cada um dos objetivos específicos enunciados, foram estruturadas atividades de modo a desenvolver conhecimentos e adquirir competências sempre tendo como principal foco a promoção da saúde do RN e da sua família.

Objetivo específico 1: “Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e sua família para a maximização da saúde e promoção do desenvolvimento infantil”.

Considero o meu estágio na UCIN um grande desafio tanto a nível pessoal como profissional devido a minuciosidade exigida, complexidade e especificidade de todos os cuidados prestados neste serviço, bem como pela minha inexperiência nesta área tão singular. Deste modo, pretendo investir no meu estudo e realizar pesquisa bibliográfica que considero crucial para adquirir conhecimentos e compreender alguns dos procedimentos realizados no serviço com vista a prestar os melhores cuidados e estar a altura do desafio.

Através da observação e estudo, pretendo otimizar a minha aprendizagem de forma a ir ao encontro das minhas necessidades e complexidade do serviço. Posteriormente, objetivo prestar cuidados diretos ao RN prematuro tanto no contexto de Cuidados Intermédios como de Cuidados Intensivos se exequível.

O apoio e disponibilidade da enfermeira orientadora está a ser uma mais valia e extremamente proveitoso para a minha aprendizagem e prestação nesta unidade.

Objetivo específico 2: “Contribuir para a capacitação dos pais para a alta precoce do Recém-Nascido viabilizando a promoção do desenvolvimento infantil”.

Na primeira reunião com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do serviço, foi-me proposto desenvolver um Guia de Capacitação dirigido aos pais para que os mesmos pudessem consultar sempre que surgissem dúvidas relacionadas com o seu filho. Considerei o projeto muito interessante, desafiante e pertinente pelo que irei empenhar-me em elaborá-lo. Pretendo com este guia uniformizar procedimento e cuidados de enfermagem e, em simultâneo, capacitar os pais para a alta, dando-lhes maior autonomia e algum apoio profissional mesmo que informatizado. Para a sua elaboração, terei como base o Programa já desenvolvido pela equipa e a “Grelha de Apoio à Identificação de Necessidades de Cuidados Antecipatórios na Preparação para a Alta de Crianças Internadas no Serviço de Neonatologia”. O Programa desenvolvido pela equipa encontra-se repartido em sete módulos sendo eles: (1) O Recém-Nascido/Ser prematuro: Desenvolvimento, Ruído, Toque e Canguru Care; (2) Os cuidados à Pele e Higiene do Recém-Nascido; (3) A amamentação e alimentação artificial; (4) Manobra de Desengastamento, RCP e Administração Terapêutica; (5) Cuidados Antecipatórios: vigilância da Saúde e Sinais de Alerta; (6) Prevenção/Vacinação – Proteção Maternidade e Direitos Parentais; e por último, (7)

Rastreios Neonatais e Dispositivo de Segurança Móvel. De acordo com a Grelha de Apoio do serviço, antes da alta, os pais do RN devem deter conhecimento sobre as seguintes temáticas: (1) Alimentação, (2) Amamentação, (3) Extração do Leite por bomba; (4) Alimentação por biberão; (5) Higiene e Conforto; (6) Eliminação; (7) Desenvolvimento e Interação e (8) Problemas de Saúde.

Irei igualmente conceber um Póster tendo como suporte teórico o Guia e os dois documentos supracitados aludindo as temáticas de forma breve e criando um QRCode ao qual os pais poderão aceder sempre que surgirem dúvidas. O QRCode dará acesso a informação mais completa, contudo, simplificada e de fácil consulta. Considero que o mesmo será um apoio valioso, para os pais.

Segundo o Regulamento n.º422/2018 (2018), o EEESIP deve trabalhar em parceria com a criança, família ou pessoa significativa de modo a promover o mais elevado nível de saúde possível. É da sua competência promover a vinculação entre RN e família, doente com necessidades especiais.

Nesse sentido, os enfermeiros devem agir como agentes facilitadores nos processos de transição do Hospital para o Domicílio. Tal torna-se exequível através da integração dos pais na unidade, da promoção das competências parentais e da antecipação de situações de risco. A principal dificuldade dos pais após a alta do RN revela-se ser a continuidade dos cuidados que o mesmo necessita pelo que a capacitação dos pais precoce é irrevogável (Engenheiro & Coelho, 2019).

Objetivo específico 3: “Divulgar a HDP para os profissionais de saúde como alternativa à hospitalização de modelo convencional”.

A HDP é um modelo de internamento no domicílio bastante recente e desconhecido por muitos. Após uma conversa informal com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora sobre esta temática, disponibilizei-me para realizar uma pequena sessão de formação sobre o tema.

Como a equipa de enfermagem é numerosa e trabalham em *rollman*, irei realizar uma apresentação com gravação para que toda a equipa possa assistir de acordo com a sua disponibilidade. Será apresentado o conceito de Hospitalização Domiciliária (HD), como surgiu, destacada a diferença entre HD e apoio domiciliário, e descrita a implementação deste modelo em Portugal. Irei ainda enunciar a pertinência da temática na Neonatologia concedendo exemplos implementados em outros países. Por fim,

deixarei disponível uma folha de avaliação da sessão cumprindo o anonimato de modo a compreender se a equipa considerou a temática interessante e apropriada dando espaço para sugestões de melhoria.

De modo a colocar as atividades em prática e alcançar os objetivos específicos, que vão ao encontro do objetivo geral, vou necessitar de recorrer a diversos recursos nomeadamente: Recursos físicos sendo ele o local de estágio; recursos humanos, os pais, o RN, a equipa multidisciplinar e ainda o suporte da enfermeira supervisora e da docente orientadora. Necessitarei igualmente de recursos materiais como computador com acesso à internet, impressora, artigos científicos, livros, revistas referentes ao tema e documentação da própria unidade. Irei igualmente recorrer aos Regulamentos de Competências Comuns do EE e Específicas do EEESIP como base de apoio ao longo do estágio. A nível dos recursos financeiros, irão ser realizados gastos somente referentes ao materiais utilizados.

Neste projeto serão também incorporados indicadores de avaliação que permitirão avaliar a eficácia e efetividade do projeto realizado. Ao longo do estágio irei consultar a enfermeira orientadora de modo a melhorar a minha prestação de cuidados ao RN e família e refletir sobre todos os procedimentos e oportunidades adquiridas. No que concerne ao Guia de Capacitação dirigido aos pais, este será avaliado previamente pela enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem e, após validação, será disponibilizado aos pais. Posteriormente será disponibilizada a Grelha de Apoio à Identificação das Necessidades de Cuidados Antecipatórios já elaborada pelo serviço para avaliar o conhecimento dos pais e identificar as lacunas presentes de modo a permitir qualquer alteração ou actualização no Guia conforme as necessidades dos mesmos. Relativamente ao último objetivo, dirigido para a temática do meu projeto, realizarei um questionário onde irei procurar compreender se a equipa considerou a temática interessante e enriquecedora para o serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio na UCIN será um desafio constante onde irei adquirir novos conhecimentos. O nível de complexidade deste serviço irá proporcionar-me vivências e experiências inigualáveis que pretendo aproveitar.

Desejo usufruir de todas as oportunidades que surgirem ao longo do mesmo a fim de maximizar os meus conhecimentos e prestar cuidados de enfermagem de máxima qualidade tanto ao RN como à própria família sendo a última um elemento fundamental nesta unidade.

Através da implementação deste projeto, espero atingir os objetivos específicos delineados ao longo do mesmo de modo a adquirir e enriquecer competências comuns do EE e específicas do EEESIP.

Sempre que necessário, reajustarei os objetivos e atividades de acordo com as necessidades do meu contexto de estágio pelo que tenciono colaborar no mesmo de forma ativa.

Após o termino deste módulo, realizarei uma breve reflexão sobre os objetivos alcançados, dificuldades sentidas e competências desenvolvidas no Relatório Final de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9–22. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336912001997?via%3Dihub>
- Amaral, N. (2009). *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém-Nascidos Prematuros Internados - A Visão das Enfermeiras*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf>
- Castro, I. (2016). *Intervenção do Enfermeiro Especialista à Família do Recém-Nascido em Cuidados Paliativos*. [Dissertação, ESEL]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18991/1/Relat%C3%B3rio%20In%C3%AAs%20Castro%202016.pdf>
- Engenheiro, O & Carvalho, G. (2019). Ganhos em Saúde com o Projeto Cuidar: Capacitação dos pais de Recém-Nascidos Prematuros ou de Baixo Peso. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3) (pp. 1916-1932)
- Ferraz, L.; Fernandes, A.; Gameiro, M. (2022). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro: Estudo sobre as Práticas em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto e Contexto Enfermagem* (31). <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MRMnbnRzygN3Rg9r3dSRSx/?format=pdf&lang=pt>
- Hägi-Pedersen, M.-B., Kronborg, H., Norlyk, A. (2021). Knowledge of mothers and fathers' experiences of the early in-home care of premature infants supported by vídeo consultations with a neonatal nurse. *BMC Nursing*, 20(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00572-9>
- Holm, K. G., Brødsgaard, A., Zachariassen, G., Smith, A. C., Clemensen, J. (2019). Parent perspectives of neonatal tele-homecare: A qualitative study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(4), 221–229. <https://doi.org/10.1177/1357633X18765059>
- Magalhães, S. (2011). *A Vivência de Transições na Parentalidade Face ao Evento Hospitalização da Criança*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Disserta%20a7%20a3o.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República*, 2ª série – N.º 26, pp 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pub. L. No Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. *Diário da República*, 2ª série - N.º 133, pp 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a Prestação de Cuidados por “Enfermeiro de Referência” promove a Qualidade. In: Coelho, P. (Ed.) *Servir* (V. 59., nº 5-6. pp. 68-75) Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.

Scheer, E. (2012). *Importância do Cuidado Neuroprotetor de Neonatos de Baixo Peso e Pré-Termo. Quanto aos aspetos psicoafectivos e a qualidade de gestão hospitalar*. [Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67713/000870278.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Silva, T. & Silva, L. (2010). Escalas de Avaliação da Dor utilizadas no Recém-Nascido – Revisão Sistemática. *Ata Médica Portuguesa*, 23, 3 pp. 437-454. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/635/319>

APÊNDICE II –

Projeto de Estágio: 2º Módulo – Atendimento Permanente Pediátrico



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**PROJETO DE ESTÁGIO: 2º MÓDULO – Atendimento Permanente
Pediátrico**

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**PROJETO DE ESTÁGIO: 2º MÓDULO – Atendimento Permanente
Pediátrico**

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

Lisboa, 2023

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APP: Atendimento Permanente Pediátrico

CCF: Cuidados Centrados na Família

EE: Enfermeiro Especialista

EEESIP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HDP: Hospitalização Domiciliária Pediátrica

OE: Ordem dos Enfermeiros

UCP: Universidade Católica Portuguesa

SO: Serviço de Observação

UC: Unidade Curricular

UCICA: Unidade de Cuidados Intermédios à Criança e Adolescente

UCP: Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PERMANENTE PEDIÁTRICO	6
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
OBJETIVO E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	13
Objetivo 1: “Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em processo de transição e em situação de doença aguda, urgente e emergente;”	13
Objetivo 2: “Capacitar os pais, através da educação para a saúde, de modo a evitar idas não urgentes ao APP”	14
Objetivo 3: “Divulgar a HDP, como alternativa à hospitalização convencional, à equipa de enfermagem do APP”	15
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

INTRODUÇÃO

Este projeto surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório integrada no terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O estágio inerente a esta UC encontra-se repartido em três módulos que correspondem a três serviços distintos, sendo eles a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Urgência Pediátrica e Cirurgia Pediátrica, contemplando as 360 horas de contacto exigidas.

O meu Objetivo Geral mantém-se transversal a todos os locais de estágio sendo este, **“Adquirir conhecimentos e competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família”**. Para cada campo de estágio, defini diferentes objetivos específicos tendo em vista a temática predefinida, Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP), e as necessidades de cada contexto de estágio. Com a elaboração deste projeto proponho-me a atingir os objetivos específicos delineados bem como alcançar e desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEESIP.

De momento, encontro-me no contexto de Urgência Pediátrica sendo este correspondente ao segundo módulo do estágio. Este decorre entre os dias nove de outubro e onze de novembro no Atendimento Permanente Pediátrico (APP) de uma instituição privada portuguesa em Lisboa.

Este projeto encontra-se repartido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresento e caracterizo de forma breve a unidade onde decorre o meu estágio. Seguidamente exponho o diagnóstico de situação identificado através da implementação prévia de um questionário. No terceiro capítulo realizo um breve enquadramento teórico. Posteriormente, apresento um plano do projeto onde descrevo os objetivos específicos delineados bem como as atividades que tenciono desenvolver e implementar com o intuito de os alcançar. Do mesmo modo, apresento os recursos e indicadores utilizados para avaliar o impacto de cada atividade. Para finalizar, exibo as Referências Bibliográficas às quais recorri e me auxiliaram na elaboração deste trabalho. O mesmo foi desenvolvido segundo os critérios da Norma *American Psychological Association*, 7ª edição.

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PERMANENTE PEDIÁTRICO

O Atendimento Permanente Pediátrico (APP) onde decorre o meu estágio, pertence a uma instituição privada portuguesa na região de Lisboa. Sendo a mesma considerada um hospital pioneiro na Pediatria, são prestados cuidados pediátricos e médico-cirúrgicos desde o nascimento até aos dezassete anos de idade sendo este detentor de capacidade de diagnóstico, terapêutica e internamento, algo equiparável aos hospitais públicos.

O serviço é composto por uma equipa de enfermagem com enfermeiros generalistas, especialistas e mestres que tanto prestam cuidados no APP como no internamento, algo que viabiliza e facilita a continuidade dos cuidados prestados à criança.

O principal foco da equipa é a criança e sua família. Deste modo, o doente dá entrada na área administrativa do APP, ativa a sua ficha e aguarda chamada. É primeiramente encaminhado para um gabinete de enfermagem onde se realiza a triagem e se classifica a gravidade da situação. Através da triagem é possível garantir um atendimento de acordo com a situação clínica e não apenas segundo a hora de chegada. Após avaliação e colocada a pulseira com a cor da prioridade atribuída devidamente identificada, a criança e o seu familiar/pessoa significativa regressam para a sala de espera onde aguardam observação médica.

O APP é composto pela triagem, sala de observação (SO) composto por camas/berços, sala de enfermagem, sala de tratamentos/procedimentos e gabinetes médicos.

Quando se evidencia a necessidade de vigilância contínua mas por um curto período de tempo, a criança é transferida para a Sala de Observação (SO) onde recebe cuidados da equipa de urgência presente. Existindo a necessidade de um acompanhamento mais prolongado, a criança poderá ser transferida para o serviço de internamento ou para a Unidade de Cuidados Intermédios da Criança e do Adolescente (UCICA) e aí permanecer o tempo necessário.

O APP tem como principal objetivo dar resposta às necessidades da criança e família portadora de doença aguda no contexto de urgência. O EEESIP tem, neste contexto, um papel primordial na prestação de cuidados diferenciados à criança e sua família pelo que é da sua competência assistir à criança/jovem e sua família na

maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e ainda, prestar cuidados específicos dando resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O afluxo crescente do recurso sistemático às Urgências em situações não urgentes prejudica e perturba o bom funcionamento dos serviços. Esta tendência, causa um aumento do tempo de espera espectável para a consulta e uma sobrecarga para os profissionais do serviço. A implementação da triagem de Manchester veio permitir organizar e priorizar cada situação de acordo com o grau de urgência da mesma de modo a não prejudicar situações de carácter verdadeiramente urgente. A triagem detém cinco níveis diferentes de gravidade sendo que cada nível corresponde a uma cor e a um tempo de espera estimado para observação.

A educação para a saúde visa promover atitudes e valores que suportam comportamentos saudáveis. Através da mesma é possível educar e capacitar os pais a adotar comportamentos adequados, instruindo sobre quais os sintomas de alerta em situação de doença, como atuar na sua presença e quando recorrer ao APP. Torna-se assim possível reduzir a afluência não urgente à Urgência apelando os pais e a criança/jovem a ponderar e avaliar cada situação com conhecimento.

Young et al. (2006), defendem que o empoderamento das famílias é imprescindível para a sua capacitação na prestação de cuidados de saúde de qualidade à criança. Somente através desses cuidados é possível prevenir idas recorrentes não urgentes ao APP e proporcionar uma transição bem-sucedida e segura.

Ao longo da primeira semana de estágio, foi possível conhecer a equipa de enfermagem e a dinâmica do serviço. De modo a identificar as principais problemáticas do APP e compreender a intervenção da equipa neste mesmo contexto, elaborei um questionário dirigido à equipa de enfermagem. Através do mesmo, pretendo compreender os fluxogramas da Triagem de Manchester de Pediatria mais recorrentes e a pertinência de desenvolver determinadas temáticas dirigidas aos pais de modo a capacitar os mesmos e reduzir a probabilidade de recorrência à Urgência desnecessária. Planeio também averiguar o interesse da equipa em conhecer a minha temática, Hospitalização Domiciliária Pediátrica, e partilhar ideias e opiniões sobre a implementação da mesma em Portugal.

Após analisar o questionário evidencio que a equipa denota uma necessidade acrescida em desmistificar a Febre como doença e instruir os pais sobre os sinais de alerta a que devem estar despidos quando associados a febre pelo que me disponibilizei para elaborar um folheto informativo sobre essa temática.

Através de um diálogo informal com a enfermeira orientadora, tomei conhecimento que algumas crianças atendidas no APP vão para o domicílio com Cateter Venoso Periférico (CVP) a cumprir antibioterapia, deslocando-se somente uma vez por dia à Unidade. Após o mesmo, constatei a inexistência de qualquer documento informativo sobre os cuidados a ter com o CVP no domicílio e que não é usual facultar um kit de SOS em caso de exteriorização acidental do CVP. Assim sendo, adicionei no questionário uma questão sobre a pertinência de elaborar um folheto informativo para os pais sobre este tema ao qual obtive uma resposta de 100% de aprovação. Deste modo, propus-me a elaborar um *flyer* dirigido aos pais sobre os cuidados a ter com o CVP em casa e disponibilizei-me a preparar saquinhos com um kit composto por compressas e adesivo para acompanhar o folheto e o utilizar se necessário.

No final do questionário, interroguei se a equipa teria interesse em assistir a uma formação sobre a HDP sendo esta a minha temática eleita para o relatório final de mestrado. A Hospitalização Domiciliária Pediátrica, como o próprio nome indica, é um modelo de internamento definido pela assistência contínua de uma criança com doença aguda ou crónica agudizada que viabiliza a substituição do internamento convencional satisfazendo igualmente todas as necessidades da criança. Apesar do modelo não ser aplicável neste campo de estágio, considerei pertinente a sua divulgação sendo que a equipa do APP também presta cuidados no internamento de Pediatria e na Unidade de Cuidados Intermédios à Criança e Adolescente (UCICA) propondo assim uma sessão formativa sobre a temática no questionário.

Na Urgência, o método de trabalho mais utilizado é o método funcional sendo mais direcionado para a tarefa em si. Através da implementação do mesmo é possível adquirir um aumento da produtividade da equipa associado à economia do tempo sendo este executado com maior rapidez. Associado ao método funcional, também se aplica o método de trabalho de equipa que viabiliza uma maior segurança na prestação dos cuidados e uma maior rentabilização dos recursos. Este modelo é implementado sob a liderança de um líder de equipa que efetua a distribuição da equipa de acordo com as competências de cada elemento (Ventura-Silva, et al., 2021).

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas vivenciam diversas transições que causam um desequilíbrio no seio familiar. Quando estão interligadas com o domínio da saúde, cabe ao enfermeiro auxiliar a família nesse processo de mudança. Afaf Meleis, fundadora da Teoria das Transições, uma teoria de Médio Alcance, define transição como sendo um

evento/experiência dinâmica que desencadeia uma necessidade de reorganização. Esta teoria centra-se sobretudo nas respostas humanas nos processo de vida, de saúde e de doença. A transição saúde-doença está sempre correlacionada com um contexto de doença pelo que o enfermeiro interage com a pessoa e sua família tendo em conta a realidade da mesma (Tavares, 2020). No APP, o papel do enfermeiro revela-se essencial e de extrema importância para lidar com este processo de transição sempre mais sensível quando relacionado com uma criança sendo frequentemente este serviço o primeiro ao qual os pais recorrem em situação de doença.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista é aquele que detém de competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. Este, presta cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação tanto da criança como da sua família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Evidencia-se assim a importância da implementação dos Cuidados Centrados na Família (CCF) neste contexto. Através da sua aplicação é possível assegurar a parceria dos cuidados e negociação dos mesmos com a criança e família. Uma vez que a família é um sistema aberto composto e influenciado pelos seus elementos e pelo meio que a rodeia, é fundamental integrá-la na prestação dos cuidados à criança de modo a salvaguardar o seu equilíbrio ou promover o restabelecimento do mesmo.

No contexto de Urgência, evidencia-se a importância da comunicação sendo esta uma das principais ferramentas para a compreensão e desenvolvimento do ser humano. Somente através da mesma é possível estabelecer ligações e criar relações adequadas. O primeiro contacto entre a criança e família e o profissional de saúde é na triagem. Este é caracterizado como sendo um momento tenso, com tempo limitado onde o enfermeiro deve transmitir profissionalismo, confiança, respeito, aceitabilidade e disponibilidade. Somente desta forma os pais conseguem verbalizar os seus medos e receios, as suas dúvidas e aquilo que os motivou a recorrerem ao APP.

É notória a preocupação dos pais quando se deslocam ao APP. Os mesmos, são invadidos por um turbilhão de sentimentos como medo e insegurança que desencadeiam ansiedade e stress. Estes sentimentos e emoções são habitualmente intensos pelo que dificultam a partilha de informação com os profissionais.

Por sua vez, os profissionais de saúde sentem uma enorme dificuldade em transmitir informações assertivas que tranquilizem os pais ou mesmo realizar educação para a saúde quando estes se encontram nestas situações de maior fragilidade. Deste modo, torna-se imprescindível, primeiramente, ajudar os pais a gerir esse sentimento através da transmissão de segurança e confiança. Tal só é exequível através da promoção de uma atitude de empatia do profissional para com os pais e através da promoção de um ambiente de ajuda e de interação. A escuta ativa evidencia-se como uma componente fulcral neste processo pelo que somente através da mesma é possível demonstrar disponibilidade para compreender o Outro acalmá-lo (Almeida, 2016).

Neste contexto, evidencia-se ainda o binómio saúde-doença que desencadeia a ida à Urgência. Este processo de transição é complexo pelo que o EEESIP tem um papel fundamental para que este decorra sem intercorrências. Cabe ao profissional de saúde prestar cuidados especializados, promover um ambiente acolhedor e humanizado, ser empático e colaborar neste processo de adaptação como membro facilitador.

É ainda da competência do EEESIP ter em conta a natural dependência da criança e prestar cuidados ao binómio criança/família sempre com fim à maximização da sua saúde dando resposta às necessidades do ciclo de vida da criança/jovem e promovendo desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

OBJETIVO E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

No decorrer do estágio irei, à semelhança do módulo anterior, desenvolver um projeto no qual me proponho a alcançar determinados objetivos delineados para o contexto onde me encontro. Os objetivos específicos, irão de encontro ao Objetivo Geral deste estágio: “Adquirir conhecimentos e competências comuns do EE e específicas do EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem ao RN, criança, jovem e família”.

Deste modo, delineei como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em processo de transição e em situação de doença aguda, urgente e emergente;
- Capacitar os pais, através da educação para a saúde, de modo a evitar idas não urgentes ao APP;
- Divulgar a HDP, como alternativa à hospitalização convencional, à equipa de enfermagem do APP.

Para cada um dos objetivos específicos supracitados, irei estruturar atividades de modo a alcançá-los através do desenvolvimento de conhecimentos e competências, sempre tendo como principal foco a promoção/maximização da saúde da criança/jovem e sua família.

Objetivo 1: “Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em processo de transição e em situação de doença aguda, urgente e emergente;”.

O APP é um serviço diversificado ao qual os pais recorrem em situações de doença aguda aflitivas e que normalmente requerem de cuidados de um profissional. O mesmo tem como intuito prestar cuidados de qualidade e excelência a todas as crianças/jovens independentemente da complexidade e especificidade da doença.

O meu estágio neste contexto está a ser uma experiência única e bastante gratificante. A minha imperícia na área despertou em mim a necessidade de realizar pesquisa sobre a triagem de Manchester na Idade Pediátrica, a fim de conhecer os fluxogramas específicos da pediatria, bem como explorar as patologias mais frequentes em cada faixa etária. Deste modo, pretendo investir no meu estudo de modo a adquirir conhecimentos e sentir-me mais confiante na prestação dos cuidados neste contexto. O apoio da enfermeira orientadora e restante equipa tem-se revelado proveitoso visto as mesmas colocarem-me à vontade para esclarecer dúvidas. Somente através da junção

destes dois aspetos se torna possível adquirir conhecimentos e compreender as especificidades do APP.

Na triagem, sendo o primeiro contacto entre a criança/família e o enfermeiro, pretendo colaborar com a enfermeira orientadora, compreender os fluxogramas mais comuns e estar alerta para eventuais sinais de alarme em situações de maior urgência de modo a priorizar o atendimento de cada situação.

Terei sempre em conta os Cuidados Centrados na Família (CCF) sendo esta a conceção pela qual o APP se rege. Os CCF são uma filosofia de cuidado fulcral para o alcance da excelência sendo uma ferramenta imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade à criança/jovem. A ida da família à urgência é um fator de stress familiar que gera uma instabilidade e desequilíbrio do seu sistema. Deste modo, evidencia-se a importância da parceria entre família e profissionais de saúde. A criação desse elo é imprescindível para a promoção de um processo de transição saúde-doença, seguro e saudável bem como para restabelecer o equilíbrio que o surgimento de uma doença destruiu (Reis, 2016).

O EEESIP tem um papel promotor do desenvolvimento infantil e bem estar da criança e família pelo que é da sua competência auxiliá-los através da educação para a saúde.

Objetivo 2: “Capacitar os pais, através da educação para a saúde, de modo a evitar idas não urgentes ao APP”

As transições de saúde-doença na infância caracterizam-se por experiências de medo, ansiedade e stress. Muitas vezes, é devido a essas emoções e sentimento de impotência que os pais recorrem à urgência com a criança em caso de doença aguda.

Através da análise do questionário implementado, verifico que toda a equipa considera que através da educação para a saúde é possível prevenir idas não urgentes ao APP. A capacitação e empoderamento dos pais é um cuidado fulcral que o EEESIP deve ter no contexto de Urgência. Através da promoção do empoderamento é possível promover a autonomia dos pais o que proporciona um maior controlo das adversidades que vão surgindo viabilizando transições seguras e saudáveis. Esta capacitação permite os pais participarem ativamente nos cuidados e consequentemente reduzir sentimentos de medo, ansiedade e stress.

No questionário, observo uma preocupação acrescida em tópicos como febre e diarreia e vómitos. Estes foram os tópicos mais votados no que concerne a idas não

urgentes ao APP. Deste modo, propôs-me a elaborar um folheto informativo e dinâmico sobre a febre e os sinais de alerta a que os pais devem estar despertos quando a criança apresenta febre. No que concerne a diarreia e vômitos, propus-me igualmente a elaborar um folheto informativo dirigido para os pais.

Com a realização destes folhetos pretendo promover a educação para a saúde e realizar alguns ensinamentos aos pais que recorrem à urgência nestas situações em particular. Este cuidado, terá como intuito evitar idas recorrentes à urgência caso a criança apresente febre ou diarreia e vômitos pois toda a equipa considera que, através da elaboração de folhetos, ensinamentos e educação para a saúde, é possível evitar a afluência excessiva e desnecessária ao APP.

Ao longo do estágio pretendo prestar cuidados à criança incluindo sempre a família implementando a filosofia dos Cuidados Centrados na Família pois, somente através desse cuidado é possível prestar cuidados humanizados e não traumáticos à criança (Diogo, et al., 2016). Aproveitarei todos os momentos de oportunidade para realizar educação para a saúde e conseqüentemente capacitar os pais sobre alguns cuidados a ter.

Objetivo 3: “Divulgar a HDP, como alternativa à hospitalização convencional, à equipa de enfermagem do APP”

Na instituição onde me encontro não aplicam a modalidade de HDP, contudo, quando as crianças se encontram a cumprir antibioterapia EV, em alguns casos, podem regressar a casa com CVP tendo de se deslocar ao hospital somente para cumprir o antibiótico. Este procedimento é aquele que mais se assemelha à HDP contudo, não há uma disponibilidade da equipa por 24 horas e é a criança que se desloca à instituição ao invés da equipa se deslocar até ao domicílio. Visto neste contexto os pais não terem nenhum documento informativo sobre os cuidados a terem com o CVP em casa, disponibilizei-me a elaborar um que fosse claro e conciso para que os pais soubessem os sinais aos quais devem ficar despertos e o que fazer em caso de exteriorização do cateter.

No APP não existe internamento hospitalar. Quando uma criança/jovem necessita de uma vigilância prolongada é transferido para o internamento de Pediatria. Visto a equipa de enfermagem ser rotativa, ou seja, realiza turnos tanto no APP como no internamento, questioneei a enfermeira orientadora se seria pertinente divulgar a minha temática. Após a sua aprovação, inquiri no questionário elaborado se a equipa

consideraria pertinente assistir a uma sessão de formação sobre a HDP do qual obtive aprovação de quase 100% das pessoas.

Deste modo, propus-me a elaborar a formação para divulgar esta modalidade, explicar o conceito, a sua pertinência e as vantagens que o mesmo acarreta. Irei ainda diferenciar a HDP do apoio domiciliário que muitas vezes é confundido e abordar a sua implementação tão recente em Portugal.

A sessão irá ser realizada por videochamada com todos os elementos que terão disponibilidade para assistir. Devido à impossibilidade de juntar toda a equipa, e de modo a abranger o máximo de participantes possível, irei gravar a sessão e disponibilizar para toda a equipa. Deste modo pretendo deixar a sessão acessível a todos os enfermeiros que queiram voltar a visualizar e àqueles que não terão oportunidade de assistir em direto.

Para implementar as atividades acima descritas irei recorrer a diversos recursos nomeadamente recursos físicos como o local de estágio; recursos humanos sendo eles o RN/criança/jovem, família, equipa multidisciplinar, enfermeira supervisora e professora orientadora e recursos materiais particularmente o computador com acesso à internet, impressora, artigos científicos, livros, documentação do próprio serviço, e os regulamentos de competências comuns do EE e específicas do EEESIP. Os recursos financeiros serão inerentes aos custos acrescidos para materiais utilizados.

Necessitarei igualmente de recorrer a indicadores de avaliação que permitirão avaliar a eficiência e efetividade do projeto realizado. Ao longo do estágio irei consultar a enfermeira orientadora de modo a obter a aprovação da mesma no decorrer da elaboração dos trabalhos e no que concerne à minha prestação e a forma como abordo no serviço. Para avaliar os *flyers* elaborados, após serem aprovados pela equipa, pretendo fornecer aos pais explicando os mesmos e solicitar a opinião dos mesmos sobre a sua pertinência e utilidade. Relativamente à sessão de formação, após a sua aplicação, deixarei um link disponível com um formulário previamente elaborado para que a equipa avalie a sessão dando espaço para sugestões de melhoria. Este questionário tem como intuito compreender se a equipa considerou a temática interessante e, de algum modo, enriquecedora para o serviço.

CONCLUSÃO

O meu estágio, no APP de uma instituição privada portuguesa na região de Lisboa, está a ser um grande desafio onde tenho adquirido novos conhecimentos e tido experiências únicas.

É um contexto diferente, no qual nunca tinha prestado cuidados pelo que tenho aproveitado todas as oportunidades de aprendizagem para crescer e me desenvolver enquanto futura EEESIP.

A pesquisa e procura constante tem contribuído bastante para a minha integração no serviço pois, através desse cuidado concomitantemente com a ajuda inigualável da enfermeira orientadora, tenho-me integrado no serviço e adquirido algumas competências comuns do EE e outras específicas do EEESIP.

A implementação do questionário dirigido para a equipa foi imprescindível para compreender as necessidades do serviço e a pertinência da minha temática neste contexto.

Tem sido uma aventura desde o primeiro dia na qual tenho aprendido imenso.

Após a finalização do segundo módulo deste estágio, realizarei uma breve reflexão sobre os objetivos alcançados, dificuldades sentidas e competências adquiridas e desenvolvidas num subcapítulo integrado no Relatório Final de Estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. (2016). Vivências Emocionais do Cliente Pediátrico Hospitalizado: Intervenções de Enfermagem para um Acolhimento Humanizado. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18132/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20Sandra%20Almeida.pdf>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem* 20, 2, 26-47. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – N.º 26, pp 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pub. L. No Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Diário da República, 2ª série - N.º 133, pp 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Rabiais, I., Charepe, Z. & Ferrito, C. (2023). Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. Lisboa.
- Reis, D. (2016). Promoção de Cuidados Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica – Intervenção do Enfermeiro Especialista. Dissertação de Mestrado. RCAAP Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18133/1/Relat%C3%B3rio%20Daniela%20Costa%20Reis.pdf>
- Tavares, P. (2020). Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde. Porto, Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129207/2/418965.pdf>

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M., (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6, 278-295. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Young, N. L., Barden, W., McKeever, P., Dick, P. T., & The Tele-HomeCare Team6. (2006). Taking the call-bell home: A qualitative evaluation of Tele-HomeCare for children. *Health and Social Care in the Community*, 14(3), 231–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00615.x>

APÊNDICE III –

Projeto de Estágio: 3º Módulo – Cirurgia Pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

PROJETO DE ESTÁGIO: 3º MÓDULO – Cirurgia Pediátrica

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Lisboa, 2024



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

PROJETO DE ESTÁGIO: 3º MÓDULO – Cirurgia Pediátrica

Por

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

Lisboa, 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCF: Cuidados Centrados na Família

EE: Enfermeiro Especialista

EEESIP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HDP: Hospitalização Domiciliária Pediátrica

OE: Ordem dos Enfermeiros

UCP: Universidade Católica Portuguesa

UC: Unidade Curricular

UCP: Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA	6
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
OBJETIVOS E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	11
Objetivo 1: “Desenvolver projetos de melhoria da qualidade de programas de educação para a saúde dirigido para os pais e crianças”	11
Objetivo 2: “Divulgar a HDP como alternativa viável ao internamento convencional, à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica e Pneumologia Pediátrica” ..	13
Objetivo 3: “Adquirir competências no âmbito do Domínio da Gestão dos Cuidados”.	14
CONCLUSÃO	16

INTRODUÇÃO

O projeto apresentado surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório integrada no terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O estágio inerente a esta UC encontra-se repartido em três módulos que correspondem a três serviços distintos, sendo eles a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Urgência Pediátrica e Cirurgia Pediátrica, contemplando 360 horas de contacto exigidas.

O meu Objetivo Geral é transversal a todos os locais de estágio sendo este, **“Adquirir conhecimentos e competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados ao recém-nascido, criança, jovem e família”**. Para cada campo de estágio, defini objetivos específicos diferentes tendo em consideração a temática elegida para desenvolver no decorrer do mestrado, a Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP), e também as necessidades existentes em cada campo de estágio. Com a elaboração deste projeto proponho-me a atingir os objetivos específicos delineados através do alcance e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas do EEESIP.

Este projeto, inerente ao terceiro módulo integrado nesta UC, decorre no Internamento de Cirurgia Pediátrica entre os dias treze de novembro e dezasseis de dezembro de 2023, no serviço de uma instituição pública localizada na área da Grande Lisboa.

O projeto encontra-se repartido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresento e caracterizo o serviço onde decorre o estágio. No segundo contemplo o diagnóstico de situação identificado através da observação, de uma conversa informal com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, e após implementação de um questionário dirigido para toda a equipa. Em seguida, apresento o enquadramento teórico, os objetivos específicos delineados e as atividades que serão desenvolvidas de modo a atingi-los. Toda a prática aplicada será baseada na evidência. Após o supracitado, identifico os recursos e indicadores aos quais irei recorrer para avaliar o impacto de cada atividade. Para finalizar, exponho as Referências Bibliográficas às quais recorri e que me auxiliaram na elaboração do trabalho. O mesmo é desenvolvido de acordo com os critérios da Norma *American Psychological Association*, 7ª edição.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

O último estágio decorre no Serviço de Cirurgia Pediátrica de um Hospital Público da região de Lisboa no qual exerço funções desde janeiro de 2022. Este integra um Centro Pediátrico altamente diferenciado que detém de uma visão atual, sendo um serviço de referência nacional na prestação de cuidados assistenciais compreensivos, integrados e inovadores centrados na criança (CHLN, 2022).

A sua principal missão consiste na conquista da liderança na prestação de cuidados, na promoção da saúde e bem-estar da criança e adolescente e respetivas famílias ao longo do ciclo de vida (CHLN, 2022).

O serviço que me acolhe é composto por uma equipa de enfermagem constituída por 36 enfermeiros sendo que 27 são enfermeiros generalistas, sete especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e dois em Enfermagem de Reabilitação. Sendo um serviço composto por duas valências, Cirurgia Pediátrica e Pneumologia Pediátrica, toda a equipa presta cuidados alternadamente em ambas as alas. O meu estágio, decorre essencialmente na ala de Cirurgia Pediátrica, uma ala com capacidade para dezasseis camas existindo um quarto com quatro camas e dois individuais sendo um destes denominado por sala dos campeões. O último localiza-se de frente à sala de enfermagem e destina-se a crianças com elevado grau de complexidade e com uma maior necessidade de vigilância.

Neste serviço prestam-se cuidados a crianças dos zero aos dezassete anos de idade e 364 dias sendo um serviço de referência para crianças de elevada complexidade, nomeadamente politraumatizadas. Contudo, são prestados cuidados a crianças com variados diagnósticos de diversas especialidades nomeadamente ortopedia, urologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurocirurgia e cirurgia plástica.

No serviço de Cirurgia Pediátrica é adotado o método de trabalho em equipa. Com este método, os enfermeiros são distribuídos por equipas, cada uma composta por um chefe de equipa, sendo este o líder, um subchefe e os restantes elementos. Cabe ao chefe de equipa, em cada turno, assegurar a distribuição dos elementos pelas duas alas do serviço de Pediatria tendo em conta as habilidades e qualificações de cada enfermeiro. Este método viabiliza a colaboração de todos os elementos que compõem a equipa, satisfação profissional, uma tomada de decisão e pensamento crítico sustentados

que promovem a segurança dos profissionais e dos cuidados que prestam (Ventura-Silva et al., 2021).

A equipa rege-se essencialmente pelos Cuidados Centrados na Família pelo que a integração dos pais nos cuidados encontra-se muito presente nas práticas aplicadas pois só deste modo é possível alcançar a excelência dos cuidados.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Sendo a Cirurgia Pediátrica o serviço onde exerço funções, detenho desde início conhecimentos sobre o funcionamento do serviço bem como as suas carências. Através de uma conversa informal com a minha enfermeira orientadora e a chefe do serviço, expus a minha temática e procurei compreender as áreas que consideravam com maior necessidade de atuação apresentando e debatendo algumas das ideias previamente estudadas.

Ao longo do internamento das crianças, a equipa de enfermagem procura desde início envolver os pais e realizar ensinamentos de modo a capacitá-los tanto para a parceria dos cuidados ao longo do internamento como para o momento da alta. Sendo do meu conhecimento que não existe nenhum documento de suporte para facultar aos pais e embora a alta precoce permaneça uma modalidade não presente no serviço, procurei explicar as minhas ideias e compreender a pertinência de elaborar folhetos informativos sobre algumas temáticas recorrentes que serviriam para elucidar os pais e também prepará-los para uma eventual alta precoce quando viável.

Ocorrem, por vezes, internamentos prévios de crianças submetidas eletivamente a cirurgias como a colocação de uma Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG). Esta cirurgia consiste na introdução de uma sonda a nível da cavidade gástrica através da parede abdominal que viabiliza posteriormente a administração de conteúdo alimentar, líquidos e medicação em doentes impossibilitados de o fazer oralmente. Crianças submetidas a estas intervenções permanecem internadas, em média, por um período de dois a três dias consoante a evolução da situação e a segurança dos pais. A realização de ensinamentos aos pais desde o início do internamento, e a ausência de complicações, permite promover e viabilizar uma alta precoce segura sendo algo considerado benéfico para todos, principalmente para a criança (SPED, 2023).

O procedimento de Mitrofanoff, também conhecido por apendicovesicostomia é outro procedimento realizado neste serviço no qual se verifica a necessidade de um reinternamento para remoção de sondas a realização de ensinamentos. Este procedimento consiste numa abertura na região abdominal com recurso ao apêndice cecal ou a um pequeno segmento do intestino delgado para formar um canal cateterizável que gere uma ligação entre a bexiga e a parede abdominal. Passadas 4 a 6 semanas após o processo cirúrgico e remoção das sondas, é instruído à criança e pais os cuidados a ter na execução do cateterismo vesical intermitente.

A HDP é ainda uma realidade bastante distante do serviço e da própria equipa mas que desperta interesse e na qual se reconhece inúmeras vantagens. Este seria um modelo alternativo ao internamento convencional viável em diversos contextos nomeadamente em crianças que se encontram a cumprir antibioterapia, internamentos eletivos com uma duração mais prolongada, para execução de ensinos ou realização de tratamentos.

A telemedicina é um serviço complementar à HDP igualmente viável no serviço, que proporciona um acompanhamento adequado da criança e dos pais à distância. Este contacto seria uma mais valia para a equipa mas principalmente para as crianças e para os próprios pais que regressariam a casa com um sentimento de maior segurança e apoio uma vez que a criança voltaria para o domicílio, mantendo o apoio da equipa de enfermagem.

O EE é detentor do domínio da gestão dos cuidados, apresenta a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem através da otimização da resposta da equipa e articulação na equipa de saúde. A adaptação da sua liderança e gestão dos cuidados tendo em vista os recursos que possui, é igualmente fulcral, pelo que deve salvaguardar sempre a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE (2019, p. 4744), este é detentor de “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” através da promoção da educação, orientação e aconselhamento. É reconhecido como sendo da sua competência descodificar informações e desmistificar alguns mitos que se sobrepõem à evidência científica.

O EEESIP deve, sempre que exequível, prestar cuidados em parceria com a criança e família independentemente do contexto em que se encontre (Regulamento n.º422/2018). Deste modo, torna-se irrevogável a importância de partilhar informação, de esclarecer as dúvidas e envolver tanto a criança como os pais em todos os atos ao longo do internamento.

Os ensinamentos devem ser executados desde o primeiro contacto de forma gradual e progressiva para que a criança e os pais se familiarizem com os procedimentos acompanhando o ritmo de aprendizagem dos mesmos. Este cuidado viabiliza a criação de uma relação terapêutica entre profissional e o doente baseada na segurança, confiança, respeito e empatia.

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 (2018), o EEESIP deve assistir a criança com a família sendo este binómio um alvo do cuidar. A integração da criança e dos pais na prestação de cuidados ameniza os constrangimentos causados pelo processo de transição decorrente da casa para o hospital ou vice-versa. Estas mudanças vivenciadas com medo e insegurança podem ser facilitadas através do estabelecimento de uma relação terapêutica e da partilha de informação, sendo possível desta forma promover a literacia em saúde, gerar sentimentos de segurança e consequentemente, promover a autonomia da criança e o empoderamento dos pais.

A minha experiência na área de pediatria é ainda diminuta, contudo foi maioritariamente adquirida no serviço onde decorre o meu estágio. Este apresenta um contexto multidimensional visto ser um serviço onde são prestados cuidados à criança em todas as faixas etárias com uma grande diversidade de diagnósticos. Apesar de ser um serviço cirúrgico é, sempre que necessário, prestado apoio a outros serviços de pediatria o que proporciona um maior leque de diagnósticos viabilizando igualmente um maior número de experiências, oportunidades e aprendizagens.

OBJETIVOS E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Sendo a Cirurgia Pediátrica o serviço onde presto cuidados e exerço funções, a sua dinâmica organizacional e estrutural já me é familiar. Posto isto, no decorrer da primeira semana, dialoguei com a minha enfermeira orientadora, expus a minha temática de mestrado e alguns dos diagnósticos nos quais gostaria de trabalhar se a mesma concordasse e os considerasse igualmente pertinentes e úteis.

Tendo em vista o meu objetivo geral delineado para o estágio, **“Adquirir conhecimentos e competências comuns do EE e específicas de EESIP na prestação de cuidados ao Recém-Nascido, criança, jovem e família”** defini os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver projetos de melhoria da qualidade de programas de educação para a saúde dirigido para os pais e crianças;
- Divulgar a HDP como alternativa viável ao internamento convencional, à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica e Pneumologia Pediátrica;
- Adquirir competências no âmbito dos Domínios da Melhoria e Gestão dos Cuidados.

Para o alcance dos objetivos específicos supracitados, irei refletir e executar atividades dirigidas para cada um em particular. Através da sua realização, terei a oportunidade de adquirir algumas competências comuns do EE que ainda não tive a oportunidade de atingir no decorrer dos contextos anteriores e aprofundar conhecimentos em determinadas áreas. O meu principal foco será sempre a maximização da saúde da criança/jovem e da sua família através da promoção da literacia em saúde.

Objetivo 1: “Desenvolver projetos de melhoria da qualidade de programas de educação para a saúde dirigido para os pais e crianças”

A Cirurgia Pediátrica é um serviço bastante dinâmico onde são internadas crianças com uma grande diversidade de diagnósticos e diferentes graus de complexidade. Posto isto, o investimento na formação contínua e procura por informação atualizada baseada na evidência por parte dos profissionais torna-se imprescindível. Através deste cuidado pretendo transmitir informação de forma clara e fundamentada aos pais e crianças respeitando o seu grau de literacia em saúde e faixa etária respetivamente.

Parte dos internamentos que ocorrem neste serviço são eletivos, ou seja, são previamente programados sendo que, em alguns casos, a criança dá entrada no serviço na véspera do procedimento cirúrgico.

A colocação de Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) é uma das intervenções eletivas comumente realizada no serviço, onde os ensinamentos executados pela equipa recaem sobretudo nos pais e são habitualmente realizados após a intervenção. A falta de guias informativos cria orientações fragmentadas e incompletas o que provoca por vezes a incompreensão por parte dos cuidadores. Deste modo, revela-se fundamental realizar um ensino contínuo, progressivo e uniformizado através da partilha de informação e, quando possível, de tomada de decisão.

Assim sendo, os ensinamentos devem ser iniciados desde o primeiro dia de internamento e a sua prática, assim que exequível para que os pais se sintam seguros e confiantes na prestação de cuidados ao seu filho e aptos para responder às necessidades do mesmo. Segundo Ramos (2020), o empoderamento dos pais é fulcral a parceria dos cuidados e tomada de decisão conjunta pois tal promove uma maior autonomia e eleva os níveis de autoeficácia.

A promoção da saúde através da educação para a saúde é tanto benéfica para a equipa como para os pais. No que concerne aos enfermeiros, a realização de ensinamentos adequados promove o seu desenvolvimento a nível comunicacional, de ensinamentos e trabalho de equipa viabilizando uma maximização de ganhos em saúde tanto da criança como da sua família atingindo uma capacitação e promoção da autonomia dos mesmos.

O período de internamento é, por vezes, prolongado devido a falta de confiança e segurança dos pais na prestação de cuidados a criança. Posto isto, considere pertinente elaborar um *flyer* com o intuito de transmitir informação e possibilitar o esclarecimento de dúvidas desde o início do internamento proporcionando um melhor acompanhamento e preparação dos pais dando a oportunidade de ir esclarecendo dúvidas sempre que as mesmas surjam. Para validar a compreensão da informação transmitida através do documento fornecido, irei também elaborar uma folha de avaliação onde os pais poderão assinalar os pontos em que sentem mais dúvidas ou maior dificuldade. O resultado desta folha, permite o profissional avaliar as lacunas de cada cuidador e dirigir os ensinamentos para as necessidades específicas de cada família alcançando assim a excelência na prestação dos seus cuidados.

No que concerne ao cateterismo vesical intermitente, tal como no procedimento anterior, as crianças são internadas eletivamente. No entanto, nesta situação, por duas ocasiões sendo que o segundo internamento destina-se à remoção de sondas e realização de ensinos. Deste modo disponibilizei-me a realizar um folheto informativo detalhado sobre a cirurgia, explicando em que consiste, o que esperar após a mesma e os cuidados a ter na execução do cateterismo vesical de modo a reduzir o tempo de internamento, promover um ensino contínuo e, conseqüentemente, a autonomia da criança e dos pais proporcionando um regresso a casa mais seguro e definitivo. Para avaliar o folheto elaborado e contribuir na maximização da saúde da criança, irei disponibilizar uma folha de avaliação para que os pais, exponham as suas dúvidas. Este método irá possibilitar uma intervenção nas necessidades de cada um de forma individualizada.

A telemedicina é um complemento viável e seguro da HDP que aporta imensas vantagens para os cuidadores. Não sendo este modelo uma realidade aplicada na instituição onde me encontro, pretendo propor a implementação de um acompanhamento telefónico após a alta onde será realizada uma ligação telefónica pela equipa de enfermagem nas primeiras 48 horas após a alta. Com esta ligação pretendo compreender como decorreu o regresso a casa, esclarecer algumas dúvidas que tenham surgido e transmitir segurança reforçando os ensinos.

Objetivo 2: “Divulgar a HDP como alternativa viável ao internamento convencional, à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica e Pneumologia Pediátrica”

Embora a instituição onde se integra o meu serviço não aplique a modalidade de HDP, esta é detentora de uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD). Sendo duas modalidades frequentemente confundidas, torna-se importante distingui-las.

A UMAD proporciona um acompanhamento periódico após a alta hospitalar ao invés da HDP que consiste num modelo de internamento no domicílio onde é realizada uma assistência contínua da criança com doença aguda ou doença crónica agudizada garantindo assistência durante as 24 horas por dia.

Analisando o conceito da HDP e os seus critérios de inclusão, considero que seria um modelo com viabilidade de implementação neste serviço assim como a alta precoce segura com acompanhamento profissional especializado. Encontram-se por vezes crianças internadas na Cirurgia Pediátrica apenas para cumprir antibioterapia ou para realização de ensinos que indubitavelmente beneficiariam da HDP. Tratam-se de

cuidados abrangidos pelo modelo identificado, possíveis de ser prestados à distância ou em encontros pontuais salvaguardando sempre a segurança e saúde da criança. A implementação desta modalidade, permite, para além da comodidade, assegurar a união familiar, promover o conforto da criança e prevenir infeções adquiridas em meio hospitalar.

Sendo a HDP um modelo recente em Portugal e desconhecido por muitos, abordei a enfermeira orientadora, sobre a possibilidade de realizar uma sessão de formação sobre a temática. Após concordância por parte de todos e visto a equipa ser numerosa e trabalhar por turnos, realizei a sessão via Zoom deixando posteriormente disponível em todos os computadores para quem não tiver a oportunidade de assistir no dia da formação.

Objetivo 3: “Adquirir competências no âmbito dos Domínios da Melhoria e Gestão dos Cuidados”.

O Domínio da Gestão dos Cuidados é uma competência integrada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Nos campos de estágio por onde passei, fui adquirindo diversas competências tanto comuns como específicas, contudo, o domínio da gestão dos cuidados permanece uma das competências ainda pouco desenvolvidas. Sendo que o local de estágio onde me encontro neste módulo corresponde ao local de trabalho onde exerço funções, considero uma mais valia para o desenvolvimento desta competência. Trata-se de uma competência particular e mais dirigida ao chefe de equipa sendo uma competência inerente a liderança e organização de recursos humanos que irei procurar conhecer melhor.

Deste modo, e visto a minha experiência ainda ser diminuta, irei acompanhar a minha enfermeira orientadora, sendo a mesma chefe de equipa, de modo a compreender melhor a importância da distribuição da equipa pelas alas de acordo com as competências. Compreendo que é do seu dever salvaguardar a segurança das crianças distribuindo a equipa considerando o seu grau de experiência e conhecimento proporcionando o melhor acompanhamento possível. Somente deste modo é possível prestar cuidados de qualidade e transmitir confiança aos pais e à própria criança.

No que concerne ao Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, compete ao EE participar na gestão de risco a nível institucional e/ou de unidades funcionais

(Regulamento n.º 140/2019). Deste modo, pretendo colaborar com a enfermeira orientadora na organização do carro de medicação e do carro de urgência a fim a familiarizar-me com a sua organização e assimilar alguns conceitos fulcrais em situações de urgência/emergência.

Para implementação de todas as atividades supracitadas, haverá necessidade de recorrer a diversos recursos nomeadamente recursos físicos sendo ele o local de estágio; recursos humanos, a criança, os pais, a equipa multidisciplinar, inclusive a enfermeira supervisora, e a docente orientadora. Necessitarei igualmente de recursos materiais como um computador com acesso à internet, impressora, artigos científicos, livros, revistas referentes ao tema e documentação da própria unidade. Irei também recorrer aos Regulamentos de Competências Comuns do EE e Específicas do EEESIP como base de apoio. No que concerne aos recursos financeiros, irão ser realizados gastos referentes aos materiais utilizados.

No término das atividades, irei recorrer a indicadores de avaliação de modo a avaliar a eficiência e efetividade do projeto de estágio para compreender se os objetivos específicos foram alcançados com sucesso. Irei recorrer a indicadores de estrutura, de processo e de resultado. Relativamente aos indicadores de estrutura será avaliada a presença de EEESIP no serviço, a disponibilidade da equipa de enfermagem e da enfermeira orientadora para auxílio na minha aquisição de competências específicas do EEESIP, os recursos disponíveis para a elaboração das atividades programadas, a dotação adequada de enfermeiro por doente. Os indicadores de processo utilizados serão as folhas de avaliação fornecidas aos pais com questões inerentes aos folhetos previamente fornecidos, de modo a compreender as dúvidas e maiores dificuldades sentidas. No que concerne aos indicadores de resultado pretendo analisar a efetividade de cada atividade e a sua aplicabilidade no serviço no período decorrente de estágio. Os indicadores de impacto serão somente evidenciados após análise das competências adquiridas no término do estágio.

CONCLUSÃO

O estágio decorrente no Serviço de Cirurgia Pediátrica está a ser deveras enriquecedor. Sendo o mesmo realizado no meu local de trabalho, surgem-me inúmeras ideias que podem contribuir para uma melhoria da prestação de cuidados. Sinto assim uma maior liberdade na implementação de projetos bem como nos diferentes diálogos com a enfermeira orientadora o que aumenta o grau de exigência na elaboração dos trabalhos e na procura de resultados efetivos.

Conhecer a dinâmica e organização do serviço torna-se uma mais valia para dar um passo à frente e, com a aprovação da enfermeira orientadora, implementar desde início os trabalhos a que me predispus a realizar. Deste modo, e sendo o último local de estágio, irei também aproveitar a oportunidade para atingir as competências comuns e específicas ainda não alcançadas.

Este estágio está a ser com grande entusiasmo sendo um desafio o alcance de algumas das competências tão particulares. Este exige de mim a excelência nos cuidados e projetos implementados pois encontro-me num contexto de trabalho que me é familiar pelo que sinto uma maior exigência pessoal em querer alcançar os objetivos delineados e implementar as atividades a que me predisponho.

Tal como nos contextos anteriores, a pesquisa e procura por informação atual baseada na evidência serão fulcrais para alcançar a primazia dos cuidados não descorando do apoio incondicional da enfermeira orientadora que tem sido incansável e um grande apoio.

No término do terceiro e último módulo, irei realizar uma reflexão sobre todo o meu percurso e os objetivos alcançados. Abordarei igualmente no Relatório Final de Estágio as competências adquiridas e desenvolvidas, as dificuldades sentidas e a forma como foram suprimidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bezerra, C., Truzzi, J., Averbeck, M., Simões, R., Almeida, S, Bernardo, W. (2015). Cateterismo Vesical Intermitente: Indicações e Técnica. Portal da Urologia. <https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2015/09/cateterismo-vesical-intermitente-indicacoes-e-tecnica.pdf>
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2022 *Missão, Visão e Valores*. Pediatria. <https://www.chln.min-saude.pt/pediatria/>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Cores de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – N.º 26, pp 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pub. L. No Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Diário da República, 2ª série - N.º 133, pp 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Rabiais, I., Charepe, Z. & Ferrito, C. (2023). Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. Lisboa.
- Ramos, A. L. (2020). A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Empoderamento da Criança, Jovem e Família. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 12-23). Lisboa: Lidel
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, 2023. *Gastrostomia Percutânea Endoscópica*. Exames Endoscópicos. <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica>

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M., (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6, 278-295. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

APÊNDICE IV –

1º Módulo: O Recém-Nascido/Ser prematuro: Desenvolvimento, Ruído, Toque e Canguru Care;



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

1. O Recém-Nascido – Ser Prematuro

Sumário

1. O Recém-Nascido - Ser Prematuro
 2. Recém-Nascido na UCIN
 3. Parentalidade e Vinculação
 4. O Ambiente do RN Prematuro e o seu Desenvolvimento
 5. Sucção Não-Nutritiva
 6. Colostroterapia
 7. Problemas e Complicações na Prematuridade
 8. Intervenção Precoce
- Referências Bibliográficas



<https://neurologistainfantil.com/neuropediatra-bebes-prematuros/>



<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/15/dia-mundial-da-prematuridade-5/>

1. O Recém-Nascido - Ser Prematuro

Nascimento de um Filho Prematuro:

- Desencadeia um “turbilhão” de emoções intensas nos pais.

Internamento do Recém-Nascido (RN) Prematuro:

- Provoca:
 - Emoções: negativas e dolorosas,
 - Sentimentos e Pensamentos: confusos, exaustivos e aterradores,
 - *Stress* incitando uma **CRISE FAMILIAR**
- Risco de **afastamento dos pais no seu papel parental**,
 - O RN fica “lesado” pela falta de contacto com os pais.

A permanência do RN na Unidade é **TEMPORÁRIA**.
Posteriormente os pais irão assumir os cuidados do seu filho em casa.

2. RN na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Lidar com a realidade da existência de um **bebé “diferente”** → **perda do bebé idealizado** é difícil, dolorosa e demorada

Internamento do RN na UCIN exige:

- Tecnologia avançada e diferenciada,
- Equipa multidisciplinar experiente e especializada na prestação de cuidados de saúde, no prematuro e bebé doente.

Pais na UCIN:

- Elemento fundamental na equipa,
- O seu envolvimento: —————→
 - na interação com o RN,
 - nos cuidados prestados, para a criação de uma vinculação.

FUNDAMENTAL
no Processo de
Desenvolvimento do RN

Profissionais de saúde na UCIN:

- Reconhecem as dificuldades que os pais/família atravessam nestas situações,
- Consideram a presença da família fundamental na vida dos seus bebés.

2. RN na UCIN

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

Equipa Multidisciplinar da UCIN:

- Médicos (neonatologistas, pediatras e médicos externos de outras especialidades, cardiologia...),
- Enfermeiros Generalistas e Especialistas,
- Fisioterapeuta e fisiatra,
- Psicóloga e assistente social,
- Auxiliares de ação médica,
- Dietista.

A sua atuação:

- Avalia e intervém consoante as necessidades do RN e família, em especial os aspetos psicoafectivos, onde se destaca a **relação pais-filhos**.

Papel do Enfermeiro na UCIN:

- Conhecer as necessidades dos pais durante o internamento do bebé,
- Compreender o impacto nas suas atividades.

PARCERIA DOS CUIDADOS

É extremamente importante a participação e envolvência dos pais no dia-a-dia do seu bebé.

3. Parentalidade e Vinculação

- São **realizados ensinamentos aos pais** ao longo do internamento, para:
 - Promover a aprendizagem,
 - Promover a participação dos mesmos nos cuidados.
- Alguns bebés apresentam condicionantes que os impedem de ir ao colo, nomeadamente:
 - Estarem muito doentes,
 - Serem grandes prematuros.
- Torna-se irrevogável a importância de explicar tais limitações aos pais!
- O **enfermeiro**, ao longo do internamento, **capacita e encoraja** os pais a:
 - Mudar a fralda na incubadora,
 - Massajar o bebé sempre suavemente,
 - Fazer contenção no bebé,
 - Cantar uma música que ouvia durante a gravidez,
 - Ler uma história ou criar um diário de internamento do bebé.

Isto ajudará os pais a desenvolver competências que contribuirão para o processo de preparação para a alta.

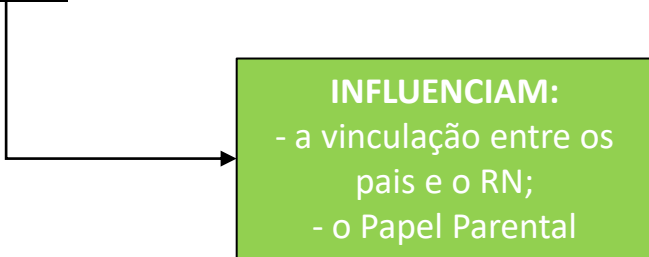
Filosofia de Cuidados na Neonatologia:
Cuidados Centrados na Família.

O enfermeiro desempenha um papel crucial na capacitação dos pais para o papel parental.

3. Parentalidade e Vinculação

Os Pais encontram-se num momento frágil e de crise que origina sentimentos de:

- Sofrimento,
- Impotência,
- Insegurança.



INFLUENCIAM:
- a vinculação entre os pais e o RN;
- o Papel Parental

A UCIN:

- Ambiente desconhecido e stressante para os **PAIS**;
 - Sentem que não vão conseguir ajudar, pegar ao colo, cuidar do RN, protegê-lo da dor ou partilhar com os restantes familiares.
 - Sentem-se desconfortáveis com a aparência frágil do RN, envolvido por entre fios e máquinas numa incubadora → **Angústia Parental**.

Acompanhamento e Partilha de Informação

Os pais são acompanhados e orientados pelos profissionais, de modo a saberem lidar com esta experiência. Recebem informações diárias do estado evolutivo do seu filho para compreender as decisões tomadas pela equipa de saúde, bem como os aspetos técnicos envolvidos nos cuidados a prestar ao bebé.

4. O Ambiente do RN Prematuro e o seu Desenvolvimento

O **Ambiente do Prematuro** deve assemelhar-se o mais possível ao **Meio Intrauterino**, para favorecer o seu desenvolvimento adequado.

Temperatura e Humidade:

- A incubadora é regulada em função do bebé,
- Evite perdas de calor:
 - Mantenha as portas da incubadora fechadas,
 - Evite abertura prolongada das portas da incubadora ou desnecessariamente.

Ruído:

- Interfere com os sinais vitais:
 - Aumenta a Pressão Intracraniana (PIC),
 - Perturba o sono do bebé considerado imprescindível para o seu adequado desenvolvimento.
- O pai deve:
 - Falar suave e calmamente,
 - Evitar Ruídos Bruscos perto do bebé ou nas zonas circundantes,
 - Contar histórias e/ou cantar as músicas que a mãe ouvia durante a gravidez (ajuda a acalmar o bebé),
- O bebé aprecia um tom de voz tranquilo, que lhe seja familiar (pai, enfermeira de referência) e que se indique o que se vai fazer.
 - Ex: “agora vamos mudar a fralda”

4. O Ambiente do RN Prematuro e o seu Desenvolvimento

Luz:

- O ambiente Intrauterino é escuro → Manter a coberta sob a Incubadora,
- Luz forte e contínua → fator de *stress* para o RN,
- O bebé deve acordar com luz suave pois a introdução gradual da sua exposição é benéfica para o crescimento,
- **NUNCA** direcionar um foco de luz direto ao bebé.

Toque e contacto pele a pele:

- Fundamental para o desenvolvimento do bebé.
- Aquecer as mãos previamente, colocá-las calmamente dentro da incubadora para que o bebé sinta a nossa presença e depois envolvê-lo, contendo-o e aconchegando-o como se tivesse aninhado no útero da mãe.
- Na prestação de cuidados, **os pais devem:**
 - colocar as suas mãos em cima do bebé → reduz o *stress* provocado pela manipulação.

Troca de fralda na incubadora na UCIN (os pais também podem fazê-lo):

- Coloque o bebé de lado,
- Envolve os braços e os ombros do bebé com flanela mas certificando-se que as mãos ficam livres para tocar no rosto,
- Deixe o bebé relaxar as pernas e abra-as cuidadosamente, sem pressionar contra o abdómen.

4. O Ambiente do RN Prematuro e o seu Desenvolvimento

No último trimestre de gravidez, o bebé prepara-se para se adaptar ao mundo exterior e formar laços com seus pais.

Método Canguru:

- Envolve o contato pele a pele com os pais,
- Facilita a adaptação do bebé ao mundo exterior,
- Satisfaz as necessidades do RN:
 - Aquecimento,
 - Amamentação,
 - Proteção contra infeções,
 - Estimulação e carinho.

Benefícios para o bebé e pais:

- redução da mortalidade infantil,
- fortalecimento dos vínculos afetivos familiares,
- impactos positivos na amamentação.

Durante o método canguru, os RN entram em contacto com:

- Os ritmos, cheiros e sons familiares dos corpos de seus pais o que ajuda o RN a:
 - Autorregular-se,
 - Dormir melhor,
 - Digerir os alimentos eficazmente.

4. O Ambiente do RN Prematuro e o seu Desenvolvimento

Método Canguru - Realização da Transferência para o Contacto Pele a Pele:

- Posicione perto da incubadora um cadeirão reclinável com apoio para os pés,
- Organize os fios e tubos do bebé para facilitar a transferência,
- A mãe/pai deve expor o peito para posicionar diretamente o bebé,
- O bebé deve estar apenas com a fralda, o gorro e meias para expor ao máximo a pele,
- Ajude o bebé a organizar-se, envolvendo-o confortavelmente num cobertor (o envolvimento deve ser simples para facilmente se abrir de frente para o contacto pele a pele),
- Coloque o bebé deitado de lado, próximo da lateral da incubadora,
- A mãe/pai deve colocar as mãos debaixo do bebé, apoiando a cabeça e a coluna, levantando-o da cama diretamente para o peito,
- Sente-se confortavelmente na cadeira e assegure que a cabeça e o tronco do bebé estão alinhados com o queixo, apoiando as costas do bebé com as mãos,
- Cubra o bebé com um cobertor pré-aquecido ou com as suas roupas,
- Recorra a um espelho para observar o rosto do bebé.



Os pais ao longo do internamento são incentivados a fazer um registo fotográfico, de memórias e sentimentos.

5. Sucção Não Nutritiva (SNN)

A **SNN** envolve a sucção do dedo ou chupeta sem fornecer alimento, o que se torna bastante vantajoso para o bebê prematuro.



Vantagens da SNN:

- Alívio de stress e dor:
 - Acalma os bebês,
 - Reduz os níveis de cortisol - a hormona do Stress.
- Estimulação oral:
 - Estimula a boca e os músculos faciais, o que é importante para o desenvolvimento oral,
- Coordenação da sucção e deglutição:
 - Ajuda os bebês a desenvolver a coordenação necessária entre a sucção, deglutição e respiração: habilidade essencial para a amamentação ou alimentação por tetina.
- Apoio ao desenvolvimento da organização sensorial:
 - Estimula os sentidos do bebê ajudando no seu desenvolvimento da organização sensorial que é importante para o processamento das informações sensoriais.

5. Sucção Não Nutritiva

Vantagens da SNN (cont.):

- Satisfação oral:
 - Satisfaz o reflexo da sucção que é forte nos RN, ao mesmo tempo ajuda a acalmá-los.
- Redução do risco Síndrome de Morte Súbita no Lactente (SMSL):
 - O uso controlado da chupeta durante o sono pode estar associado a um risco reduzido de SMSL embora a pesquisa sobre este tópico ainda seja debatida.

Embora a SNN tenha várias vantagens, o seu **uso deve ser monitorizado e controlado** para evitar problemas de alimentação e de desenvolvimento dentário.

A **DECISÃO** de realizar a técnica da estimulação da SNN para bebês prematuros deve ser tomada sempre pelo Enfermeiro ou Terapeuta da Fala pois tal intervenção carece de uma avaliação prévia das necessidades do bebé!



6. Colostroterapia

Abordagem terapêutica que envolve a administração de **colostro**, como tratamento para várias condições de saúde.

Colostro:

- O primeiro Leite Materno (LM) produzido após o parto,
- Altamente nutritivo,
- Contém anticorpos maternos que ajudam a fortalecer o sistema imunológico do bebê, sendo que no prematuro é muito pouco desenvolvido,
- Promove o desenvolvimento saudável do trato gastrointestinal,
- Estimula a eliminação de mecônio (as primeiras fezes do bebê),
- Oferece proteção contra infecções.

A **Colostroterapia** deve ser realizada sob a orientação e supervisão dos profissionais de saúde qualificados que sabem avaliar a necessidade e a segurança do uso do colostro em diferentes situações e garantir que seja administrado da maneira mais adequada para o bem-estar do bebê.

7. Problemas e Complicações na Prematuridade

As **Sequelas do Nascimento Prematuro** podem variar amplamente dependendo da Idade Gestacional (IG) em que o bebê nasceu e de outros fatores individuais.

Sequelas mais comuns:

Problemas Respiratórios (Barbosa, 2015):

- O bebê prematuro habitualmente apresenta o Sistema Respiratório subdesenvolvido, o que pode levar a:
 - Síndrome da Dificuldade Respiratória (SDR) necessitando de ajuda de suporte respiratório como a ventilação mecânica ou oxigênio.

Problemas Cardíacos (Portugal, 2018):

- Os prematuros podem apresentar como problema cardíaco, a **Persistência do Canal Arterial**:
 - Vaso sanguíneo que normalmente fecha após o nascimento mas que pode permanecer aberto.

Problemas de Desenvolvimento Neurológico (Lamônica & Ribeiro, 2021):

- A prematuridade está associada a um maior risco de **lesões cerebrais**:
 - Ex: hemorragias intraventriculares que afetam o desenvolvimento neurológico e podem levar a lesões graves como a paralisia cerebral.

7. Problemas e Complicações na Prematuridade

Sequelas mais comuns (cont.):

Problemas de crescimento:

- Os prematuros podem enfrentar dificuldades no aumento do peso e no crescimento adequado.

Infeções:

- A imaturidade do sistema imunológico do prematuro torna-o mais vulnerável e predisposto a infeções.

Problemas de Visão:

- A retinopatia da prematuridade é uma condição ocular comum nos prematuros que pode desencadear problemas de visão incluindo a cegueira.

Problemas de audição:

- O prematuro apresenta imaturidade do sistema auditivo.

Atrasos no desenvolvimento:

- Os prematuros podem ter atrasos no desenvolvimento físico e cognitivo. No entanto a maioria deles através de intervenções apropriadas ao longo do tempo, como a fisioterapia, conseguem alcançar marcos importantes no desenvolvimento.

7. Problemas e Complicações na Prematuridade

Nem todos os bebés prematuros desenvolvem estas sequelas, e muitos têm um desenvolvimento saudável.

As Intervenções Adequadas, o Acompanhamento Médico Regular e o Suporte Multidisciplinar são fundamentais para ajudar bebés prematuros a superar desafios e alcançar o seu pleno potencial de desenvolvimento.

8. Intervenção Precoce

Conjunto de estratégias e cuidados médicos especializados destinados a prematuros ou RN com problemas de saúde.

Permite identificar, diagnosticar e tratar precocemente qualquer problema de saúde ou desenvolvimento que possa surgir durante o internamento.

Principais áreas de Intervenção Precoce na Neonatologia:

Cuidados com a pele:

- A pele delicada dos prematuros é suscetível a irritações e infeções por isso são usados protocolos rigorosos de higiene e cuidados com a pele.

Avaliação do desenvolvimento:

- Os profissionais de saúde monitorizam o desenvolvimento físico, neurológico e cognitivo dos bebés prematuros para identificar eventuais atrasos ou problemas precocemente.

Estimulação precoce:

- A estimulação sensorial e motora é fulcral para promover o desenvolvimento neuromuscular dos prematuros.

8. Intervenção Precoce

Principais áreas de Intervenção Precoce na Neonatologia (cont.):

Tratamento de Complicações:

- No caso de surgirem complicações médicas, como infecções, problemas cardíacos entre outros, são implementadas intervenções médicas prontamente.

Apoio aos pais:

- Os pais são essenciais no processo de intervenção precoce.
- Recebem apoio emocional, informações sobre o estado de saúde dos seus filhos e orientações sobre como cuidar de seus filhos prematuros em casa.

Acompanhamento a longo prazo:

- Os bebês prematuros podem necessitar de acompanhamento médico a longo prazo para se monitorizar o seu desenvolvimento e tratar de problemas que possam surgir ao longo do tempo.

PRINCIPAL OBJETIVO:

Maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento dos bebês prematuros minimizando complicações e sequelas a longo prazo.

Garantir o melhor cuidado possível para esses bebês vulneráveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. e Phillips, R. (2016). O modelo de cuidados de desenvolvimento integrativos neonatais: aplicações clínicas avançadas das sete medidas principais para cuidados de desenvolvimento neuroprotetores centrados na família. *Revisões de enfermagem de recém-nascidos e bebês*, 16 (4), 230-244.
- Barbosa, R. (2015). Consequências da prematuridade no sistema respiratório. (Dissertação. para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/30523/1/CONSEQU%C3%AANCIA%20DA%20PREMATURIDADE%20NO%20SISTEMA%20RESPIRAT%C3%93RIO.pdf>
- Cleveland, LM (2008). Parentalidade na unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal de Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Neonatal*, 37 (6), 666-691.
- Fernandes, A., Todelo, D., Campos, L., Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem* 18(2) https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23805/1/Artigo3_45_60.pdf
- Ferreira, A., Silva, C., Silva, D., Silva, T. (2014). Método Mãe Canguru: Amamentação do Recém-Nascido Prematuro e / ou de Baixo Peso. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Poster13.pdf>
- Gilman, C. (2015). A intervenção precoce: uma aliada dos cuidados de saúde prestados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatas [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho
- Lamônica, D., Ribeiro, C. (2021) Prematuridade e o Sistema Nervoso Central. <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.114>
- Meleis, A. (2010). *Teoria das transições: Teorias de médio alcance e específicas da situação na pesquisa e prática de enfermagem*. Editora Springer.
- Monteiro, M. (2019). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico. [Dissertação de Mestrado]. Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28815/1/Relatorio_170531133.pdf
- Moreira, C., Silva, R., Miyaki, M., Fujinaga, C. (2014). Efeitos da Estimulação da Sucção Não Nutritiva com Dedo Enluvado na Transição Alimentar em Recém-Nascido Prematuro de muito baixo peso. *Revista CEFAC* (16) 4 <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Q75YhD6P9p9HGS9nTjbsbHj/?format=pdf&lang=pt>
- Nunes, D. (2019). Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa. [Tese de Mestrado]. ESEL.
- Portugal, C. (2018). *Os Efeitos Da Voz e Dos Batimentos cardíacos Maternos nos Recém-Nascidos de 26 a 33 semanas De Idade Gestacional* [Dissertação de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/27687/1/Universidade%20Cat%C3%B3lica%20Portuguesa-mar%C3%A7o.pdf>
- Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: Pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências* [Dissertação de Mestrado] Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1416/1/2010000487.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro. *Consenso Clínico*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). A relação pais-filhos nos recém-nascidos prematuros. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-pais-e-os-bebes-prematuros1.pdf>

APÊNDICE V –

2º Módulo: Os cuidados à Pele e Higiene do Recém-Nascido



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

2. A Pele do Recém-Nascido



Sumário

1. A Pele do Recém-Nascido

2. Cuidados a ter com o Banho do Recém-Nascido

3. Higiene Ocular

4. Higiene Auricular

5. Higiene Nasal e Técnica de Lavagem

6. Higiene Oral – Bucal

7. Cuidados ao Umbigo

8. Cuidados com as Unhas

9. Roupas do Bebê

10. Roupas da Cama

Referências Bibliográficas



1. A Pele do Recém-Nascido

O período neonatal engloba os **primeiros 28 dias de vida**.

Pele do RN

- Após o nascimento, o RN sofre diversas alterações na transição da vida intrauterina para o meio externo sendo este definido como um ambiente seco.

A **Maturidade Cutânea Funcional** surge somente nas 34 semanas de gestação.

Funções da Pele:

- Barreira protetora que permite minimizar a perda de líquidos e eletrólitos,
- Proteção contra infecções,
- Impede a absorção de substâncias nocivas ou tóxicas ao organismo,
- Termorreguladora.

1. A Pele do Recém-Nascido

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014)

Derme:

- Colagénio;
- Fibras elásticas.



IMATURAS no RN, sendo que no PREMATURO, a imaturidade é ainda mais evidente pois o **tecido celular subcutâneo é escasso**

Características Estruturais e Funcionais de Imaturidade Cutânea:

- Quanto mais prematuro for o RN, mais imatura é a pele. Isto desencadeia uma:
 - Elevada perda de calor,
 - Elevada perda de água transepidérmica, da absorção percutânea,
 - Elevado risco de infeções e de toxicidade sistémica.

A pele do RN é fina e frágil pois possui pouca camada do estrato córneo.

Deste modo, oferece menor proteção contra agressões externas.

2. Cuidados a ter no Banho do Recém-Nascido

O banho:

- Atividade que promove a higiene corporal,
- Estimula a circulação da pele,
- Promove o conforto.

A modalidade de banho e a periodicidade são determinadas por:

- Idade gestacional,
- Peso,
- Condições de saúde do RN.

Desvantagens do Banho - Riscos:

- Hipotermia e palidez,
- Choro intenso,
- Aumento da dificuldade Respiratória,
- Alteração do pH cutâneo,
- Stress,
- Irritação e trauma da pele.

2. Cuidados a ter no Banho do Recém-Nascido

Banho na UCIN:

- O primeiro banho deve ser realizado no 1º dia de vida do RN quando estável.
- Posteriormente, deve ser realizado quando estritamente necessário (+/- 4 em 4 dias).
- Contudo, deve ser realizada a **limpeza dos genitais** e **olhos** com soro fisiológico e compressa estéril diariamente.

Cuidados de Higiene na Incubadora para reduzir risco de instabilidade térmica;

(Tavares, 2020)

RN Pré-termo com IG ≤ 34 semanas, nas primeiras 2 semanas de vida:

- Passar suavemente e delicadamente cada parte do corpo com compressas embebidas em água estéril morna (37-37,5°C) sem sabão, com óleo de amêndoas doces ou parafina;
- Secar cada zona do corpo de imediato:
 - Evita perdas de calor ou hipotermia,
- **NÃO** friccionar a pele nem remover todo o **Vernix Caseoso**.

Substância esbranquiçada e gordurosa que cobre a pele do RN.

- Serve como **capa protetora da pele imatura**.
- **Lubrifica e hidrata a pele, ajuda na regulação da temperatura do bebé.**

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014)

2. Cuidados a ter no Banho do Recém-Nascido

Banho nos Cuidados Intermédios e Domicílio:

O banho do bebé é um momento privilegiado para os pais interagirem e se relacionarem com o seu filho, **PROMOVE** a vinculação, tornando um momento prazeroso para os pais e para o bebé.

Banho de Imersão ou Enrolado:

- Só aplicável em RN com peso >1500gr e IG > 34 semanas,
- Realizar o banho de 2 em 2 dias para não provocar a secura da pele,
- **NÃO ESQUECER** → higiene genital deve ser DIÁRIA.

A partir dos 8-12 meses:

- O bebé pode tomar banho numa banheira grande mas, com cuidados redobrados!
 - Colocar tapete antiderrapante,
 - Água não deve ultrapassar os 10 centímetros de altura,
 - **NUNCA** deixar o bebé sozinho!

A EVITAR :

Banho logo após o bebé ter comido →
risco de bolsar!

Sair de casa após o banho →
Alterações térmicas acentuadas não
são bem toleradas pelo RN.

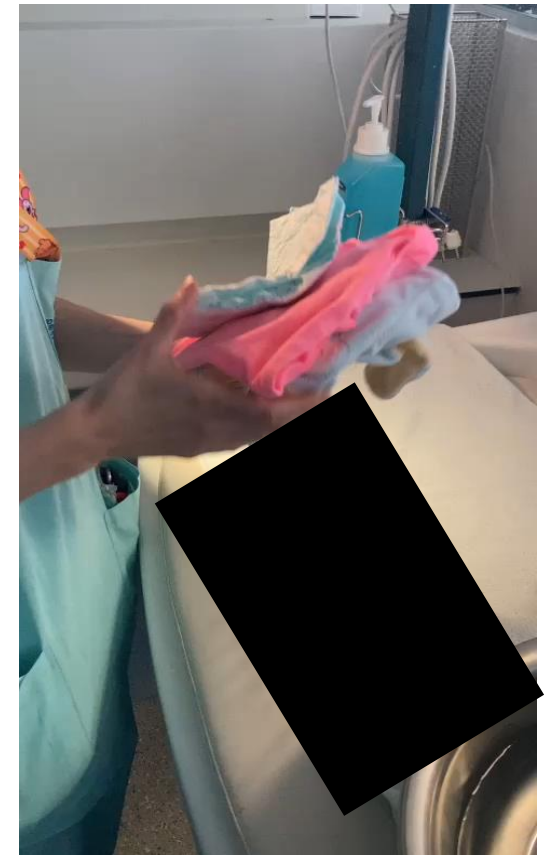
2.1. Cuidados na Preparação do Material para o Banho

É essencial organizar o local e o ambiente, preparar a roupa, para que corra tudo sem sobressaltos e prevenir acidentes.

Cuidados a ter:

- Manter temperatura amena no local onde será realizado o banho (22-24°C),
- Colocar a banheira do bebé numa superfície plana,
- Colocar a toalha aberta, a roupa que o bebé vai vestir e o restante material próximos da banheira,
- Temperar a água do banho entre 36,5-37°C (testar sempre com um termómetro, cotovelo ou fase interna do pulso),
- Não colocar a água a mais de 15 centímetros de altura,
- Usar produtos com:
 - pH neutro (5-7),
 - livre de corantes ou fragâncias artificiais.

Podem causar irritação da pele e ser absorvidos sistemicamente.



2.2. Técnica do Banho

- Lavar as mãos antes de preparar o banho.
- **Comece por lavar o rosto:**
 - Limpe os olhos com soro fisiológico e compressa estéril,
 - NÃO UTILIZE cotonetes para limpar o canal auditivo,
 - Limpar o pavilhão auricular e atrás das orelhas,
 - Nunca deitar água para dentro dos ouvidos.
- Agora coloque o **bebé dentro da banheira** já com a água temperada,
- Passe o braço esquerdo pelas costas do bebé,
- Segure o braço com a sua mão na axila do bebé, para que o pescoço fique apoiado no antebraço,
- Com a mão dominante, **ensaboe o corpo**, membros e no final os genitais, com as mãos, esponja ou compressas,
- Para **lavar as costas**, vire o bebé de bruços, coloque o peito apoiado no antebraço e segure-o com a mão,

2.2. Técnica do Banho

- **A partir dos 5-6 meses:**
 - O bebé já conseguirá sentar-se com apoio!
- Se o **bebé evacuar**, antes do banho, limpe bem os genitais de frente para trás, de forma a evitar a contaminação com micróbios da região anal para as vias genitais e urinárias,
- No final do banho, **retirar todo o sabão** da pele;
- Secar de imediato, e embrulhar o bebé numa **toalha** grande e suave sem esfregar,
 - **ATENÇÃO** às pregas cutâneas, pescoço, axilas e virilhas.
- Aplicar **creme hidratante** na pele, dando especial atenção à zona perineal → região suscetível a maior irritação e maceração,
- Aproveite e faça uma **massagem**.

A RETER:

- O banho não deve demorar mais que 5-10 min.
- Utilizar sempre produtos com pH neutro.
- Deve secar bem o cabelo e pregas cutâneas.
- Pentear com uma escova suave.
- Limpar a banheira antes e após utilização no mínimo, duas vezes por semana.

2.2. Técnica do Banho

Banho Enrolado ou Humanizado:

- Simula o meio uterino proporcionando ao bebê uma maior sensação de segurança, através da contenção corporal que o tecido exerce,
- Permite uma maior organização comportamental,
- O segredo é ir cobrindo e descobrindo o bebê cada região do corpo de cada vez e massajar.

Promove:

- Relaxamento, o crescimento e desenvolvimento do bebê.

Evita:

- Fatores desencadeantes de *stress*,
- Perda de peso,
- Diminuição da saturação,
- Alterações hemodinâmicas.

Momento para a interação parental que ajuda na:

- Promoção da segurança parental no cuidar do seu filho,
- Promoção da capacitação no **processo de transição do hospital para casa.**
- Converse com o bebê de modo a transmitir-lhe **calma e segurança!**

2.2. Técnica do Banho

Banho Enrolado ou Humanizado (cont.):

- Este pode tornar-se um momento muito especial!

Procedimento:

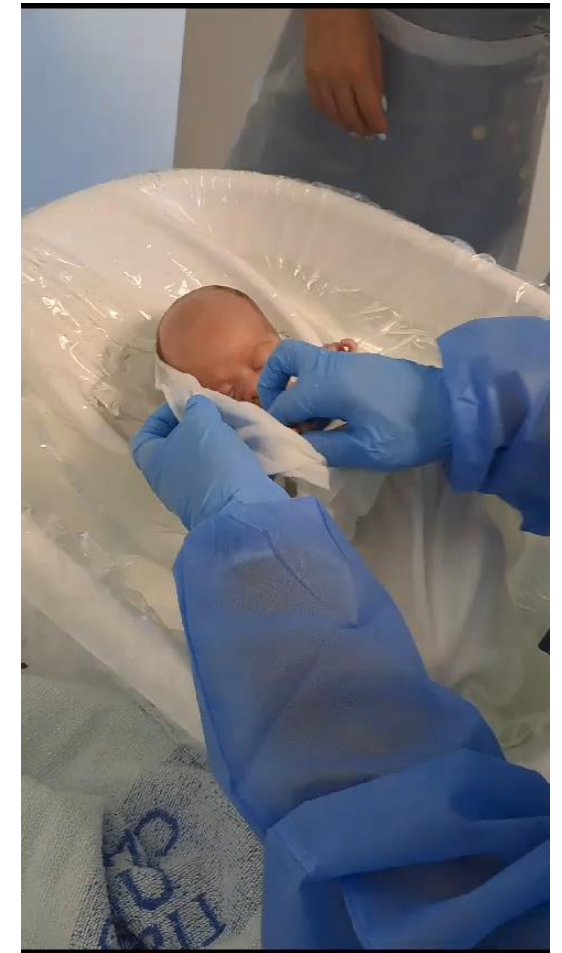
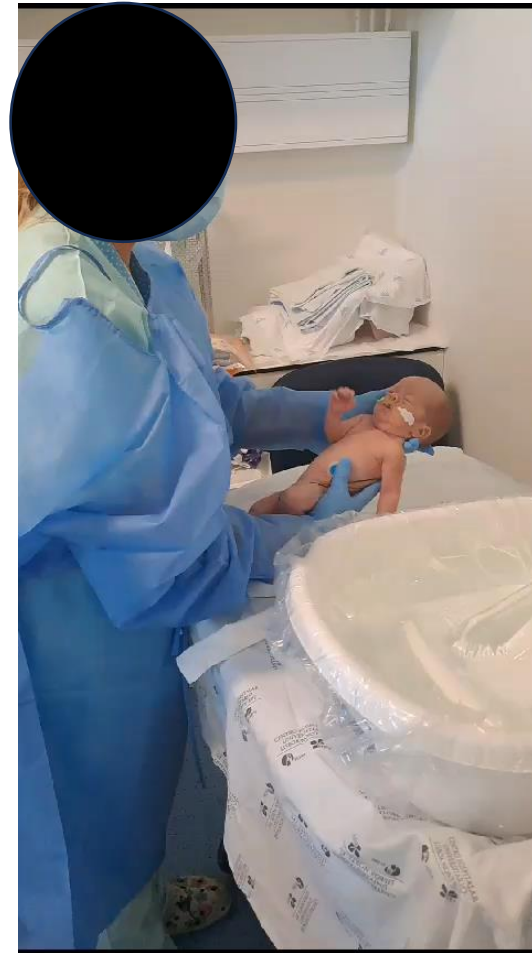
- Encher a banheira com água morna (36,5-37,5°C),
 - Teste sempre a temperatura antes de iniciar o banho,
- Coloque o bebê enrolado na banheira com água, até ao nível dos mamilos,
- Deslize o bebê na água, permitindo que ela massage o corpo,
- Mantenha o pano húmido com a água, aquecendo e contido no bebê,
- Vá destapando a região do corpo que for lavar e, logo em seguida, cubra-a novamente para evitar perdas de calor,
- Lave em último lugar os órgãos genitais e região nadegueira,
- Retire o bebê da água e o pano molhado e embrulhe-o agora numa toalha seca.



2.2. Técnica do Banho

Banho Enrolado ou Humanizado (cont.):

- Com o consentimento dos pais, tivemos a oportunidade de realizar um vídeo de demonstração do banho enrolado com o bebê T!
- Estejam atentos às indicações da de uma EEESIP que explicará todo o procedimento:



3. Higiene Ocular

- A falta de higiene ocular pode desencadear infecções, como **conjuntivites** ou **blefarites** que geram:
 - Desconforto,
 - Pálpebras vermelhas,
 - Prurido,
 - Secreção excessiva.

(Martins & Silva, 2016)

Limpar do canto mais interno para o externo suavemente.
Utilizar uma compressa diferente para cada olho para evitar infecções cruzadas.

Na presença de exsudado ocular:

- No internamento:
 - limpar o olho com compressas esterilizadas e soro fisiológico.
- No domicílio:
 - limpar com água limpa e morna.

Canal lacrimal obstruído:

- Massajar a região que vai do canto interno do olho à narina com o dedo indicador, de cima para baixo e fazer uma ligeira pressão. Repetir o procedimento duas vezes de cada lado.



Para secar os olhos envolva a compressa no dedo indicador e pressione suavemente contra a pálpebra sem esfregar.

4. Higiene Auricular

(Martins & Silva, 2016)

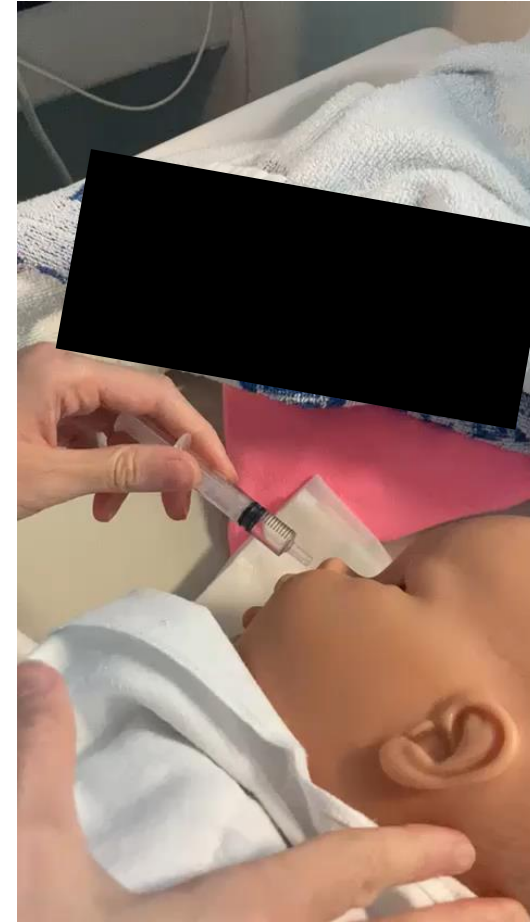
- A utilização de cotonetes, ou aspiradores de secreções, **não estão aconselhados.**
- Riscos:
 - Oclusão do canal auditivo,
 - Perfuração timpânica.
- Limpe apenas a parte de fora do ouvido e por detrás da orelha.
- **Utilize sempre APENAS ÁGUA para limpar!**

5. Higiene Nasal e Técnica de Lavagem

- A **limpeza do nariz** deve ser realizada cuidadosamente com recurso a soro fisiológico.
- Se necessário, utilize uma compressa para limpar as secreções.
- **Evite** aspirar. Esse ato só deve ser recurso em SOS.
 - Muitas vezes ao aspirar, as narinas incham, ficam sangrantes e levam a que o bebé respire pior.

(Martins & Silva, 2016)

5. Higiene Nasal e Técnica de Lavagem



6. Higiene Oral-Bucal

- A Avaliação Sistemática é utilizada para identificar anomalias.

- **RN com:**

- Tubo na orofaringe,
- Tubo endotraqueal e orogástrico.



Necessita de cuidados para reduzir o risco de lesão do lábio e mucosa oral, com a **Limpeza com compressas húmidas com Soro Fisiológico ou água estéril.**

- Mesmo que o bebé ainda não apresente dentes-de-leite, é importante **higienizar a cavidade oral**. Tal permite:
 - Evitar a acumulação de microrganismos e limpar os restos de leite

Realize a higiene com uma compressa humedecida em água ou em soro fisiológico.

7. Cuidados ao Umbigo

Coto Umbilical

- Passa por um processo de desidratação e putrefação,
- Cai habitualmente, entre o 5º e o 15º dia de vida,
- Manter o local limpo e seco, para evitar o aparecimento de infeções,
- **O coto deve ficar fora da fralda!**

Sinais de Infeção:

- Rubor (vermelhidão),
- Calor,
- Edema (inchaço local),
- Cheiro fétido,
- Exsudado purulento (secreções esverdeadas).



Contactar
pediatra ou dirija-
se ao Centro de
Saúde!

Onfalite

- Infeção da pele e tecidos moles do umbigo e regiões circundantes.
- Se não for tratada, pode afetar parte da parede abdominal, tecidos mais profundos ou desencadear uma infeção disseminada.
- **A limpeza do coto umbilical, nestes casos, deve ser realizada com recurso a álcool a 70º.**

Após a queda do cordão, pode ocorrer um pequeno sangramento:
Mantenha a limpeza diária até estar completamente cicatrizado.

7. Cuidados ao Umbigo

Atenções a ter com o cordão:

- Limpeza,
- Secagem,
- Vigilância.

Procedimento:

- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois dos cuidados,
- Limpar o coto umbilical e a pele peri-coto sempre que se apresente suja,
- Usar água tépida e sabão suave não perfumado,
- Secar o cordão e pele envolvente com compressas esterilizadas,
- Manter o cordão seco e exposto ao ar colocando a fralda a baixo do nível do umbigo,
- Manter vigilância para despiste de sinais inflamatórios,
- Após a queda manter os cuidados.



<https://www.centralnacionalunimed.com.br/viver-bem/saude-em-pauta/cordao-umbilical-como-cuidar->

8. Cuidados com as Unhas

As unhas do bebé não devem ser cortadas nos primeiros dias de vida!

- São ainda muito finas e frágeis,
- Elevado risco de magoar a pele do bebé!

Comece a cortar a partir do 10º dia de vida, pois nessa altura estarão mais resistentes.

Como cortar?

- Corte sempre após o banho, quando estão mais humedecidas,
- Utilize uma tesoura própria para bebés com pontas arredondas ou lime,
- As unhas dos pés devem ser cortadas a direito e das mãos em curva,
- Os cantos das unhas não devem ser arredondados para evitar que a unha encrave e magoe a pele do bebé.



<https://numubaby.com/blogs/news/como-cuidar-das-unhas-do-bebe>

Como a maioria dos bebés não gosta de cortar as unhas, pode fazê-lo enquanto está a dormir.

9. Roupas do Bebê

Antes da primeira utilização:

- Lave a roupa (não é necessário amaciador):
 - Com um detergente indicado para roupa de bebê,
 - Hipoalergénico,
 - Livre de fragrâncias.
- Remova as etiquetas,
- **Lavada sempre separadamente da restante roupa da família,**
- Guarde a roupa no armário do bebê após passar a ferro,
- Adeque sempre o tipo de roupa e quantidade à temperatura do meio externo,
- Sendo que o bebê sente mais frio que o adulto, aconselha-se que vista mais uma peça.

Deve ser confortável e permitir a movimentação livre dos braços e pernas.

EVITAR:

- Peças com golas grandes e altas → RISCO de tapar o rosto do bebê.
- Roupa que liberte pêlo → RISCO de o bebê aspirar.
- Peças de lã de malhas largas, pois o bebê pode introduzir os dedos nos buracos e comprometer a circulação sanguínea.

10. Roupa da Cama

- **Roupa da Cama:**
 - deve ser preferencialmente de algodão,
 - deve-se tapar o bebê até ao nível do peito para evitar risco de asfixia.
- O bebê deve ser colocado no berço com os pés a tocar no fundo do berço.

- **EVITAR:** _____
 - Tapar com roupa que não seja muito pesada
 - Evitar o sobreaquecimento.

O bebê pode escorregar →
risco de asfixia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martins, V. ; Guimarães, H.; Tomé, T. & Albuquerque, M.; (2003). Cuidados com o cordão umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P (20)* 7-10. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/201107201648-verao_2003.pdf
- Martins, A., Silva, S. (2016). Primeiros Cuidados ao bebé: Guia Prático. https://www.ulsm.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil_2016.pdf
- Medeiros, J., & Mascarenhas, M. (2010). Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(1), 51-60. <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14085/15903>
- Mesquita, M., Oliveira, C., Lopes, W., Zenha, R., Figueiredo, S. (2023). A Pele do Recém-Nascido. *Cuidar no Primeiro ano de Vida*. <https://cuidar.asiav.pt/pele/>
- Ministério da Saúde (2023). Guia para pais. SNS. <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/#>
- Ministério da Saúde(2023). Barrigas e Rebentos: Cuidar do Coto Umbilical. Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa. <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/cuidar-do-coto-umbilical/>
- Phillips, R. (2015). Seven Core Measures of Neuroprotective Family-Centered Developmental Care: Creating an Infrastructure for Implementation. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 15. 87-90. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.004>
- Santos, H., Silva, L., Góes, F., Santos, A, Araújo, B., & Santos, I (2020). Banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal: a prática na perspectiva de enfermeiros. *Rev René* , 21 (1). DOI: 10.15253/2175-6783.20202142454
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). Cuidados Cutâneos no Recém-Nascido. *Consenso Clínico*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Tavares, M. (2020). Gestão e Organização de Cuidados aos Recém-nascidos Pré-termo. [Tese de Mestrado]. Coimbra.

APÊNDICE VI –

3º Módulo: A amamentação e alimentação artificial



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

3. Amamentação e Alimentação Artificial

Sumário

1. Aleitamento Materno
 2. Extração do Leite
 3. Manipulação e Conservação do LM em casa
 4. Conservação do Leite, em Casa
 5. Cuidados com as Mamas
 6. Mamas Ingurgitadas
 7. Mamilos com Fissuras/dolorosos
 8. Bloqueio dos Ductos
 9. Mastite
 10. Contraindicações para o Aleitamento Materno
 11. Vantagens do Aleitamento Materno
 12. Explicação da Técnica e Posicionamento do Bebê no Aleitamento Materno
 13. Atenção!
 14. Cuidados com a Alimentação Materna quando está a Amamentar
 15. Aleitamento Artificial vs Alimentação Artificial
 16. Seleção do Biberão
 17. Frequência e Quantidade de Leite por Biberão
 18. Cuidados na Preparação do Biberão
 19. Cuidados a ter com a Higiene do Biberão
 20. Aleitamento Misto
- Referências Bibliográficas

1. Aleitamento Materno

Amamentação:

- Ato de amor e carinho que permite alimentar um bebê através do Leite Materno (LM).
- Amamentação Exclusiva: LM exclusivo, até aos 4-6 meses.

Lactação:

- Processo de síntese e secreção do LM pelas glândulas mamárias da mulher.

Extração de Leite:

- Espremer e pressionar a mama manualmente para retirar leite.

A Decisão de Amamentar ou Não é muito IMPORTANTE!

- São os pais que tomam a decisão pelo que devem estar bem informados e esclarecidos sobre o tal assunto.
- Esta decisão é influenciada por:
 - Fatores físicos,
 - Psicológicos,
 - Socioculturais,
 - Experiências pessoais.



<https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Amamentacao/noticia/2017/08/amamentacao-5-maiores-dificuldades-das-maes-e-como-resolve-las.html>

1. Aleitamento Materno

Amamentar é um DESAFIO!

- Grande parte das mulheres iniciam o aleitamento materno após o nascimento, contudo, cerca de 1/2 deixa de amamentar durante o 1º mês,
- **A prematuridade é um grande fator de risco!**
- **LM** promove o crescimento e desenvolvimento.

AMAMENTAR
NÃO É UM DEVER
MAS SIM UM
DIREITO!

Horário das Mamadas:

- Deve ser flexível,
- **Contudo, no 1º mês de vida**, o bebê deve ser alimentado de 3-3 horas de modo a fazer 8 mamadas por dia.

Procedimento:

- Acorde o bebê e não o deixe muito agasalhado → favorece o adormecimento,
- O bebê deve esvaziar uma mama até ao fim, pois o **primeiro leite** que está na mama é o mais rico em água e lactose e só à medida que a mamada contínua é que o leite se torna mais gordo,
- Só depois de **esvaziar uma mama** é que **oferece a outra**, caso o bebê manifeste fome.

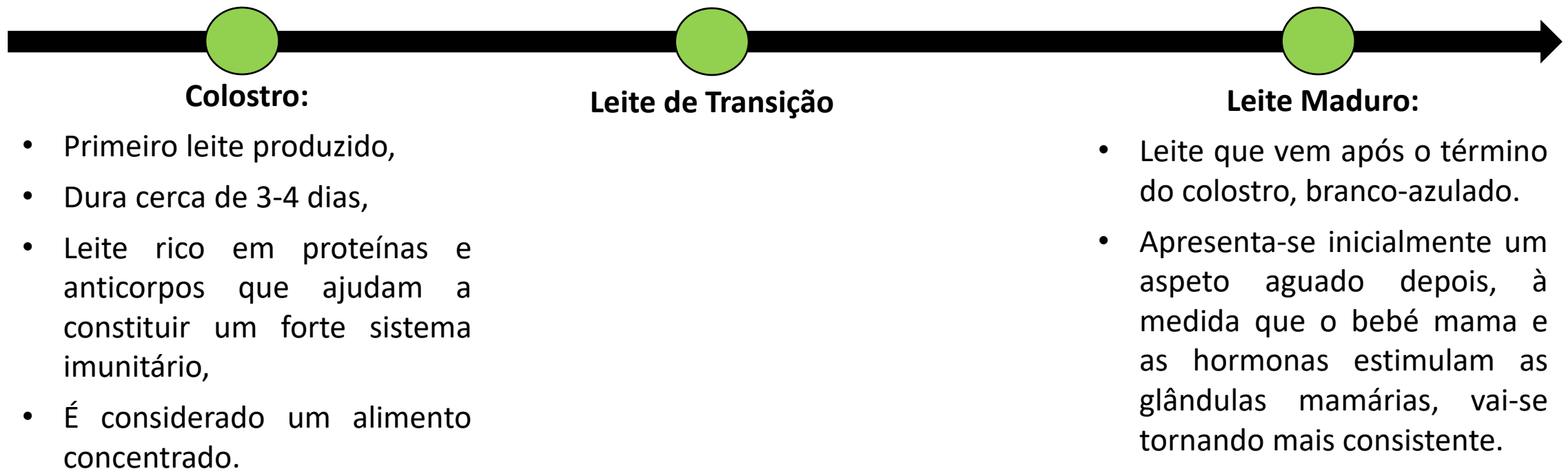
1. Aleitamento Materno

Nick, 2011

No Internamento na UCIN/Neonatologia:

- As mães nas primeiras 6 semanas devem oferecer as duas mamas em cada mamada ou extrair devido a:
 - Pouca quantidade de colostro,
 - Ainda não haver lactação estabelecida.

Fases do Leite Materno:



1. Aleitamento Materno

Quando o bebé não pode ir à mama:

- A mãe deve ser aconselhada e ensinada a retirar o leite através de:
 - Expressão manual,
 - Bomba.
- **LM:**
 - Importante na nutrição,
 - Favorece a maturidade,
 - Promove o crescimento normal do intestino, tornando-o apto a iniciar a produção de anticorpos e hormonas que garantam uma boa absorção dos alimentos,
 - Alimento Vivo composto por constituintes que se alteram de diferentes maneiras e em diferentes condições.

Para permitir que a produção de leite se mantenha.

Todos os materiais que entram em contacto com o LM devem ser esterilizados

2. Extração de Leite

- As mães devem tomar banho diário,
- Realizar a higienização das mãos antes da colheita e limpar a mama com o próprio leite,
- Limpar a bomba antes da extração,
- **Identificar os biberões:** data e hora da colheita.

3. Manipulação e Conservação do Leite Materno

- A refrigeração e a congelação devem ser efetuadas em **recipientes** de plástico duro (polipropileno ou policarbonato) ou vidro, preenchidos até um máximo de $\frac{3}{4}$ do volume,
- O LM extraído em casa, deve ser **transportado** para o local de consumo em saco isotérmico com termoacumulador,
- **Quando congelado**, descongelar no frigorífico, a uma $T \leq 4^{\circ} \text{C}$ e administrado no prazo de 24h,
- **NUNCA:**
 - Descongelar no micro-ondas ou “banho-maria”,
 - Reaquecer o LM, se sobrar deve rejeitar.

4. Conservação do Leite Materno, em Casa

Conservação Segura do Leite Materno			
Leite Recém Extraído	Tempo Máx	Leite Congelado	Tempo Máx
T Ambiente (se <25°C)	6-8 horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
		No congelador (separado tipo combi)	3-6 meses
		Na arca frigorífica (< -19°C)	> 6 meses
Leite Refrigerado	Tempo Máx	Descongelação do Leite	Tempo Máx
Fundo da 1ª prateleira do frigorífico (0-4°C)	8 dias	Descongelado (dentro do frigorífico)	12-24 horas
Fundo da 1ª prateleira do frigorífico (4-10°C)			
Se T>5°C depois do 3º dia, consumir nas 6h seguintes		Descongelado fora do frigorífico	Imediato ou até 1h após

Fonte: Levy, L e Bértolo, H. (2012). Manual do Aleitamento Materno. Comité português para UNICEF

Não aquecer ou descongelar o LM no micro-ondas!
Aqueça em água corrente, num aquecedor para biberões ou em “banho-maria”!

Deve armazenar e congelar o LM, de forma a manter as suas propriedades!

5. Cuidados com as Mamas

- Não é necessário ter um cuidado suplementar com as mamas,
- **Aréola Mamária**
 - Apresenta pequenas glândulas (glândulas de Montgomery),
 - Segregam um fluido oleoso para manter a pele saudável.
- É devido a esta secreção que muitos especialistas defendem que não se devem usar cremes especiais para os mamilos.
- Aconselha-se a limpeza da aréola mamária com o próprio leite, antes da mamada ou da extração.

6. Mamas Ingurgitadas

Sintomas:

- Mamas tensas brilhantes e dolorosas,
- Leite não flui com facilidade,
- Bebê tem dificuldade em pegar no mamilo devido à tensão,
- Lactação torna-se difícil devido à dor.

6. Mamas Ingurgitadas

Cuidados a ter:

- Administrar e/ou colocar água quente antes da extração,
- Massajar levemente, com as pontas dos dedos ou com a mão fechada em direção ao mamilo → REPETIR

Intervir para PREVENIR:

- Dar de mamar em horário livre,
- Colocar o bebé a mamar em posição correta e vigiar os sinais de boa pega,
- Se o bebé não esvaziar a mama por completo, retirar o excedente.

Se este problema não for resolvido,
→ **Infeção da Mama - MASTITE**

7. Mamilos com Fissuras/Dolorosos

Sintomas:

- Fissuras na extremidade ou na base do mamilo,
- Amamentação dolorosa,
- Bebé frustrada → não consegue tirar leite suficiente.

Causa mais Comum
Má adaptação do bebé à Mama

7. Mamilos com Fissuras/Dolorosos

Procedimentos:

- Colocar o bebê corretamente à mama de forma a corrigir a pega,
- Iniciar a amamentação pelo mamilo doloroso,
- Aplicar uma **gota de leite no mamilo** e na auréola:
 - Após o banho,
 - Após cada mamada,
 - **Facilita a cicatrização.**

8. Bloqueio dos Ductos

Sintomas:

- Nódulo à palpação ou inchaço doloroso numa parte da mama, o local fica avermelhado,
- Sem febre associada.

Procedimentos:

- A mãe deve amamentar em diferentes posições de modo a esvaziar todas as partes da mama.
- A mãe deve usar roupas e soutien com apoio, sem comprimir a mama.

9. Mastite

Sintomas:

- Mama vermelha e quente,
- Apresenta uma tumefação dolorosa,
- Febre e mal-estar.

Procedimentos:

- Encaminhar para observação médica,
- Aconselhar o repouso da mãe,
- Retirar o leite manualmente ou com bomba,
- Continuar a amamentar do lado não afetado.

10. Contraindicações para o Aleitamento Materno

- Mães infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV-SIDA),
- Mães que tomam alguns medicamentos (consultar o médico assistente),
- Bebés com doenças metabólicas (fenilcetonúria, galactosemia),
- Mães toxicodependentes (se urina positiva para pesquisa de substâncias ilícitas).

11. Vantagens do Aleitamento Materno

- Forma mais completa e “ideal” de alimentação para o bebé,
- Contém todos os ingredientes necessários na proporção adequada para o bebé,
- Contém fatores de crescimento como glóbulos brancos e anticorpos importantes para o crescimento e para o sistema imunitário do bebé,
- Mais económico,
- Prático para transportar e armazenar,
- Está sempre pronto na temperatura adequada e livre de contaminação,
- Melhora a digestão,
- Tem efeito laxante,
- As reações alérgicas são menos comuns,
- Previne o surgimento de infeções respiratórias, gastrointestinais e urinárias,
- Previne de doenças como hipertensão arterial, diabetes e obesidade,
- **Promove a vinculação entre a mãe e o bebé.**

12. Explicação da Técnica e Posicionamento do Bebê no Aleitamento Materno

Preparação dos mamilos - Protrusão dos mamilos:

- com os dois polegares tracionar a pele da aureola, puxando-a para os lados e depois para baixo.

Posicionamento:

- A melhor posição é aquela em que a mãe se sente mais confortável,
- No entanto, nos primeiros dias aconselha-se:
 - Decúbitos laterais com o bebê deitado á frente da mãe,
 - Semi-sentada na cama com as pernas semi-fletidas.

Na Neonatologia:

- A mãe deve permanecer sentada com as costas e braços bem apoiados,
- Colocar almofada no colo,
- Deitar o bebê, posicionando-o de frente para a mãe.

Boa Pega:

- O bebê deve, com a língua, colocar o mamilo contra o palato, as gengivas devem ritmicamente comprimir a auréola,
- Corrija a técnica de amamentação, para que o bebê não engula ar. Ele deve abocanhar a auréola e o mamilo.

12. Explicação da Técnica e Posicionamento do Bebê no Aleitamento Materno



Boa Pega:

- O bebê deve, com a língua, colocar o mamilo contra o palato, as gengivas devem ritmicamente comprimir a auréola,
- Corrija a técnica de amamentação, para que o bebê não engula ar. Ele deve abocanhar a auréola e o mamilo.

A maioria dos bebês necessitam que lhes ensinem a agarrar convenientemente o peito, mas com paciência e perseverança, o bebê em breve dominará a técnica.

13. ATENÇÃO!!

Individualização dos mamilos:

- O RN respira pelo nariz, pelo que deve ser afastado da auréola com os dedos da mãe em “C” e não em pinça ou como melhor se adaptar,

Duração das mamadas:

- 5 a 10min de sucção efetiva em cada mama,

Manobras para manter o bebé acordado durante as mamadas:

- Fazer “cócegas” na planta dos pés,
- Premir ligeiramente o primeiro dedo do pé ou lóbulo da orelha,
- “Esfregar” suavemente o mamilo numa das faces do bebé.

Interrupção da mamada:

- Colocar o 5º dedo da mão na comissura labial do bebé e retirar o mamilo da boca,
- A mamada não deve ser interrompida durante a sucção.

Alternância das mamadas:

- A cada nova mamada é oferecida a mama em que anteriormente mamou por último.

13. ATENÇÃO!!

Eructação:

- Entre cada mamada ou no final da mamada,
- Se não arrotar coloque-o em posição vertical com a cabeça sobre o ombro durante 15 minutos.

Voz materna durante a Amamentação:

- A mãe deve falar com o bebé durante a mamada.

LM/LA Exclusivo:

- Não dar ao bebé qualquer tipo de alimento (leite ou soro glicosado) além do LM/LA, a não ser que haja indicação medica nesse sentido.

Apoio emocional à mãe com filho internado na UCIN :

- Os pais devem exprimir os seus medos não fundamentados sobre a lactação,
- Em condições normais, as reservas naturais de água e energia são suficientes para sustentar o bebé,
- O choro é a sua forma de o bebé comunicar connosco (nem sempre é fome)!

O reflexo de sucção está presente desde o nascimento!

(fase oral)

Chuchar no dedo, em chupetas ou tudo o que se encoste na comissura da boca do bebé, não significa obrigatoriamente que tem fome.

Manter o RN num ambiente aquecido e não excessivamente seco, para:

- Impedir perdas energéticas e hídricas desnecessárias.

14. Cuidados com Alimentação Materna quando está a Amamentar

- Dar preferência a uma alimentação variada com vegetais, carne com pouca gordura e rica em fruta,
- Ingerir 1-2L de água por dia,

- **EVITAR:**

- Leguminosas como o feijão e o grão,
- Bebidas alcoólicas, estimulantes e gaseificadas,
- Café, chá preto,
- Morangos e chocolates,
- Alimentos potencialmente alergénicos para o bebé.

RISCO:
Aumento a distensão abdominal → cólicas.

- **Dar com MODERAÇÃO:**

- Alimentos com grau de acidez elevado (tomate, laranja),
- Informar equipa profissional se toma alguma medicação no domicílio, para se observar a compatibilidade para amamentar.

RISCO
Fezes ácidas → Assaduras na Pele.

15. Aleitamento Artificial vs Alimentação Artificial

Quando o Aleitamento Materno não é possível:

- É recomendado o uso de fórmulas lácteas modificadas para latentes (Rego, 2013):
 - Apesar de não serem tão completas para o bebé,
 - Respondem às necessidades nutricionais estimadas para o mesmo.

Motivos que se levam a substituição do LM pelo LA (Casagrande, 2011):

- Hipogalactia, ou seja, pouca produção de leite da puérpera,
- Ingurgitamento mamário,
- Interrupção da produção de leite por causas psicoemocionais,
- Razões específicas que comprometem a saúde da mãe e da criança,
- Por desejo da própria mãe.

Fórmulas Infantis (Melo & Gonçalves, 2014):

- São desenvolvidas a partir do leite de vaca, contudo a referência é o leite humano.

15.1 Fórmulas Infantis

Devido à grande oferta disponível no mercado, nem sempre é fácil escolher o leite de fórmula mais adequado!



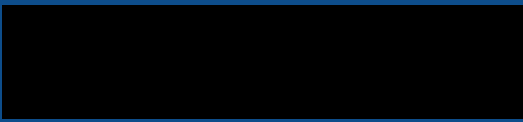
O **Pediatra** ter um papel fulcral na escolha do leite contudo, é importante saber as alternativas existentes no mercado.

Tipos de Leite Artificial mais comuns:

- Antirregurgitante (AR),
- Anticólicas (AC),
- Antiobstipação (AO),
- Hipoalergénico (HA),
- PDF (para prematuros e/ou baixo pelo).

Durante o 1º ano de vida **não deve dar ao seu bebé leite de vaca**, tem proteínas em excesso e quantidades de ferro insuficientes.

Todo o leite que sobrar depois da mamada tem de ser deitado fora. **NUNCA** reaproveitar.



16. Seleção do Biberão

- Escolha um biberão **sem Bisfenol A (BPA)**:
 - Substância tóxica que foi proibida na fabricação de biberões em Portugal em 2011.
- Se ainda está a amamentar, compre um biberão e/ou tetina que favoreçam a amamentação,
- Escolha tetinas que evitem a ingestão de ar,
- O tamanho do furo da tetina deve ser adequado à idade do bebé,

Pode pedir ajuda a um enfermeiro.

17. Frequência e Quantidade de Leite por Biberão

0 – 6 meses

- No 1º mês de vida → 8 mamadas/dia,
- A partir do 2º mês → 6 a 8 mamadas/dia,
- **No prematuro** o cálculo deverá ser feito pela idade corrigida e peso atual do bebé.

Até aos 6 meses, pode utilizar a seguinte fórmula como indicação:

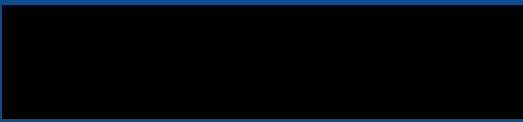
$$\text{Quantidade de leite em ml por biberão} = \frac{150 \text{ ml} \times \text{peso do bebé (kg)}}{n^{\circ} \text{ de mamadas em 24 h}}$$

18. Cuidados na Preparação do Biberão

- Primeiro que tudo, lave bem as mãos e a zona onde irá preparar o biberão,
- Seguidamente coloque água a ferver durante 5 minutos,
 - Ferva para vários biberões,
 - Armazene a água numa garrafa térmica apenas para esse efeito (lavar a garrafa diariamente),
- Após arrefecer a água, quando tiver uma temperatura mais amena, deite a água no biberão esterilizado.
- Verifique a quantidade de água que deseja pela graduação do biberão;
- Encha o doseador de leite, sem comprimir o pó,
- Prepare a proporção **1 colher de medida de leite em pó por cada 30ml de água.**
- Posteriormente coloque a tetina, feche o biberão e agite até obter uma mistura homogénea.
- Verifique a temperatura do leite, através da face anterior do punho.
 - Se tiver que aquecer, pode fazê-lo:
 - Em banho-maria,
 - Em água quente correntemente,
 - Num aquecedor de biberões.

NOTA: Se usar água engarrafada opte por uma com baixo teor de minerais, adequada para latentes/bebés (verificar no rótulo), não precisa de a ferver, mas apenas aquecer.

Não ultrapassar os 40°C, nunca o micro-ondas, pois este não aquece de forma homogénea podendo provocar queimaduras!



19. Cuidados a ter com a Higiene do Biberão

Lavagem:

- Após utilizar o biberão, lave-o com um escovilhão próprio com água quente e detergente da loiça. Seguidamente, passe novamente por água corrente, e certifique-se que remove todo o sabão.

“Esterilização”:

- Aconselhável até ao início da diversificação alimentar

Modo de Esterilização	
FERVURA	OUTROS MÉTODOS
<p>Coloque o biberão numa panela com água, de modo a ficar todo mergulhado. Após 10 minutos de fervura, junte a tetina. Retire tudo ao fim de 5 minutos. (total fervura 15 minutos)</p> <p>Verifique as condições do plástico ao longo do uso.</p>	<p>Equipamento próprio, como um esterilizador elétrico, ou esterilizador para micro-ondas. Realizar o procedimento de acordo com as instruções.</p>
<p>Armazenamento: Os biberões e tetinas podem ser conservados dentro do local onde foram esterilizados ou em local limpo e seco.</p>	

20. Aleitamento Misto

- A produção de LM está diretamente relacionada com o estímulo de cada mamada.
- Quando o bebê mama menos → o estímulo é menor → a produção de leite é menor.
- Para continuar a promover a Produção de Leite:
 - Ofereça primeiro a mama e permita que o bebê mame até a esvaziar. Só depois das 2 mamas estarem vazias, é que deve oferecer o leite de fórmula,
 - Antes de dar o biberão, coloque-o para arrotar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S., Oliveira, C., Lopes, W., Zenha, R., Figueiredo, S. (2023). Aleitamento Artificial. *Cuidar no primeiro ano de vida*. <https://cuidar.asiav.pt/aleitamento/>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). Boas Práticas em Aleitamento Materno. *Guia de Apoio a Profissionais de Saúde*. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- Casagrande, L., Ferreira, F., Hahn, D., Unfer, D. & Praetzel, J. (2008). Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 49(2), 11-17. <https://doi.org/10.22456/2177-0018.3032>
- Feferbaum, R.; Falcão, M. C. (2003) Nutrição Do Recém-nascido. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. São Paulo. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322003000200015>
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comissão Nacional Comité Portuguesa para a UNICEFF - Iniciativa Hospitais Amigos dos bebés.
- Oliveira C., Mesquita, M., Almeida, S., Lopes, W. (2018). Cuidar no primeiro ano de vida. <https://issuu.com/cuidarnoprimeiroano/docs/cuidar>
- Melo, C. & Gonçalves, R. (2014). Aleitamento materno versus aleitamento artificial. *Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, 41, 7-14. <https://doi.org/10.18224/est.v41i0.3804>
- Nick, M. (2011). A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a promoção da saúde da criança. Universidade Federal de Minas Gerais
- Rêgo, C., Teles, A., Nazareth, M., & Guerra, A. (2013). Leites e fórmulas infantis: a realidade portuguesa revisitada em 2012. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 44, p. 50-S93.
- Wong W. (2012) *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed.
- Whaley, L., Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*.

APÊNDICE VII –

4º Módulo: Manobra de Desengasamento, RCP e Administração Terapêutica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

4. Preparação para a Alta do RN

Administração de Terapêutica Oral

Manobras de Desengasgamento



Sumário

1. Administração de Terapêutica Oral

2. Desengasgamento do RN – Obstrução da VA

Causas e Reconhecimento da Situação

Abordagem

Atuação no Latente Consciente

Atuação do Latente Inconsciente

Referências Bibliográficas



1. Administração da Terapêutica Oral

Todos os RN Prematuros necessitam de um aporte de vitaminas e minerais no início da sua vida.

A **administração de terapêutica oral** pode ser feita através de:

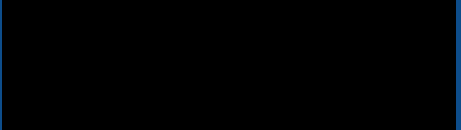
- **Colher:**
 - Colocar a terapêutica na colher,
 - Inserir-na na boca do RN e, de seguida, colocar a chucha de forma a estimular a sucção.
- **Tetina:**
 - Colocar as gotas numa colher. De seguida colocar dentro da tetina e dar ao bebé.
- **Chucha:**
 - Colocar numa colher. De seguida colocar a chucha na boca do bebé e juntar o conteúdo da colher.
- **Seringa:**
 - Colocar numa colher e depois aspirar com uma seringa. Inserir a ponta da seringa na boca do bebé, apontada para a bochecha e administrar o conteúdo com a chucha colocada em simultâneo.

Segundo a experiência dos pais, os dois últimos métodos são considerados os mais simples e eficazes.

1. Administração da Terapêutica Oral

- Por norma os pais optam por manter o horário definido no hospital para **evitar o esquecimento**, no entanto este pode ser alterado.
- A quantidade de vitaminas pode ainda ser **dividida em dois momentos** (por exemplo metade de manhã e a outra metade à noite).
- Se houver um esquecimento da terapêutica ou se após a sua administração o bebé vomitar, os pais podem:
 - aumentar a dose na próxima toma,
 - saltar a toma seguindo a prescrição na próxima toma,
 - se o RN vomitar mais 2 vezes contactar o médico.

Os pais devem seguir a prescrição médica dose e duração. Atenção: manter stock em casa!



2. Desengasgamento do RN – OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA (VA)

- Pode ocorrer:

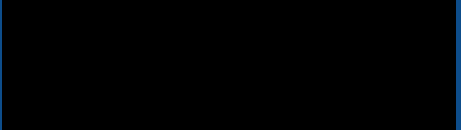
- { Durante a alimentação
- { Durante brincadeiras com objetos de pequenas dimensões }

SOCORRO
IMEDIATO

A tosse espontânea é mais eficaz e segura que qualquer outra manobra contudo, se for **ineficaz ou ausente** e o objeto obstruir totalmente a VA vai ocorrer asfixia com hipóxia,
INICIE INTERVENÇÕES ATIVAS!

Em caso de OBSTRUÇÃO DA VA é necessário ter em atenção os seguintes passos:

- Causas e reconhecimento da situação,
- Abordagem,
- Atuação do latente consciente,
- Suporte básico de vida pediátrico.



2.1. Causas e Reconhecimento da Situação

- A obstrução da VA é uma situação frequente em latentes e crianças.
- **Quando ocorre detém sinais característicos:**

SINAIS GERAIS DE OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Episódio testemunhado	
Tosse / Asfixia	
Início súbito	
História de refeição recente / pequenos objectos na boca	
Tosse eficaz	Tosse ineficaz
Chora e/ou resposta a questões	Incapaz de falar
Tosse audível	Tosse silenciosa
Consegue inspirar antes de tossir	Respiração ineficaz
Completamente reactivo	Cianose
	Diminuição do estado de consciência

2.2. Abordagem

- O **objetivo das manobras** de desobstrução da VA é:
 - Provocar um aumento súbito de pressão intratorácica que funcione como “tosse artificial” e desobstrua a VA.



2.2. Abordagem

Nos latentes:

- Realizar pancadas intraescapulares e compressões torácicas.

Nas crianças idade > 1 ano:

- Realizar pancadas nas costas e compressões abdominais.

As **técnicas utilizadas** diferem de acordo com a idade e tamanho da criança. Serão abordadas as técnicas relativas aos latentes, por serem a nossa população alvo.

2.3. Atuação no Latente Consciente

Se o latente estiver consciente, mas **não tosse** ou a sua **tosse é ineficaz**, o reanimador deve:

- Pedir ajuda,
- Aplicar pancadas intraescapulares.
 - Se as pancadas não resultarem deve fazer compressões torácicas.

2.3. Atuação no Latente Consciente

Procedimento:

- Segure o bebê de barriga para baixo com a cabeça mais baixa que o tronco (para que a gravidade ajude na remoção do corpo estranho), suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou coxa (neste último caso deve estar sentado).
- Para apoiar a cabeça, colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula e um ou dois dedos no mesmo ponto do outro lado da mandíbula.
- Aplique 5 pancadas, secas, firmes, nas costas, entre as omoplatas, com a base da mão ou a mão em concha.



https://drive.google.com/file/d/1NN5P1wMUKb8hCUKzJ_hRG_jsQLTgq4v7/view?usp=sharing

2.3. Atuação no Latente Consciente

Se após as pancadas intraescapulares não conseguiu remover o corpo estranho, e o latente continua consciente, passe à aplicação de **compressões torácicas**:

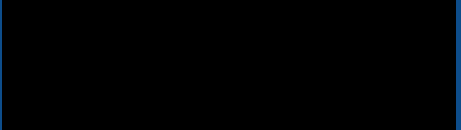
Procedimento:

- Segure a cabeça do latente com a mão que estava livre e rode-o, para que fique de barriga para cima apoiado no seu antebraço. Mantenha a cabeça inferior ao resto do corpo.
- Faça compressões torácicas com 2 dedos tal como indica na imagem. As compressões devem ser secas e a um ritmo lento para deslocar o corpo estranho.

Faça 5 compressões, se necessário, para tentar desobstruir a VA.



Compressões torácicas no lactente
Fonte: Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico, 2017
(INEM & DFEM, 2022)



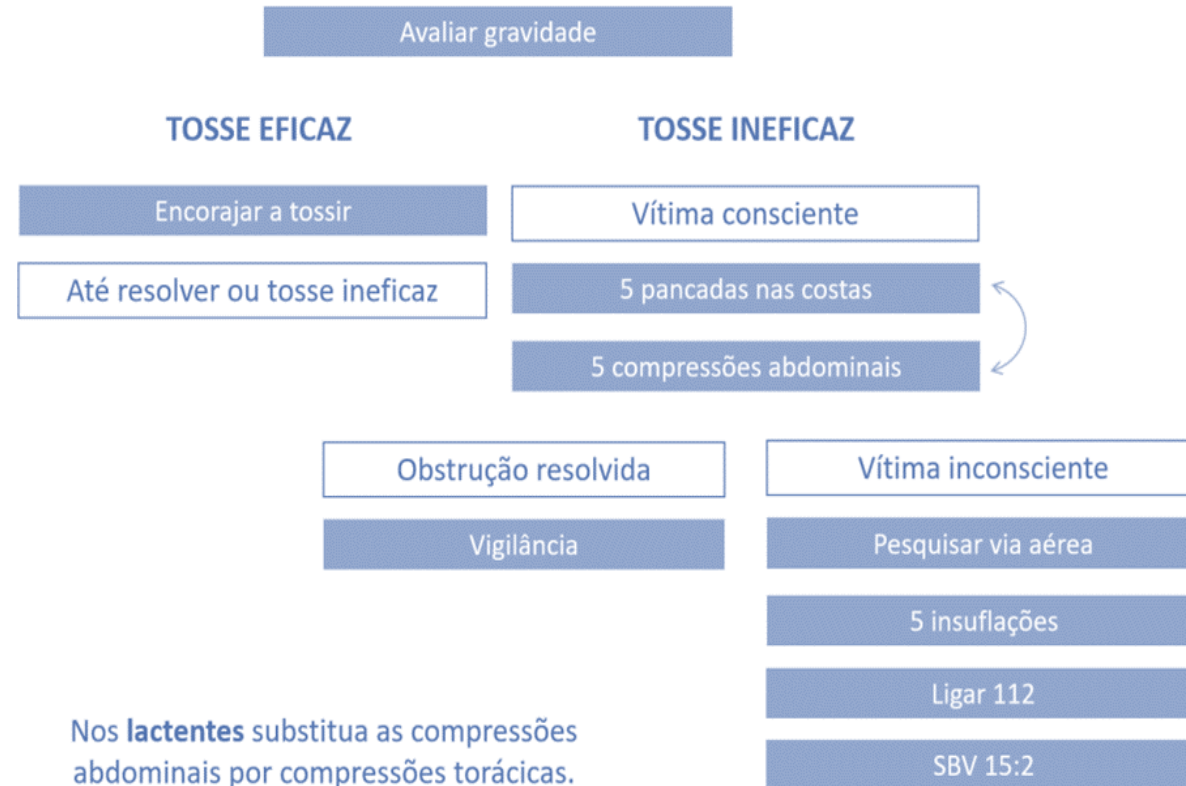
2.3. Atuação no Latente Consciente

- Reavalie a intervenção a cada sequência para determinar a resolução da situação.
- Se necessário, repita a sequência até à resolução da obstrução e enquanto o latente estiver consciente.
- Ao fim de uma sequência **grite por ajuda ou ligue para o 112.**

2.4. Atuação no Latente Inconsciente

- Se o latente está ou fica inconsciente, coloque-o numa superfície plana e dura e **grite por ajuda.**
- Se estiver sozinho, inicie manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e mantenha durante 1 minuto
 - (5 ciclos da sequência de 15 compressões e 2 insuflações) e só depois ligar para o 112.
- Se houver uma segunda pessoa, essa deve ligar logo para o 112 e preparar-se para responder às seguintes questões: ONDE, O QUÊ, QUEM, COMO.

2.4. Atuação no Latente Inconsciente



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. (9) 1*. Loures: Lusociência.
- INEM & DFEM. (2022). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico (1ª ed, Vol 4)*. Copyright <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>

APÊNDICE VIII –

5º Módulo: Cuidados Antecipatórios: vigilância da Saúde e Sinais de Alerta



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

5. Cuidados Antecipatórios



Sumário

1. Cuidados Antecipatórios

Hábitos de Sono e Posição ao Deitar

Hábitos Intestinais e Cólicas

Temperatura Normal e Febre

Sinais e Sintomas de Alerta

2. Soluços

3. Oxigenoterapia

Referências Bibliográficas



1. Cuidados Antecipatórios

Cuidados Antecipatórios na alta do RN (Ramos & Figueiredo, 2020):

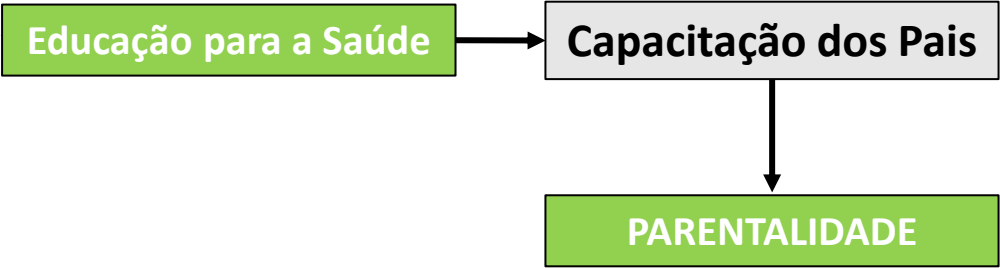
- Consistem nos cuidados preconizados pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, adequados às necessidades individuais de cada bebé e família.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, tem como linhas gerais de orientação a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença (Direção-Geral da Saúde, 2013).

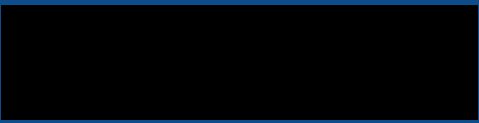
Cuidados Antecipatórios:

- Cuidados orientados para a antecipação de problemas de saúde.

- Intervenções de Enfermagem:
 - Prevenir problemas do bebé,
 - Diminuir as consequências,
 - Atuar sempre junto do RN e família.



Os **Cuidados Antecipatórios** são uma **abordagem preventiva e educativa** que visa o bem-estar do bebé e a promoção de uma parentalidade saudável!



1. Cuidados Antecipatórios

Cuidados Antecipatórios Recomendados no Período Neonatal:

- Posição de deitar,
- Hábitos de sono,
- Hábitos intestinais e cólicas,
- Temperatura normal e febre,
- Sintomas/sinais de alerta,
- Relação Emocional.

(Direção-Geral da Saúde, 2013)

1.1 Hábitos de Sono e Posição ao Deitar

Cada bebé tem o seu padrão de sono, dependendo:

- Do seu temperamento,
- Do ambiente que o envolve.

(Chora & Azougado, 2015)

1.1 Hábitos de Sono e Posição ao Deitar

Enquanto dorme (CUF, 2018):

- Cresce e desenvolve a sua inteligência,
- Produz hormonas de crescimento,
- Ativa a memória e as suas capacidades de aprendizagem.

Respeite sempre o ritmo de sono e o seu período do RN.

- Estes podem dormir cerca de 18 a 20 horas por dia, por curtos períodos de sono (de 3 a 4 horas), sem ritmo circadiano, pois o RN não distingue o período diurno do noturno.
- É importante gerir as expectativas dos pais quanto ao período de sono noturno dos bebés:
 - **Bebé de termo**, pode dormir 6 a 8 horas completas à noite aos 4 meses de idade,
 - **Bebé pré-termo** pode não realizar esta tarefa até os 6 a 8 meses ou mais tarde.



1.1 Hábitos de Sono e Posição ao Deitar

- **Nos primeiros meses de vida** o RN deve dormir no quarto dos pais:
 - Este deve ser arejado. Evite objetos desnecessários e promova a exposição à luz natural.
- A Temperatura média do quarto deve ser entre os 18 - 20º C,
- **Deite** o bebé de barriga para cima, com os braços de fora e a cabeça lateralizada. Alterne a última para a esquerda e para a direita,
- O **berço** deve ser composto por uma superfície firme.
- Não utilize almofadas,
- Nunca durma com o seu filho devido ao elevado risco de:
 - Asfixia e Síndrome de Morte Súbita Infantil.
- Não deixe objetos soltos (fraldas, brinquedos e outros) no berço.



1.1 Hábitos de Sono e Posição ao Deitar

Rotinas para Estabelecer Padrões de Sono	
DIA	NOITE
<ul style="list-style-type: none">• Manter exposição a luz natural,• Manter ruídos normais da casa,• Ajustar o seu ritmo ao ritmo do bebé,• Não interrompa o período de sono do bebé,• Estimule-o somente quando está acordado,• Ajuste os períodos de estimulação e interação social de acordo com o período de sono do bebé.	<ul style="list-style-type: none">• Manter apenas a luz de presença e interagir com o bebé de forma calma,• Procure somente alimentá-lo e mudar a fralda,• Não responder de imediato se o bebé se mexer – pode estar a sonhar,• Deitar o bebé quando está sonolento para evitar que adormeça no seu colo,• Oferecer medidas de autoconsolação nomeadamente: chupeta, musica, luz suave,• Criar uma rotina.



(CUF, 2018)

1.1.1. Estados de Consciência do Bebê

- **Sono profundo:**
 - Estado de sono **mais restabelecedor** e o **mais importante para o crescimento do bebê**,
 - Os olhos encontram-se fechados e o bebê está quieto. Pode apresentar ligeiros sobressaltos, mas não acorda nem deve ser acordado.
- **Sono superficial:**
 - Sono em que o bebê se encontra mais vulnerável relativamente ao mundo exterior,
 - Move-se, contorce-se e espreguiça-se com frequência,
 - Franzem o sobrolho com regularidade, exprimindo caretas. Por vezes sorriem e mexem a boca,
 - Movem os olhos mas mantem as pálpebras fechadas,
 - No sono superficial o bebê desperta facilmente.
- **Estado de sonolência:**
 - O bebê estica-se, boceja e, por vezes, movimenta os braços e as pernas,
 - Pestaneja por vezes, alternando o estado de sono superficial antes de acordar,
 - Reage a estímulos mas dificilmente se mantém acordado

1.1.1. Estados de Consciência do Bebê

- **Estado de alerta tranquilo:**
 - Nos primeiros dias de vida o bebê mantém-se acordado por curtos períodos,
 - Quando neste estado, encontra-se acordado, com um olhar atento, e calmo.
 - Momento propício para interagir com o bebê e adquirir a sua atenção.
- **Estado de alerta irritado:**
 - Estado que precede o choro,
 - Perante uma estimulação exagerada o bebê adota um estado de maior agitação,
 - Apresenta movimentos descoordenados e desajeitados,
 - Conforte-o acalmando-o.
- **Choro:**
 - Para decifrar o choro do bebê é necessário → **intuição + conhecimento + percepção + aprendizagem.**
 - O bebê chora de diferentes modos, consoante aquilo que quer transmitir.

1.1.1. Estados de Consciência do Bebê

O Prematuro

Os bebês pré-termo têm uma disponibilidade e tolerância aos estímulos diferente do bebê de termo.

Estes devem ser **protegidos** da hiperestimulação, através da adoção de estratégias promotoras da regulação e organização do seu comportamento:

- Manter alguma flexão corporal no berço,
- Recorrer a material de contenção, se necessário.

1.1.2 Choro

Rotinas para Estabelecer Padrões de Sono	
Causas	Resposta
Causas Físicas: Fome; Estar sujo ou molhado; Ter roupa desconfortável; Sentir frio ou calor excessivo; Ter sono; Sentir-se cansado; existir excesso de estímulos.	O bebé quando chora exige tempo e paciência por parte dos pais. É importante dar resposta ao apelo do bebé transmitindo tranquilidade. Deste modo, o bebé sente-se confortado e compreendido.
Causas Emocionais: Alívio de tensão emocional; necessitar da presença dos pais; sentir-se inseguro/desprotegido; défice de atenção; solicitar medidas de consolo ou mimo.	Quando as causas físicas são excluídas e o choro persiste, é plausível ponderar causas emocionais. Torna-se fulcral dar conforto ao bebé.

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

1.2. Hábitos Intestinais e Cólicas

Estes variam de bebê para bebê.
As características das fezes vão mudando ao longo do tempo.

Características das Fezes	
Bebés Alimentados com LM	Bebés Alimentados com LA
<ul style="list-style-type: none">• <u>Cor</u>: Amareladas, esverdeadas ou acastanhadas,• <u>Consistência</u>: ser líquidas, pastosas, homogêneas ou em farrapos,• <u>Frequência</u>: 5 defeções por dia.• <u>É normal</u>:<ul style="list-style-type: none">• ter defeção durante a mamada,• ter defeção após a mamada,• Não ter defeções todos os dias (avaliar desconforto).	<ul style="list-style-type: none">• <u>Cor</u>: Amareladas ou acastanhadas,• <u>Consistência</u>: mais sólida,• <u>Cheiro</u>: mais intenso,• <u>Frequência</u>: 3-4 defeções por dia ou menos.

1.2. 1. Problemas Intestinais Mais Comuns

1. Obstipação:

- Caracterizada pela diminuição do número de dejeções estando por norma associado a fezes duras,
- Problema de saúde que provoca desconforto ao bebé,
- Possíveis Causas:
 - imaturidade do intestino,
 - fraca motilidade do intestino,
 - falta de hidratação ou algum leite de fórmula.

Sinais e Sintomas:

- Dejeções de fezes duras, tipo **Cíbalas (“às bolinhas”)** ou ausência de dejeção > 24h;
- Irritabilidade e desconforto abdominal. Os bebés durante a dejeção podem chorar, ficar muito vermelhos, com abdómen inchado e duro, e com gases;
- Em casos mais raros → pode provocar fissuras no rabinho e sangue nas fezes.

1.2. 1. Problemas Intestinais Mais Comuns

Como EVITAR:

- Prepare o leite de forma correta na proporção aconselhada pelo fornecedor da embalagem:
 - Colocar primeiro a água e só depois o leite em pó.
- Se necessário, contactar o médico ou enfermeira para alterar a fórmula do leite.

Realize Massagem Abdominal:

- Antes do leite, execute movimentos circulares na barriga do bebé no sentido dos ponteiros do relógio,
- **Se necessário**, faça uma estimulação com a cânula de bebegel em movimentos circulares suaves.
- **Somente em SOS** → administre 1 bebegel (máximo 1 vez/dia).

2. Cólicas:

- Definido por espasmo do intestino desencadeados pela adaptação e desenvolvimento do sistema digestivo,
- Caso transitório e benigno, mas gerador de inquietação e angústia por parte dos pais.

Iniciam-se por volta das 6 semanas e cessam por volta do 4º / 5º mês de idade!

1.2. 1. Problemas Intestinais Mais Comuns

2. Cólicas (cont.):

Causas:

- Alimentação rápida,
- Ingestão de ar durante as mamadas,
- Ingestão excessiva de leite,
- Técnica de alimentação errada (posição),
- *Stress* ou tensão emocional por parte dos pais que é transmitida para o bebé.

Sinais e Sintomas:

- Choro intenso, alto, gritado, com início súbito e de difícil consolo.
- O bebé contorce-se, a face fica vermelha, o abdómen distendido e tenso, braços tensos com as mãos fechadas, encolhe as pernas e arqueia-se para trás.
- Faz movimentos súbitos das pernas tipo “coice”.

1.2. 1. Problemas Intestinais Mais Comuns

Mantenha a calma e procure manter o ambiente igualmente calmo!

Acalme o bebé:

- Utilize a chupeta,
- Fale calmamente com ele,
- Aconchegue-o com uma manta, limitando os movimentos dos seus braços,
- Ofereça um banho morno para relaxar.

Técnicas:

- A massagem abdominal ajuda a reduzir desconforto mas não tem efeito imediato!
- Por vezes melhora após o bebé ter uma dejeção ou libertar alguns flatos intestinais.
- Coloque o bebé de barriga para baixo sob o seu braço,
- Com a palma da mão, pressione um pouco a barriga do bebé e com a outra mão junte os braços dele de forma a ficar com os movimentos mais limitados,
- Embale-o para a frente e para trás e vá repetindo o som “Shhhh” ou cante,
- Deite-o de barriga para baixo sobre as suas coxas e massageie as costas do bebé em movimentos circulares.

1.2. 1. Problemas Intestinais Mais Comuns

Massagem para o alívio das Cólicas:

- Antes de iniciar a massagem, **aplique creme ou óleo vegetal nas suas mãos** de modo a reduzir o atrito entre as suas mãos e a pele do bebé reduzindo assim o desconforto.
- Realize **movimentos** lentos, circulares e ritmados pelo menos 3 vezes (no **sentido dos ponteiros do relógio**).
- Pode realizar a massagem sempre que necessário ou 2 a 3 vezes por dia.
- Segure as pernas do bebé pelos tornozelos e, com os joelhos juntos, pressione-os suavemente contra a barriga. Mantenha esta pressão durante 5 segundos. Alivie a pressão e a posição das pernas, esticando-as, e volte a repetir respeitando a tolerância do bebé. Se este oferecer resistência, não forçar.
- Segure os tornozelos do bebé e dobre um dos joelhos sob o abdómen alternando as pernas, como se estivesse a andar de bicicleta lenta e ritmicamente;

(Oliveira et al., 2018)



<https://www.apitadadopai.com/colicas-do-bebe/>



<https://vounascer.com/artigos/o-meu-bebe/como-aliviar-as-colicas-do-bebe/>

1.3. Temperatura Normal e Febre

- A temperatura normal do bebé varia de acordo com:
 - Idade,
 - Atividade,
 - Hora do dia.
- Os bebés tendem a apresentar temperaturas mais elevadas que as crianças mais velhas.
- Habitualmente é mais elevada no final da tarde e mais baixa durante o período noturno.
- O aumento da temperatura corporal não por si só uma doença mas sim, um sinal de que o corpo do bebé apresenta ao reagir a alguma alteração.
- É a forma natural do organismo combater as ameaças.

Retal	A mais precisa, ideal para a criança pequena.
Axilar	A mais prática e mais utilizada

1.3. Temperatura Normal e Febre

- Como avaliar a temperatura retal?
 - Lubrifique a ponta do termómetro com um pouco de óleo de amêndoas doces e introduza cerca de 1,5 cm da ponta no ânus do bebé,
 - Após usar o termómetro, limpe-o com algodão embebido em álcool.
- **Se o bebé apresentar febre**, estiver desconfortável ou ter história de convulsão febril, deve implementar os seguintes cuidados:
 - Hidratar o bebé:
 - Oferecer mais mama ou leite.
 - Realizar arrefecimento natural:
 - Vestir roupa mais fresca,
 - Aplicar panos humedecidos em água tépida (nunca fria) em diferentes zonas corporais (testa, peito, costas);

1.3. Temperatura Normal e Febre

Administrar terapêutica:

- Paracetamol conforme indicação médica,
- Vigie a temperatura 1 hora após antipirético, no mesmo local.

1.4. Sinais e Sintomas de Alerta

- Recusa alimentar,
- Gemido e dificuldade respiratória,
- Prostração,
- Febre,
- Alterações da coloração.

1.4.1. Alterações Alimentares

Recusa Alimentar:

- Quando o bebé recusa várias mamadas,
- Quando o bebé mama menos que o habitual, em várias mamadas seguidas.

Vómito:

- Expulsão de conteúdo gástrico, acompanhado de uma contração da musculatura abdominal.
- No período neonatal, por vezes é difícil de distinguir a regurgitação (bolçar), do vómito pelo que deve ser avaliada:
 - A intensidade,
 - Quantidade,
 - Frequência,
 - Conteúdo.

SINAIS DE DESIDRATAÇÃO:

- Fraldas com menor quantidade de urina,
- Urina mais concentrada (escura),
- Evacua menos vezes,
- Saliva menos,
- Perda de peso,
- Olhos encovados,
- Fontanela deprimida.

1.4.2. Atividade e Tônus Muscular

Prostração:

- Num RN manifesta-se pela diminuição de atividade habitual,
- Bebê reage menos que o normal, está mais “parado”, mesmo quando submetido a vários estímulos.

Irritabilidade:

- Bebê com choro persistente e inconsolável, sem motivo aparente.

Hipotonia:

- Diminuição do tônus muscular – o bebê fica “mole”, flácido.

1.4.3. Alteração da Coloração

Icterícia:

- Problema comum nos RN prematuros que leva à necessidade de tratamento - **fototerapia** - durante o internamento,
- Icterícia Generalizada: mais comum no bebé de termo.
 - Coloração amarelada da pele, com progressão céfalo-caudal, isto é, da cabeça para os pés,
 - mucosas oculares, urina e lágrimas com coloração amarelada.

Palidez:

- Coloração pouco rosada da pele e das mucosas.

Cianose:

- Coloração azulada ou arroxeadada em redor da boca, lábios ou unhas,
- Causada pela diminuição de oxigénio no sangue,
- É um sinal de extrema importância para despiste de dificuldades respiratórias!

1.4.4. Alteração do Padrão Respiratório

Gemido:

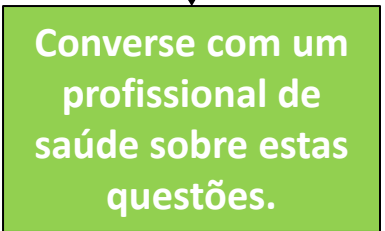
- respiração ruidosa na fase da expiração, que quando persistente pode ser um sinal de alarme.

Sinais de dificuldade respiratória:

- Gemido, estridor,
- Adejo nasal – asas do nariz abrem e fecham,
- Retração inter/infracostal – grelha costal muito marcada quando respira,
- Polipneia/taquipneia – respiração acelerada,
- Cianose.

1.5. Relação Emocional

- Por vezes os pais referem dificuldades em estabelecer uma relação com o bebé.
- O grau de **satisfação do principal cuidador com o seu bebé** (enamoramamento) é fulcral no processo de relação.
- Deste modo, é importante haver uma **reorganização familiar** através de:
 - Implementação de novas rotinas,
 - Análise das reações dos irmãos.
- **Se sentir:** _____
 - Falta de interesse no bebé,
 - Ausência de sensibilidade e conseqüente falta de resposta às manifestações do bebé,
 - Desespero,
 - Ideação suicida.



Converse com um profissional de saúde sobre estas questões.

2. Soluços

Contrações involuntárias e rítmicas do diafragma, o músculo que separa o peito do abdómen e desempenha um papel fundamental na respiração.

- Causam uma rápida interrupção do fluxo de ar nos pulmões, resultando no som característico do soluço e um movimento súbito do abdómen.

Soluços nos Bebés:

- Ocorrência comum e geralmente inofensiva.

Cuidados a ter quando o bebê apresenta soluços:

- Não se preocupe demais!
- Os soluços em bebês são normais e geralmente não causam desconforto significativo.
- Não são indicativos de um problema sério na maioria dos casos.

2. Soluços

Cuidados a ter quando o bebê apresenta soluços (cont.):

- Alimentação:
 - Se o bebê estiver a alimentar-se verificar se não está a engolir muito ar,
 - Reposicionar o bebê de maneira apropriada durante a amamentação para ajudar a reduzir a ingestão de ar.
- Conforto:
 - Ofereça conforto ao bebê, segure-o gentilmente e embale-o.
 - Essas ações podem ajudar a acalmar o diafragma e interromper os soluços.
- Evite o stress:
 - Evite situações de stress para o bebê, pois este pode aumentar a frequência dos soluços,
 - Mantenha o ambiente calmo e tranquilo.

2. Soluços

Cuidados a ter quando o bebé apresenta soluços (cont.):

- Estimulação:
 - Por vezes, a estimulação suave, como brincar ou distrair com algo interessante pode interromper os soluços.
- Posição:
 - Coloque o bebé numa posição confortável, como deitado de costas:
 - Minimiza a pressão sobre o diafragma.
- Não use remédios caseiros:
 - Evite usar métodos não comprovados ou remédios caseiros para tratar os soluços do bebé, a menos que seja recomendado por um médico.

Os soluços são habitualmente autolimitados. Contudo, se persistirem mais de 1 hora ou se o bebé se demonstrar desconfortável, procure falar com um profissional de saúde.

3. Oxigenoterapia

O prematuro apresenta um **sistema respiratório subdesenvolvido**:

- O pulmão encontra-se imaturo,
 - Necessidade de cumprir oxigenoterapia no domicílio, para auxiliar na maturação do pulmão.
- O tratamento é individual e específico para cada bebê.

O **Aporte de Oxigênio Suplementar** requer alguns cuidados:

- Ajuste do fluxo de oxigênio, certifique-se de que o fluxo de oxigênio é ajustado com a precisão para as necessidades do bebê conforme a prescrição médica.
- Vigilância do equipamento, com dispositivos adequados ao tamanho do bebê, para não lesar a mucosa.
- Usar um humidificador, ou fornecer um ambiente húmido para evitar a secura nasal do bebê.
- Posicionamento correto, para evitar a obstrução das vias aéreas.

3. Oxigenoterapia

O **Aporte de Oxigênio Suplementar** requer alguns cuidados (cont.):

- Mandar e limpar o equipamento regularmente, para manter a permeabilidade das vias aéreas.
 - Se utilizar uma sonda nasal, esta deve ser limpa diariamente e promover a mudança da sonda e narina pelo menos de 2 em 2 dias.
- Aplicar soro fisiológico 0,9% (algumas gotas) para manter a permeabilidade das vias aéreas.
 - Aspirar na presença de obstrução nasal.
- Realizar higiene e limpeza nasal diariamente.
- Evitar fatores irritantes no ambiente, como fumo de tabaco produtos químicos ou poeiras.
- Reduzir gradualmente o débito de oxigênio, à medida que o bebê cresce, o pulmão amadurece e o débito de oxigênio deve ser ajustado e supervisionado pela equipa médica especializada.



<https://interfisio.com.br/beneficios-do-posicionamento-prona-na-uti-neonatal/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APMGF (2013). Guia Prático de Saúde(1ª ed). Semfyc ediciones. <https://apmgf.pt/apmgfbackoffice/files/GuiaPraticoSaude.pdf>
- Chora, M., & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 357. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).3577](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).3577)
- CUF (2016). Estado de consciência do bebé. <https://www.cuf.pt/mais-saude/estados-de-consciencia-do-bebe>
- CUF (2018). O Sono do bebé. <https://www.cuf.pt/mais-saude/o-sono-do-bebe>
- Direcção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Freitas, A. (2021). Capacitação parental na alta hospitalar do RN e da criança—o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Évora. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5500>
- Oliveira, C., Mesquita, M., Almeida, S., Lopes, W. (2018). Cuidar no primeiro ano de vida (1ª ed.) <https://issuu.com/cuidarnoprimeiroano/docs/cuidar>
- Quintas, C., Silva, A. (2016) Icterícia Neonatal. Consensos de Neonatologia. https://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionalis_Neonatologia_2004/Ictericia_Neonatal.pdf
- Ramos, A. Figueiredo, M. (2020). A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Empoderamento da Criança, Jovem e Família. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem (1ªed)* pp. 12-23. LIDEL. <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789897523441.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). O choro do bebé. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-Choro-do-bebe.pdf>

APÊNDICE IX –

6º Módulo: Prevenção/Vacinação – Proteção Maternidade e Direitos Parentais



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

6. Prevenção e Vacinação

Sumário

1. Prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Latente (SMSL)	1.1. Como prevenir a SMSL?
--	----------------------------

2. Prevenção de Infecções Respiratórias	2.1. Prevenção Primária	2.1.1. Prevenção de Infecções Respiratórias por VSR
	2.2. Prevenção com Palivizumab	

3. Vacinação	
--------------	--

4. Esquema de Vacinação de acordo com o PNV	
---	--

5. Vacinação no RN Prematuro e/ou de Baixo Peso	
---	--

6. Grupos de Risco	
--------------------	--

7. Vacinação e Paracetamol	
----------------------------	--

8. Proteção da Maternidade e Direitos Parentais	
---	--

9. Subsídio Parental	
----------------------	--

Referências Bibliográficas	
----------------------------	--



1. Prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Latente (SMSL)

SMSL:

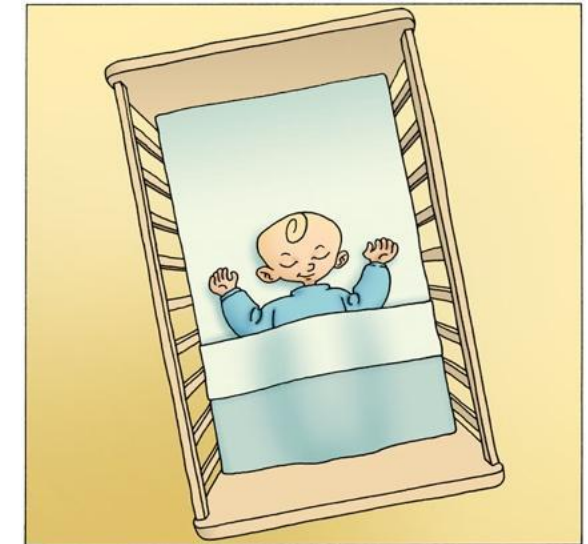
- É caracterizada pela morte imediata e sem explicação do bebé no primeiro ano de vida,
- É considerada uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida em países desenvolvidos:
 - Excluindo o período de RN – primeiros 28 dias de vida.
 - Em Portugal 99% dos casos ocorrem nos primeiros 6 meses de vida.

Predisposição Individual:

- Causas Desencandadores:
 - Refluxo Gastroesofágico,
 - Hipertermia.
- Causas Favorecedoras:
 - Tabagismo,
 - Mau seguimento pré-natal,
 - Dormir com os pais,
 - Posição Ventral.

1.1 Como prevenir a SMSL?

- Colocar o bebé a dormir em decúbito dorsal, ou seja, de barriga para cima com a cabeça lateralizada,
- Não utilizar rolos de contenção próximos da cara do bebé,
- Utilizar uma cama com grades onde não exista espaço entre o colchão e as grades,
- Deitar o bebé no fundo da cama para evitar que escorregue,
- Após cada mamada, colocar o bebé em posição vertical durante alguns minutos. Certifique-se que este eructa (arrota),
- Se por norma ele bolsar, pode inclinar o berço a 30º.



Bebé no berço bem adaptado com os pés no fundo da cama. (SPP & SPN, 2009)

A posição de barriga para baixo apenas é aconselhada nos períodos:

- Em que o bebé e o cuidador estão acordados,
- De interação com o bebé,
- Para fortalecer e estimular o desenvolvimento dos músculos do pescoço e costas do bebé,

1.1 Como prevenir a SMSL?

Manter a cabeça do bebé destapada:

- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé,
- Não utilize almofadas, fraldas, brinquedos, gorros ou outras peças que possam tapar a cabeça do bebé.
- A roupa da cama não deve ultrapassar o nível dos ombros,
- Opte sempre por cobertores leves.

Evitar o sobreaquecimento do bebé:

- Adeque a temperatura do quarto, roupa do bebé e roupa da cama à estação do ano e local onde reside,
- A temperatura ideal do quarto é entre os 18-21°C,
- Para avaliar a temperatura do bebé coloque o dorso da sua mão na nuca ou tronco do bebé. Desta forma poderá ver se está aquecido.
 - Caso apresente febre, opte por roupas mais frescas para favorecer o arrefecimento físico.



1.1 Como prevenir a SMSL?

Não fume antes, durante e após a gravidez:

- O risco de SMSL, aumenta se a mãe fumar durante a gravidez ou no período pós-parto,
- Caso o pai também fume, o risco aumenta,
- Não fumar no ambiente em que o bebé respira ou permaneça (quarto, casa, carro).

Recurso à chupeta:

- Esta reduz o risco de SMSL, no entanto, se o bebé rejeita, não force.

2. Prevenção de Infeções Respiratórias

As **Infeções Respiratórias** até ao segundo ano de vida são frequentes!

De acordo com a sua gravidade, podem ter repercussões negativas no crescimento e desenvolvimento do bebé, pelo que a **adoção de medidas preventivas é fundamental!**

2.1 Prevenção Primária

- Lavar sempre as mãos antes de cuidar do bebé,
- Enviar o contacto com pessoas constipadas:
 - Irmãos em idade escolar,
 - No caso de os pais estarem constipados → colocar máscara de proteção durante os cuidados.
- Evitar beijinhos na cara e nas mãos do bebé,
- Evitar a exposição do bebé a ambientes de grande concentração de pessoas ou locais poluídos com fumo,
- Lavar com frequência os brinquedos sobretudo se forem partilhados com os irmãos,
- Promover o aleitamento materno sempre que possível.

2.1.1. Prevenção de Infeções Respiratórias por Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

VSR:

- Vírus que causa doença respiratória, geralmente em crianças até aos 2 anos de idade.
- Causa mais comum de patologia das vias respiratórias em crianças com idade < 5 anos.

2.1.1. Prevenção de Infecções Respiratórias por Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

- Sintomas:**
- Tosse,
 - Secreções nasais e oculares,
 - Febre,
 - Dificuldade respiratória,
 - Respiração ruidosa.

- Diagnóstico:**
- Bronquiolite,
 - Traqueobronquiolite,
 - Pneumonia viral,
 - Conjuntivite,
 - Otite média.

Grupos mais Vulneráveis:

- RN's com menos de 6 meses,
- Crianças com patologia cardíaca,
- Crianças imunossuprimidas ou imunodeprimidas,
- RN prematuros com idade igual ou inferior a 35 semanas com ou sem displasia broncopulmonar,
- Lactentes com cardiopatia congénita grave.

Elevado risco!
→ É importante adotar comportamentos preventivos de Infecção



2.1.1. Prevenção de Infecções Respiratórias por Vírus Sincicial Respiratório (VSR)

Para prevenir Infecções por VSR:

- Adotar medidas higiénicas preventivas primárias e secundárias,
- Administração de Palivizumab,
- Anticorpo IG monoclonal humanizado,

(Ministério da Saúde, 2023)

2.2. Prevenção com Palivizumab

Palivizumab:

- “É um anticorpo monoclonal humanizado (IgG1K) dirigido para um epítipo no local do antígeno A da proteína de fusão do VSR.” (DGS, 2015).
- Aconselha-se a sua administração ao longo da época sazonal sendo a época onde há maior circulação do vírus sincicial respiratório (VSR), para os grupos de risco.

A sua administração é realizada em ambiente hospitalar.

A infeção primária por VSR:

- Raramente é assintomática,
- Responsável por 40% dos casos de bronquiolite,
- Responsável 50% dos internamentos por pneumonia.

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

2.2. Prevenção com Palivizumab

Indicações para Profilaxia com Palivizumab:

- Crianças com idade < 2 anos:
 - com displasia broncopulmonar que necessitaram de algum tratamento (oxigenoterapia, broncodilatadores, diuréticos ou corticoides) nos 6 meses anteriores ao início da estação do VSR, ou com alta durante essa estação,
 - com cardiopatia congénita com alteração hemodinâmica significativa ou com cardiopatia adquirida sintomática com insuficiência cardíaca.
 - Crianças Pré-termo com:
 - IG \leq 28 semanas ou idade \leq 12 meses, no início da estação do VSR ou com alta durante a mesma,
 - IG 29 - 32 semanas ou idade \leq 6 meses no início da estação do VSR ou com alta durante a mesma.
- O início da profilaxia é recomendado no mês de outubro com uma administração mensal até ao fim do período epidémico de modo a atingir a cobertura imunitária em Março.
 - Deve ser realizada a administração da primeira dose de palivizumab entre o 3º e o 5º dias antes da alta.



3. Vacinação

Vacinação:

- É considerada um direito e um dever dos cidadãos contudo, a vacinação é uma opção.
- É importante ter consciência que, ao vacinarem-se, estão a **defender**:
 - A sua Saúde,
 - A Saúde Pública,
 - A praticar a cidadania.
- **Vacinação no primeiro ano de vida:**
 - Deve ser cumprida nas idades recomendadas,
 - Sem atrasos sendo este o período de maior vulnerabilidade.

Programa Nacional de Vacinação (PNV):

- É um programa gratuito,
- Visa a proteção dos indivíduos e da população em geral contra as doenças com maior potencial de ameaça, para as quais existe proteção eficaz.

Todos os contactos com a
equipa de enfermagem são
oportunidades e momentos
de vacinação!

**INFORME-SE E VACINE-SE A SI E
AO SEU FILHO!**

4. Esquema de Vacinação de acordo com o PNV

Vacina Doença	Idade												
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos	
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3									
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4							
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5						
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5						
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3								
<i>Neisseria meningitidis B</i>		MenB 1	MenB 2		MenB 3								
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC								
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2						
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas				
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td	

As vacinas são administradas na coxa até aos 12 meses de idade. A partir dos 12 meses são administradas no braço.



5. Vacinação no RN Prematuro e/ou de Baixo Peso

Lactentes pré-termo, quando clinicamente estáveis:

- Devem ser vacinados de acordo com o esquema recomendado,
 - Com as mesmas doses e idade cronológica, **com exceção das vacinas VHB e BCG.**

Vacinas ao RN pré-termo requer precauções consoante:

- A idade gestacional,
- A situação clínica do bebé (vigilância de eventos cardiorrespiratórios durante 6 a 8 horas).

Deste modo, e de acordo com o PNV:

- A vacinação com VHB de RN e lactentes de baixo peso, encontra-se nos seguintes quadros:

VHB (Vacina contra Hepatite B)	
Mãe AgHBs negativo	
Peso ao Nascer < 2000 g	Peso ao Nascer ≥ 2000 g
Vacinação - Esquema 3 doses (Aos 0, 2 e 6 meses de idade) <ul style="list-style-type: none"> • 1ª dose: quando atingir 1 mês de idade ou 2000 g (o que se verificar primeiro) • 2ª dose: 2 meses de idade (³ 4 semanas após a 1ª dose) • 3ª dose: 6 meses de idade (³ 16 semanas após a 1ª dose e ³ 8 semanas após a 2ª dose) 	Vacinação - Esquema PNV Aos 0, 2 e 6 meses de idade

VHB (Vacina contra Hepatite B)	
Mãe com AgHBs positivo	
Peso ao Nascer < 2000 g	Peso ao Nascer ≥ 2000 g
Primeiras 12h de vida: Vacina + IgG anti-VHB Vacinação - Esquema de 4 doses: Aos 0, 1, 2 e 6 meses de idade	Primeiras 12h de vida: Vacina + IgG anti-VHB Vacinação - Esquema de 3 doses: Aos 0, 1 e 6 meses de idade
Mãe com AgHBs desconhecido	
Investigar serologia materna imediatamente e agir conforme informação acima; <u>Se não for possível efetuar serologia ou resultados permanecerem desconhecidos até às 12 horas de vida:</u> Proceder como se Mãe AgHBs positivo	



6. Grupos de Risco

Grupos de Risco:

- aguardar até aos 2000g no caso de peso ao nascer < 2000g,
- vacinar de imediato RN, pertencentes ao grupo de risco, com peso ao nascer > 2000 g.

No que concerne à operacionalização da vacinação de RN e lactentes pré-termo, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (2020), é recomendado:

Idade Gestacional < 28 semanas:

Se ainda estiver internado ou caso já tenha tido alta, deve cumprir as vacinas do PNV recomendadas até aos 2 meses de idade no hospital com:

- monitorização cardiorrespiratória,
- vigilância médica durante 6 a 8 horas (a não ser que a situação clínica não permita);

Idade Gestacional > 28 semanas e < 37 semanas

Deve cumprir vacinas recomendadas em Cuidados de Saúde Primários, exceto se ainda estiver internado ou por indicação médica em contrário.



6. Grupos de Risco

Se, até aos 2 meses, ocorrer **evento cardiorrespiratório após vacinação:**

- Apneia,
- Bradicardia,
- Diminuição da saturação de O₂



Cumprir vacinas recomendadas até aos 4 meses no hospital, com monitorização cardiorrespiratória e vigilância médica durante 6 a 8 horas.

7. Vacinação e Paracetamol

- De acordo com o PNV (DGS, 2020), **não é recomendada a administração preventiva de Paracetamol:**
 - Por rotina,
 - Antes ou durante a vacinação,
- Deve apenas ser administrado como forma de tratamento da febre e sintomas locais após a vacinação.

O seu uso desadequado pode interferir com a resposta imunológica.

8. Proteção da Maternidade e Direitos Parentais

Apoios na Comunidade:

- Devido à vulnerabilidade do RN Prematuro, é necessário:
 - Uma vigilância da saúde,
 - Recursos na comunidade durante os primeiros anos de vida.
- As **associações de pais e amigos das crianças de alto risco** têm um papel fulcral neste apoio,
 - Principal objetivo: contribuir para a inclusão social das crianças de alto risco com iniciativas de:
 - Intervenção precoce, em tempo útil;
 - Apoio aos pais;
 - Intervenção comunitária;
 - Coordenação de ações/serviços de apoio;
 - Sensibilização dos órgãos do poder;
 - Solidariedade da Comunidade;
 - Convívios de caráter lúdico;
 - Defesa dos direitos da criança.



8. Proteção da Maternidade e Direitos Parentais

Apoios na Comunidade:

- As **Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)**, são um recurso que pretende a concessão de bens e prestação de serviços.
 - Objetivo de:
 - Apoiar crianças e jovens;
 - Apoiar a família;
 - Apoiar a integração social e comunitária;
 - Proteger os cidadãos em situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
 - Promover e proteger a saúde através da prestação de cuidados preventivos ou de reabilitação;
 - Educação e formação profissional dos cidadãos;
 - Resolução dos problemas habitacionais.



8. Proteção da Maternidade e Direitos Parentais

Licenças de Apoio ao recém-nascido para outros elementos da família

- Quando nasce um bebé, filho de uma menor de 16 anos. Caso a menor resida com a avó em comunhão de mesa e habitação, é concedido, a um dos avós, uma licença até 30 dias seguidos, que poderá gozar após o nascimento.
- No caso de **gravidez gemelar** a dispensa para a amamentação é acrescida:
 - 30 minutos por gémeo,
 - 1h30 quanto 2 gémeos,
 - 2 horas se gravidez trigemelar.
- Se a mãe ou pai tiverem um regime de **trabalho a tempo parcial**:
 - Esta licença é reduzida proporcionalmente às horas de trabalho diário efetivo, mas NUNCA inferior a 30 minutos.



8. Proteção da Maternidade e Direitos Parentais

Dispensa de trabalho noturno:

- A mãe pode ser dispensada de turnos noturnos durante 112 dias antes e depois do parto, sendo pelo menos metade antes da data presumível do parto.
- Pode ainda ter esse direito durante todo o período de amamentação,
 - Porém necessita de um certificado médico que comprove que tal é necessário para a saúde da mãe e da criança.

Faltas ao trabalho:

- Os pais podem faltar até 30 dias por ano em caso de:
 - Doença dos filhos menores de 10 anos,
 - Independentemente da idade, caso sofram de deficiência ou doença crónica,
 - Hospitalização, (mãe ou pai (apenas um deles) têm direito a faltar durante o internamento).

O pai ou a mãe trabalhadores têm direito a **licença até 6 mês**, prorrogável com limite de 4 anos, para acompanharem um filho que seja portador de doença crónica ou deficiência (atraso ou paragem do normal desenvolvimento da criança), ao longos os primeiros 12 anos de vida da criança.

9. Subsídio Parental

Subsídio Parental:

- Valor monetário pago ao pai ou à mãe que está de licença devido ao nascimento do seu filho de modo a substituir os rendimentos perdidos neste período.

Existem diversas modalidades:

Modalidades de Subsídio Parental:

- Subsídio parental inicial:
 - Prestação social em dinheiro por um período de 120 a 150 dias consecutivos, conforme opção dos pais. Após o período inicial de 42 dias (subsídio parental inicial exclusivo da mãe), o período de subsídio parental pode ser repartido pelos progenitores.
 - **Acréscimo por partilha de licença parental inicial:**
 - No caso de partilha de licença parental inicial por ambos os progenitores, e cada um goze, em exclusivo (sem ser ao mesmo tempo) um período de 30 dias consecutivos ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após os 42 dias obrigatórios da mãe, o período de licença de 120 ou 150 dias e respetivo subsídio é acrescido de 30 dias.

9. Subsídio Parental

- **Acréscimo por partilha de licença parental inicial (cont):**
 - Ou seja, uma licença de 120 dias passa a 150 dias e a de 150 dias a 180 dias. Esta situação só se aplica a RN e estas alterações deverão ser apresentadas mediante novo requerimento com a indicação dos novos períodos de licença.
- Subsídio parental inicial exclusivo da mãe:
 - Período facultativo até 30 dias antes do parto e um período obrigatório de 42 dias após o parto, inseridos no período escolhido do Subsídio Parental Inicial.
- Subsídio parental inicial exclusivo do pai:
 - **Licença de 28 dias obrigatórios:**
 - O pai pode usufruir de 28 dias obrigatórios de licença, em períodos mínimos de 7 dias.
 - Nos primeiros 42 dias após o parto.

9. Subsídio Parental

- Subsídio parental inicial exclusivo do pai (cont.):
 - **Licença de 7 dias facultativos:**
 - Pode usufruir de mais 7 dias, seguidos ou não, não devendo gozá-los em simultâneo com a licença parental da mãe.
 - Nota: O subsídio parental exclusivo do pai, referente aos períodos obrigatórios, é suspenso, a seu pedido, nas situações de internamento da criança durante o período após o parto,
 - No entanto só poderá suspender o subsídio parental exclusivo do pai no período após o recomendado ao internamento pós parto (72 horas).
- Subsídio parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro:
 - Subsídio que corresponde ao período de licença parental inicial da mãe ou do pai que não foi usufruído por incapacidade física ou mental, medicamente certificada, enquanto esta se mantiver ou morte.
 - Este subsídio só se aplica em situações de nado-vivo.

9. Subsídio Parental

- Subsídio por parto fora da ilha de residência:
 - Subsídio em dinheiro, dado à mulher grávida que por indisponibilidade/inexistência de recursos técnicos e humanos, necessite de se deslocar a uma unidade hospitalar fora da sua ilha de residência, durante o período que for necessário e adequado à deslocação para a realização do parto, sem prejuízo da licença parental.
- Acréscimo à licença parental inicial por internamento da criança:
 - No caso de um internamento hospitalar do RN imediatamente após o período recomendado de internamento pós-parto (até 72 horas), por necessidade de cuidados médicos especiais ao RN, aos períodos de licença parental escolhidos acresce o período de internamento, com o limite máximo de 30 dias.

Exemplo: O bebé “N” nasceu dia 2/01/2023 e mãe iniciou a sua licença parental a partir da data do parto (2/01/2023). Por recomendação médica, a mãe fica hospitalizada até dia 4/01/2023, mas o bebé permanece internado até dia 17/01/2023 inclusive. Neste caso, como decorreram 13 dias desde o fim do internamento da mãe (4/01/2023) e o fim do internamento do bebé (17/01/2023), são acrescentados estes dias à licença parental inicial.

9. Subsídio Parental

- Acréscimo à licença parental por prematuridade (nascimento de um recém-nascido prematuro)
 - Em situações de nascimento de um RN pré-termo com uma IG até 33 semanas inclusive, aos períodos de licença de 120, 150 dias,
 - Nos casos de acréscimo de 30 dias por licença partilhada (120+30 ou 150+30),
 - Nas situações em que haja acréscimo de 30 dias por nascimentos múltiplos, acresce todo o período de internamento do RN, bem como 30 dias após alta hospitalar.

Exemplo: Um RN nasce prematuramente dia 01/01/2023 às 32 semanas de IG. Por recomendação médica fica internado até dia 10/02/2023. Caso o período de licença parental inicial escolhido pelos pais tenha sido de 150 dias (sem partilha) a este período acresce todo o período de internamento da criança (40 dias) mais 30 dias após a alta hospitalar, ou seja, uma licença parental inicial de 220 dias.



9. Subsídio Parental

- Acréscimo à licença parental por nascimentos múltiplos
 - No caso de nascimentos múltiplos, são acrescidos 30 dias ao período de licença por cada gémeo além do primeiro, aplicando-se apenas no caso de nados-vivos.
 - No caso de nascimento de gémeos, o pai tem direito, por cada gémeo além do primeiro a mais 2 dias que acrescem aos 28 dias obrigatórios e mais 2 dias que acrescem aos 7 dias facultativos (têm que ser gozados imediatamente aos referidos períodos).

9.1. Quem tem direito ao Subsídio Parental?

- Trabalhadores por conta de outrem a descontar para a Segurança Social, incluindo os trabalhadores do serviço doméstico.
 - Em caso de **suspensão ou cessação de contrato**, pode existir proteção da parentalidade desde que não tenham decorrido mais de 6 meses consecutivos sem descontos entre a data de cessação do contrato e a data do evento,
- Trabalhadores independentes (recibos verdes ou empresários a nível individual) a descontarem para a Segurança Social,



9.1. Quem tem direito ao Subsídio Parental?

- Beneficiários do Seguro Social Voluntário (trabalhadores em navios de empresas estrangeiras ou bolseiros de investigação,
- Quem receber prestações de desemprego (subsídio de desemprego, subsídio social de desemprego, subsídio por cessação de atividade para trabalhadores independentes e para membros dos órgãos estatutários das pessoas coletivas) cujo pagamento se suspende durante o tempo em que recebe subsídio parental,
- Quem receber Pensão de Invalidez Relativa, Pensão de Velhice ou Pensão de Sobrevivência e a trabalhar e a fazer descontos para a Segurança Social,
- Trabalhadores na pré-reforma, em situação de redução da prestação de trabalho,
- Trabalhadores no domicílio.

Nota: As famílias de acolhimento, caso a criança tenha idade < 1 ano, têm direito ao subsídio parental inicial, com possibilidade de partilha. No entanto, exceptuam-se os subsídios parentais exclusivos.



9.2. Quem NÃO tem direito ao Subsídio Parental Inicial?

- Pai ou Mãe em situação de pré-reforma que não trabalhem (suspensão total da atividade),
- Os pensionistas de invalidez, velhice ou sobrevivência que não trabalhem nem descontem para a Segurança Social,
- Trabalhadores em regime de contrato de muito curta duração.

9.3. Condições de Acesso ao Subsídio Parental Inicial

- Para ter acesso ao subsídio parental inicial deve:
 - Pedir o subsídio dentro do prazo, ou seja, nos primeiros 6 meses a contar do primeiro dia em que não trabalhou. Se for **pedido fora deste prazo**, mas dentro do período em que ainda tem direito, é descontado o período de atraso.
 - Deve cumprir o prazo de garantia (ter trabalhado e descontado durante seis meses, seguidos ou não, para a Segurança Social ou outro sistema de proteção social, nacional ou estrangeiros, desde que não se sobreponham).
 - Deve gozar ou ter gozado a respetiva licença parental.

9.3. Condições de Acesso ao Subsídio Parental Inicial

Este subsídio **não pode ser acumulado** com prestações de desemprego:

- Subsídio de desemprego,
- Subsídio social de desemprego,
- Subsídio por cessação de atividade para trabalhadores independentes economicamente dependentes,
- Subsídio por cessação de atividade para empresários e para membros dos órgãos estatutários das pessoas coletivas,
- Nem com rendimentos de trabalho ou subsídio de doença.

Para além disso, não acumula com prestações concedidas no âmbito do subsistema de solidariedade, exceto rendimento social de inserção e complemento solidário para idosos.

Este subsídio **pode acumular** com:

- Pensão de invalidez relativa,
- Pensão de velhice,
- Pensão de sobrevivência,
- Pensões ou indemnizações por acidentes de trabalho ou doença profissional,



9.3. Condições de Acesso ao Subsídio Parental Inicial

- Este subsídio **pode acumular** com (cont.):
 - Pensões ou indemnizações por acidentes de trabalho ou doença profissional,
 - Rendimento social de inserção, pré-reforma ou suspensão do contrato de trabalho (desde que faça com descontos para a Segurança Social). Acumula também com complemento solidário para idosos.

9.4. Como pedir Acesso ao Subsídio Parental Inicial?

- Pode realizar o pedido:
 - Online através da Segurança Social Direta,
 - Nos serviços de atendimento da Segurança Social,
 - Por correio, para o Centro Distrital da área de residência do beneficiário.
- Deve realizar o pedido até 6 meses a contar do primeiro dia que já trabalhou e entregar os formulários para o pedido que se encontram disponíveis no site da segurança social, no menu “Acesos Rápidos” onde deve seleccionar a opção Formulários e no campo “Pesquisar por palavra-chave” inserir número do formulário ou nome do modelo.

9.4. Como pedir Acesso ao Subsídio Parental Inicial?

- Deve entregar a folha de Continuação Modelo RP5049/1-DGSS,
 - No caso de o requerente ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio.
- Documento de instituição bancária comprovativo do IBAN,
 - No caso de pretender que o pagamento seja efetuado por depósito em conta bancária.

O **Subsídio Parental Inicial** termina definitivamente se:

- Houver fraude,
- Quem está a receber o subsídio estiver a trabalhar enquanto o recebe,
- A mãe ou o pai optar por regressar ao trabalho antes do final do período de licença a que tinha direito,
- Se quem estiver a receber o subsídio falecer (termina no dia seguinte).

9.5. Documentos necessários para Aderir ao Subsídio Parental

- **Geral:**
 - Folha de Continuação Modelo RP5049/1, no caso do requerente ser o representante legal da pessoa a quem se destina o subsídio;
 - Documento da instituição bancária comprovativo de IBAN (no caso de pagamento por depósito em conta bancária).
- **Pedidos de subsídio antes do parto:**
 - Declaração médica com a data prevista do parto (declaração médica SNS/médico particular).
- **Pedidos de subsídio após o parto:**
 - Cópia de documento de identificação civil da criança ou declaração médica do estabelecimento/serviço de saúde comprovativa da data do parto.

9.5. Documentos necessários para Aderir ao Subsídio Parental

- **Subsídio parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro:**
 - Certificação médica,
 - Comprovativa de incapacidade física ou psíquica do outro progenitor,
 - Certidão de óbito, conforme a situação,
 - Cópia de documento de identificação civil da criança ou declaração do estabelecimento/serviço de saúde comprovativa da data do parto (no caso de não ter sido requerido subsídio parental inicial).
- **Acréscimo à licença parental por internamento hospitalar da criança e por prematuridade até 33 semanas:**
 - Certificação hospitalar que comprove o período de internamento da criança.
- **Subsídio por necessidade de deslocação a unidade hospitalar localizada fora da ilha de residência da grávida para realização do parto:**
 - Declaração médica comprovativa de que a grávida, residente nas regiões autónomas, necessita de se deslocar a uma unidade hospitalar fora da sua ilha de residência:
 - por indisponibilidade ou inexistência de recursos técnicos e humanos na sua ilha de residência,
 - com indicação do período considerado necessário e adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belli, F., Pezzin, L., Strzykalski, M., Santana, J. (2018). Síndrome da Morte Súbita do lactente. Biblioteca Virtual da Saúde. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882857/sindrome-da-morte-subita-do-lactente.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Prescrição de Palivizumab para Prevenção de Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório em Crianças de Risco. Norma 012/2013 atualizada em dezembro de 2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prescricao-de-palivizumab-para-prevencao-de-infecao-pelo-virus-sincicial-respiratorio-em-criancas-de-risco.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2023). Guia Prático - Subsídio Parental. https://www.seg-social.pt/documents/10152/14973/3010_subs%C3%ADdio_parental/f724beed-a5cb-4239-8fcc-fa09d7a6900f
- Ministério da Saúde (2023). Vírus Sincicial Respiratório. SNS24.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2021). Manual para pais de bebés prematuros – Manual Completo. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Apoios na Comunidade. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Apoios-na-comunidade.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007). Recomendações para a prevenção da infeção por vírus sincicial respiratório (VSR). *Acta Médica Portuguesa*. (38). 4. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/3/20080220122508_Acta_Ped_Vol_38_N_4.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) . Criança e família. Sociedade Portuguesa de Pediatria. <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>

APÊNDICE X –

7º Módulo: Rastreios Neonatais e Dispositivo de Segurança Móvel



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Programa de Capacitação dos Pais para a Alta na UCIN

7. Rastreios Neonatais



Sumário

1. Rastreios Neonatais

Rastreio de Cardiopatias Congénitas

Rastreio Auditivo

Rastreio de Doenças Metabólicas – Teste do Pezinho

Rastreio do Retinoblastoma – Reflexo do Olho Vermelho

Rastreio da Apneia no Sistema de Transporte para o RN

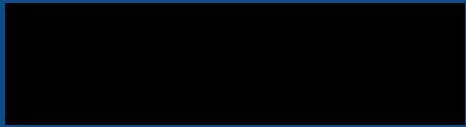
2. Dispositivo de Segurança Automóvel

A escolha do Sistema de Retenção (SR)

Cadeiras Grupo 0-0+

Transporte do RN Prematuro

Referências Bibliográficas



1. Rastreios Neonatais

Conjunto de exames realizados no RN para detetar precocemente condições de saúde que podem afetar o desenvolvimento da criança.

São exames importantes que permitem garantir um diagnóstico e tratamento precoces e evitar complicações futuras.

- São realizados nos primeiros dias/semanas de vida.
 - Na maternidade, Centro de Saúde ou Unidade de Neonatologia.
- **O rastreio não é obrigatório!**
 - Depende da vontade dos pais.
 - Contudo, acarreta vantagens tanto para o bebé como para todo o ambiente em que está inserido.

Rastreios Existentes:

- Rastreio de Cardiopatias Congénitas,
- Rastreio Auditivo Neonatal,
- Rastreio de doenças metabólicas: Teste do Pezinho,
- Rastreio Oftalmológico: Retinoblastoma e Retinopatias da prematuridade,



1.1. Rastreio de Cardiopatias Congénitas

Cardiopatía Congénita

- Malformações cardíacas que surgem no decorrer do desenvolvimento do coração do feto no útero materno.
- Encontram-se presentes desde o nascimento. Contudo, por vezes, são diagnosticadas mais tarde.
- Manifestações:
 - Cianose,
 - Insuficiência cardíaca,
 - Sopro cardíaco,
 - Arritmias.

Rastreio de Cardiopatias Congénitas

- Viabiliza a deteção de problemas cardíacos congénitos que surgem quando o coração e/ou os vasos sanguíneos não se desenvolvem corretamente ao longo a gestação.
- Muitas vezes os bebés não apresentam sintomatologia pelo que o **diagnóstico precoce** é fundamental para promover um tratamento igualmente precoce quando necessário.



1.1. Rastreio de Cardiopatias Congénitas

Exame:

- Simples e não invasivo,
- Realiza-se com um oxímetro de pulso,
- São colocados dois sensores para medir a quantidade de oxigénio presente no sangue.

Triagem:

- Realizada na Unidade de Neonatologia:
 - Nas primeiras 48 horas de vida,
 - Nos RN com oxigenoterapia após 24-48h em ar ambiente,

EXCEÇÃO:

- RN que tenham realizado ecocardiograma 1 antes da altura do rastreio.



<http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/HESIniciarastreiod eCardiopatasCong%C3%A9nitasaosbeb%C3%A9s.aspx>



1.1. Rastreio de Cardiopatias Congénitas

Considera-se NEGATIVO:

- Se a saturação de oxigénio for $\geq 95\%$ e o diferencial entre as duas for $\leq 3\%$,
- Caso o resultado seja negativo, não é necessário repetir teste.

Considera-se POSITIVO:

- Qualquer medição da saturação de oxigénio $< 90\%$,
- Quando a saturação da mão direita e do pé direito são entre 90 – 94% ou há mais de 3% de diferença absoluta entre a saturação de oxigénio entre os dois membros.
- Caso o resultado seja positivo, deve-se fazer uma investigação diagnóstica para:
 - **Excluir doença cardíaca,**
 - Verificar outras possíveis razões para os valores de saturação serem baixos,
 - Sépsis, patologia respiratória (...).

ATENÇÃO

O rastreio não deteta todos os casos de cardiopatia congénita crítica pelo que na presença de sinais de doença cardíaca deve recorrer ao médico.

1.2. Rastreio Auditivo

Surdez:

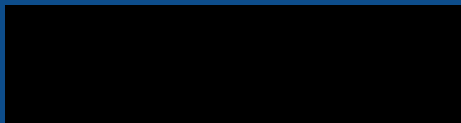
- Grave problema de saúde pública,
 - Elevada prevalência,
 - Acarreta consequências a nível do desenvolvimento linguístico, cognitivo e social da criança.

Audição:

- Sentido fundamental para o desenvolvimento da linguagem e da comunicação.
- A deteção precoce de problemas auditivos permite o tratamento adequado.

Programa Nacional de Rastreio Auditivo Neonatal (PNRAN) em Portugal:

- Implementado em 2005.
- Deteta precocemente perdas auditivas congénitas em RN, permitindo intervir o mais cedo possível.
- O rastreio é gratuito e realizado em todos os hospitais e maternidades do país.



1.2. Rastreio Auditivo

Rastreio Auditivo:

- É realizado preferencialmente antes da alta hospitalar:
 - Entre o 2º e o 4º dia de vida do RN,
 - Com idade gestacional > 32 semanas.

Teste rápido e indolor!

- Consiste em colocar pequenos fones de ouvido ou transdutores especiais no bebé,
- Reproduzir sons suaves em uma ou ambas as orelhas do bebé,
- Sensores na pele ao redor da orelha para avaliar a resposta do ouvido interno aos sons,
- Se os resultados estiverem alterados, pode ser necessário realizar outros testes de audição para determinar se há qualquer problema.

ATENÇÃO

A surdez pode surgir após o período neonatal pelo que é fundamental a vigilância da audição nos primeiros anos de vida pelo médico, família e educadores.

1.3. Rastreio de Doenças Metabólicas – Teste do Pezinho

- Algumas crianças nascem com doenças graves difíceis de diagnosticar nas primeiras semanas de vida. Estas poderão desencadear mais tarde:
 - Atraso mental,
 - Alterações neurológicas graves,
 - Alterações hepáticas,
 - Coma.
- Através de análises ao sangue, a partir do 3º dia de vida, é possível diagnosticar estas doenças precocemente o que viabiliza iniciar o tratamento quando necessário.

PROGRAMA NACIONAL DE DIAGNÓSTICO PRECOCE

Se esta colheita for uma repetição, assinalar com uma cruz

Nome da Mãe _____

Endereço _____ C. Postal _____ Localidade _____

Nascimento _____ Idade Gestacional _____ A.R.S. / Seg. Soc. ADSE SAMS

Colheita _____ Sexo M F Outras _____ N.º Beneficiário _____

Alimentação - Peito Outra Ictericia Sí Não Gêmeos Sim Não

Medicação Sim Não Qual _____

Local de Colheita _____ Dia _____

COLABORE CONNOSCO
no pezinho do bebé
pode estar no www.felipev

ENVIAR PARA: INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOCTOR RICARDO JORGE
UNIDADE DE RASTREIO NEONATAL, METABOLISMO E GENÉTICA
Rua Alexandre Gusmão, 321
AFANATADO 80982
CC. BENTALHA - PORTO
4011-401 PORTO
Telf: 223 401 18657

- Atualmente rastreiam-se:
- 24 Doenças Hereditárias do Metabolismo
 - Hipotireoidismo congénito
 - Está a decorrer um estudo para a Fibrose Quística.



1.3. Rastreio de Doenças Metabólicas – Teste do Pezinho

Doenças Hereditárias do Metabolismo:

- A criança não consegue utilizar substâncias que fazem parte da sua alimentação, e que em excesso se tornam tóxicas para organismo.
- **Solução:** Fornecer, assim que possível, uma dieta especial/adequada à criança onde essas substâncias estejam devidamente controladas.

Hipotireoidismo Congénito:

- Ausência de tiroide ou mau funcionamento da mesma.
 - Não são produzidas quantidades suficientes da hormona tiroxina – hormona fundamental para o bom desenvolvimento físico e mental da criança.
 - Após o diagnóstico, esta hormona é fornecida como medicamento diariamente para toda a vida.

Fibrose Quística:

- Doença genética que afeta o sistema respiratório, o sistema digestivo e as glândulas sudoríparas,
- Pode ser potencialmente fatal.

1.3. Rastreio de Doenças Metabólicas – Teste do Pezinho

Rastreio de Doenças Metabólicas:

- Realiza-se nas maternidades, hospitais e Centros de Saúde.
- É colhido sangue, através de uma picada no calcanhar do bebé, entre o 3-6º dia de vida para uma folha apropriada para o Rastreio.
- Os pais poderão ter acesso aos resultados três semanas após a realização do teste.
 - Link: <https://www.diagnosticoprecoce.org/>
 - Se os dados se encontrarem alterados, os pais serão contactados para que o bebé inicie o tratamento assim que possível.

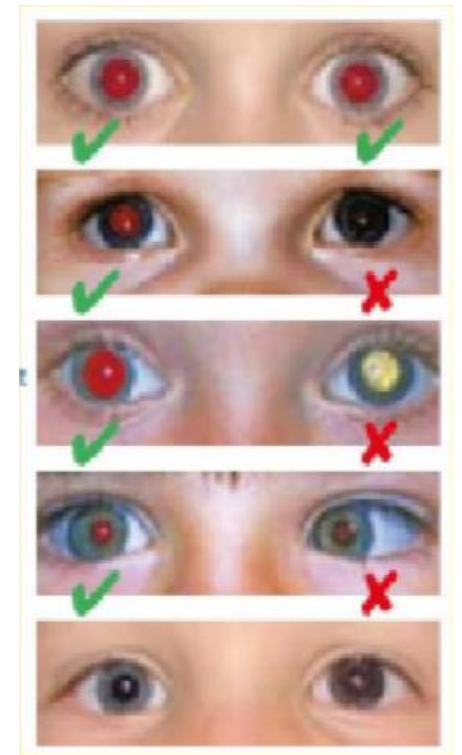
O Rastreio não é obrigatório!

- Contudo, as vantagens são evidentes visto através deste teste ser possível diagnosticar múltiplas doenças.

1.4. Rastreio do Retinoblastoma – Reflexo Vermelho

Retinoblastoma:

- Tumor maligno ocular frequente na criança (cerca de 3% dos tumores pediátricos),
- Em cerca de 40% dos casos, o retinoblastoma é hereditário,
- Atinge um ou ambos os olhos nos primeiros anos de vida,
- Surge nas células da retina,
- A taxa de sobrevivência é de 95% nos países desenvolvidos,
- Habitualmente surgem em crianças com bom estado geral e que não aparentam estar doentes, por isso é necessário realizar a **pesquisa do Reflexo Vermelho**.



Nos últimos anos tem ocorrido uma grande evolução no seu tratamento, com melhoras da preservação do globo ocular e da visão, para o qual também contribui o diagnóstico precoce.

1.4. Rastreio do Retinoblastoma – Reflexo Vermelho

Reflexo Vermelho:

- Representa a reflexão da luz no fundo ocular, habitualmente de cor vermelho-alaranjado, devido a riqueza vascular da coroide, pois a camada mais interna, a retina, é transparente.
- Exame:
 - Simples, rápido e indolor realizado pelo neonatologista ou pediatria,
 - Numa sala escurecida, em frente á criança e a distância do comprimento do braço, deve-se focar o oftalmoscópio na cara da criança, encorajando-a a olhar para a luz,
 - Observam-se ambos os olhos em simultâneo e depois a uma distância menor, avaliza-se cada uma das pupilas individualmente.



https://www.acreditar.org.pt/files/flyer_retinoblastoma.pdf

Se o exame estiver alterado o bebê deve ser avaliado por um oftalmologista para realizar estudos mais específicos.

1.4. Rastreio do Retinoblastoma – Reflexo Vermelho

Reflexo Vermelho:

- Durante os primeiros 3 anos de vida da criança, o teste deve ser repetido em todas as consultas de rotina pois o RN pode nascer sem qualquer alteração e desenvolver a Retinoblastoma posteriormente.

Retinopatia da Prematuridade (ROP):

- Doença vascular proliferativa que surge na retina.
- Doença ocular mais frequente na Neonatologia, sendo uma das complicações no RN de muito baixo peso e/ou prematuros.
- **Pode desencadear cegueira se não for detetada e tratada precocemente.**
- Rastreio de Retinopatia em Neonatos:
 - Exame fundamental que possibilita garantir a saúde ocular do RN e prevenir a cegueira
 - Em Portugal, este exame é indispensável sendo considerado imprescindível para a promoção da saúde infantil.

1.4. Rastreio do Retinoblastoma – Reflexo Vermelho

Grupos de Risco, com Critérios para Exame Oftálmológico

- RN com Idade Gestacional < 32 semanas ou peso ao nascer < 1500 g,
- RN com peso ao nascer < 2000 kg com necessidade prolongada de oxigénio suplementar,
- RN gravemente doente e/ou submetido a grande cirurgia.

Rastreio:

- Executado com recurso a um oftalmoscópio indireto,
- Permite a visualização da retina do RN,
- Os oftalmologistas especializados promovem um ambiente tranquilo, com luz adequada e recorrem a uma lente especial para visualizar melhor o RN.

1.5. Rastreamento da Apneia no Sistema de Transporte para o RN

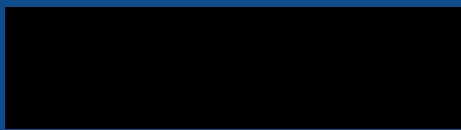
A Direção-Geral da Saúde recomenda a realização do teste da cadeira/ovo antes da alta do RN prematuro pois alguns estudos revelaram que o RN pode vir a apresentar:

- Dessaturação,
- Apneia,
- Bradicardia.

RN com peso ≤ 2000 gr e com exposição pré-natal a OPIÓIDES têm maior risco de compromisso cardiopulmonar.

Realização de Teste:

- Bebés com < 37 semanas ou de termo com risco de apneia obstrutiva, bradicardia ou hipoxemia, incluindo:
 - Lactentes com hipotonia (por ex. Síndrome de Down),
 - Micrognatia (por ex. Sequência de Pierre Robin),
 - Bebés que foram submetidos a cirurgia cardíaca.



1.5. Rastreo da Apneia no Sistema de Transporte para o RN

Realização do Teste (cont.):

- A duração do teste deve ser entre 90-120 min ou o período equivalente à duração da viagem até casa.
- Monitorização da FC, FR e Saturação de Oxigénio.
- Ocorre falha no teste quando:
 - SpO2 < 90% por mais de 10 segundos;
 - Apneia com duração ≥ 20 segundos;
 - Bradicardia ≤ 80 bpm.

Caso falhe no teste, realizar novo teste com uso de Alcofa.
Caso o bebé volte a falhar no teste, protelar a alta e realizar investigação cardiorrespiratória.

O teste da apneia é um teste estático e a sua validade como preditor de eventos adversos clinicamente significativos em contexto dinâmico é questionável.



2. Dispositivo de Segurança Automóvel

Acidentes Rodoviários:

- Principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal.
- A criança deve ser sempre transportada no automóvel com um sistema de retenção (cadeiras) adequado ao seu peso e idade.
- A primeira viagem do RN em automóvel deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade já numa cadeira apropriada.

Cuidados a ter no Automóvel:

- Crianças com idade < 3 anos:
 - Não podem andar em carros sem cintos de segurança,
 - Colocar sistema de retenção **virado para a retaguarda** e desativar a almofada de ar frontal (*Airbag*) no lugar do passageiro.



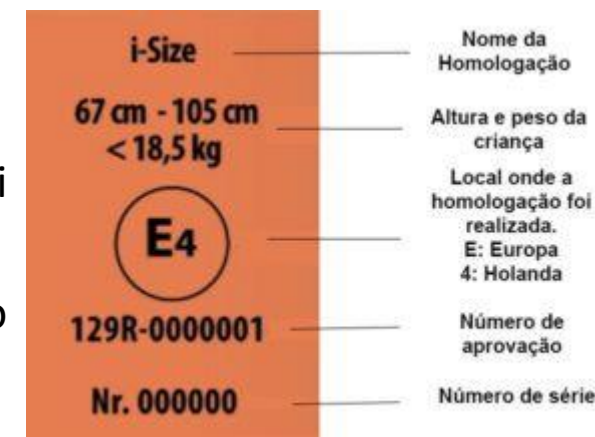
2.1. A escolha do Sistema de Retenção (SR)

Ter em atenção:

- A cadeirinha deve possuir a **Etiqueta “E”** para comprovar que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.
- Na **Etiqueta E** → validar as informações:
 - Categoria da cadeira: Escolher preferencialmente a Universal (pode ser usada em todos os veículos).
 - Grupo de peso: Permite escolher a cadeira mais adequada ao longo do crescimento da criança.
 - Letra “E” seguida de um Nº: número identifica o país de origem da cadeira.
 - Nº de aprovação: Deverá começar com 03 ou 04, pois significa que este SR foi submetido às normas internacionais mais recentes.
- A cadeira deve ser experimentada no automóvel para garantir que os cintos têm o comprimento adequado.
- Deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

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

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





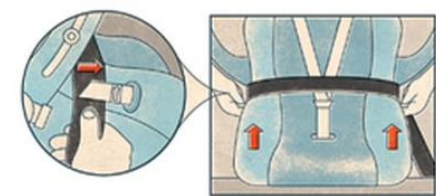
2.1.1. Cadeiras Grupo 0-0+

- Entre a cadeira 0 e 0+ aconselha-se a compra do **grupo 0+** pois permite transportar o bebé em condições de segurança até mais tarde.
- É a cadeira indicada para o transporte do bebé desde os 0 aos 15-18 meses. Esta só pode ser colocada voltada para a retaguarda (Sentido inverso ao da marcha do veículo).
- Deverá ser colocada no banco detrás ou no banco da frente (nunca colocar no último se o automóvel tiver *airbag* ativo).
 - **Quando colocada no banco da frente**, chegá-lo o mais atrás possível, deixando a cadeira afastada do tablier do automóvel.
 - **Quando colocada no banco detrás**, puxar o banco do passageiro o mais à frente possível.

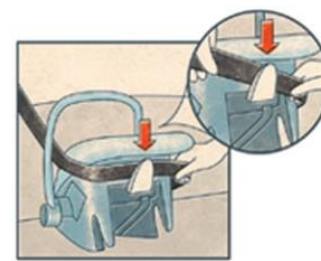
1



2



3



4



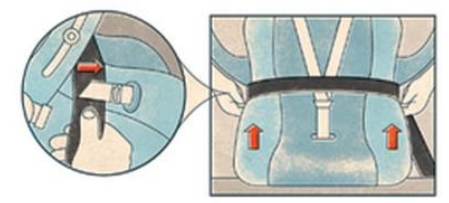
2.1.1. Cadeiras Grupo 0-0+

- A cadeira deverá ser colocada com o encosto num ângulo de 45º (se o banco for muito inclinado, colocar uma toalha enrolada por baixo).
- Os cintos da cadeira devem sair do encosto a nível dos ombros ou ligeiramente abaixo.
- A cadeira deverá ficar no lugar atrás do banco do passageiro para permitir colocar e retirar a mesma sempre do lado do passeio quando o carro está estacionado.
- O bebé deve usar esta cadeira o maior período de tempo possível. É necessário mudar de cadeira quando o topo da cabeça do bebé ultrapassa o topo do encosto da mesma.

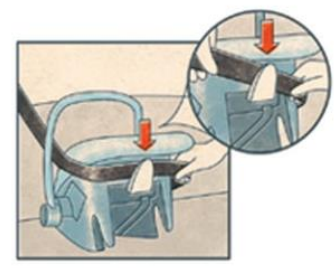
1



2



3



4

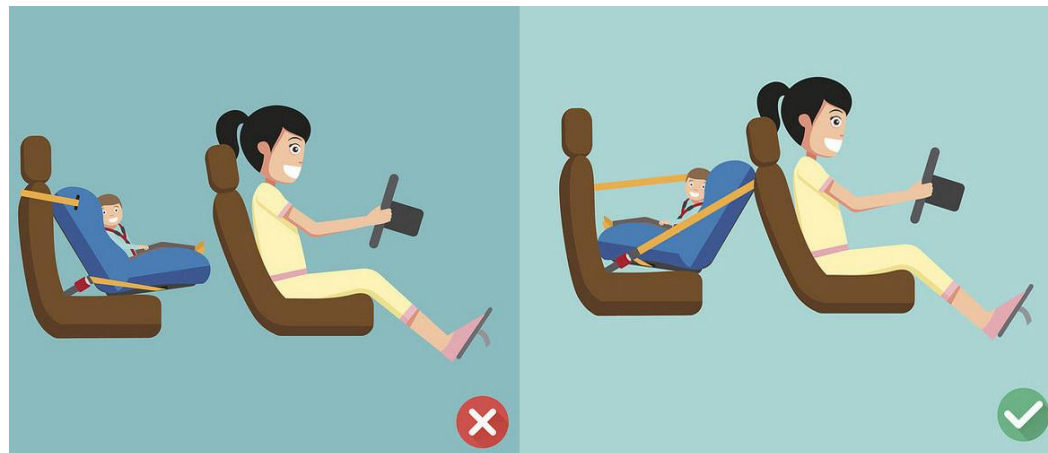


2.1.1. Cadeiras Grupo 0-0+

Porque é que a criança deve ficar voltada para trás?

- Tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada.
- Em caso de acidente, se um bebé com idade < 18 meses estiver virada para a frente:
 - O pescoço é puxado com força desencadeando **lesões graves da espinal-medula** como paralisia ou até mesmo levar à morte.

Esta posição deve-se manter até o mais tarde possível, idealmente até aos 3 anos.



<https://www.circulaseguro.pt/qual-melhor-maneira-levar-um-bebe-recem-nascido-carro/>

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)



2.1.2. Transporte do RN Prematuro

A maioria dos SR do mercado apresentam um *design* a pensar no RN de termo não estando adaptados para o transporte do ser prematuro.

Para o transporte do RN prematuro é necessário ter em conta:

- A distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira. Esta não deve exceder os 25 cm,
- A distância entre o local de inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira. Não pode ser superior a 13,7 cm.

O RN prematuro apresenta um tónus enfraquecido e controle cefálico inferior comparativamente aos bebés de termo. Deste modo, o risco de lesão da coluna cervical é maior.

Mesmo quando sentados corretamente poderá ocorrer compromisso respiratório ou agravamento de refluxo gastroesofágico! Torna-se assim fundamental realizar:

Rastreio da Apneia no Sistema de Transporte para o RN





2.1.2. Transporte do RN Prematuro

- A colocação de **proteções na cabeça e laterais** viabiliza um melhor posicionamento do bebé pelo que promove uma posição mais centrada,
- Contudo, não se deve colocar almofadas ou outros dispositivos por baixo ou atrás do RN devido à instabilidade que poderá desencadear.

Prematuros mais instáveis:

- Colocar alfofa homologada nos primeiros 1-3 meses após a alta hospitalar,
- Se necessitar de monitorização durante a viagem, colocar dispositivo num local que não atinja o bebé em caso de projeção,
- As viagens longas são desaconselhadas enquanto o bebé não tiver bom controlo cervical.

Rastreio da Apneia no Sistema de Transporte para o RN



(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

2.1.2. Transporte do RN Prematuro

Alcoba:

- Deve ser rígida e ter etiqueta “E”.
- Prender com os cintos do automóvel no banco de trás e manter o RN seguro recorrendo ao arnês. Este cuidado viabiliza a sua projeção em caso de acidente.
- Este sistema de retenção é pesado e de difícil transporte, comparativamente com a cadeira do grupo 0+ uma vez que ocupa cerca de 2/3 do banco traseiro. Contudo, é indicada em caso de:
 - RN com hipotonia severa,
 - Dificuldade Respiratória, em posição semi-sentado,
 - Cirurgia recente à coluna,
 - Presença de aparelhos que impedem a colocação do cinto da cadeira, colar cervical ou outros dispositivos.



<https://www.bebecar.com/pt/produto/acessorios/para-cadeiras-auto/sn-la3/>

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

2.1.2. Transporte do RN Prematuro

O transporte do bebé sem sistema de retenção é considerado um **comportamento inapropriado e desadequado** visto ser um ato de elevado risco para o RN que poderá desencadear **consequências fatais**. Este comportamento irresponsável é considerado uma **contraordenação grave** punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.

Veja aqui como posicionar a cadeira do seu bebé!

https://www.youtube.com/watch?v=b2_ehO_GNVg

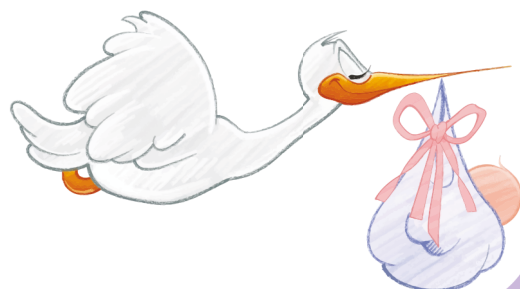
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSI (2017). Cadeira para automóvel: do nascimento aos 12 meses. <https://apsi.org.pt/guiaprodutoscriancas/productinfo.php?idproduct=P10&page=products>
- APSI (2011). Transporte no Automóvel: Grávida e Recém-Nascido. https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/196/Seguran_a_rodovi_ria_gr_vida_e_rec_m-nascido_web.pdf
- Associação Portuguesa de Audiologistas (2015). Rastreio Auditivo Neonatal Universal. Importância de Detecção Precoce. <https://www.apta.org.pt/pt/importancia-de-deteccao-precoce>
- CHLN (s.d.). Rastreio De Cardiopatias Congénitas Críticas com Oximetria De Pulso: Manual Hospital Santa Maria.
- Despacho n.º 7276/2019 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2019). Diário da República: II Série. n.º 156/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7276-2019-124006819>
- Diagnóstico Precoce (s.d.) Teste do pezinho – o que é?. https://www.diagnosticoprecoce.org/Inst_R_Jorge_Folheto_Testes_Pezinho_PT_3C.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. http://spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_001.2010%20DE%20SET.2010.pdf
- Henriques, G., Brito, C., Teixeira, S. (2016). Retinopatia da Prematuridade. *Consenso Clínico “Retinopatia da Prematuridade”* (1ª ed). <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-ROP.pdf>
- Luna, M., Muñuzuri, A., López, E., Castellanos, L., Fernández, B., Campillo, C., Redondo, M., Torres, M., Gracia, S. (2018). Cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal. *Recomendación de la Sociedad Española de Neonatología (88)* 2. DOI: [10.1016/j.anpedi.2017.06.011](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.06.011)
- Pinto, F. Guerra, I. (2007). Rastreio Oftalmológico Infantil. Protocolos aprovados pela Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria https://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Ambulatoria/ROI2009_seccao_ambulatorio.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2023). Campanha Nacional de Sensibilização para o Retinoblastoma. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=803&op=2&ID=132>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU): Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI. *Sociedade Portuguesa de Pediatria Consensos e Recomendações*. 38 (5). 209-214. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38%285%29.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Transporte do recém-nascido no automóvel. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>

APÊNDICE XI –

Póster de “Capacitação dos Pais para a Alta do Recém-Nascido”

CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A ALTA DO RECÉM-NASCIDO



A ALTA DO BEBÉ SUSCITA SEMPRE IMENSAS DÚVIDAS!
Para os pais se sentirem mais seguros, foi criado um
QRCode que poderão consultar sempre que
necessário.

Este programa foi concebido por toda a equipa de
enfermagem da UCIN de modo a capacitar os pais e
torná-los mais confiantes e seguros na prestação de
cuidados ao seu bebé!

1

Ser
Prematuro



2

Cuidados
Pele e
Higiene



3

Amamentação
e
Alimentação



4

Administração
Terapêutica
Manobra de
desengasgamento



5

Cuidados
Antecipatórios



6

Prevenção
e
Vacinação



7

Rastreios
Neonatais

Dispositivo de
Segurança Automóvel



É normal os pais sentirem medo, receio e terem dúvidas
nesta nova etapa.

Este Programa pretende ajudar os pais suprimir os
medos tornando-os aptos e seguros na prestação de
cuidados ao seu filho.

Guarde este Guia e consulte-o sempre que tenha
dúvidas!

APÊNDICE XII –

Sessão de Formação na UCIN “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

Por um Futuro Mais Humanizado

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Cláudia Pires n.º 192022088

Professora Doutora: Sílvia Ramos

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: XXXXXXXXXX

ÍNDICE

- Cuidados de Saúde de Qualidade;
- A Criança e os seus Direitos;
- EEESIP;
- Quem foi Martin Cherkasky;
- Importância da Família;
- Hospitalização Domiciliária Pediátrica;
- HDP vs Apoio Domiciliário;
- Implementação em Portugal;
- Cuidar em Casa em Enfermagem;
- Cuidados Domiciliários Neonatais;
- Relação entre Pais e Profissionais
- Telemedicina;
- Recurso à Tecnologia;
- Conclusão

CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE:

Desafio constante que exige educação, formação e atualização por parte do enfermeiro



Viabiliza uma **recuperação melhor e mais rápida** do doente através da implementação de **cuidados especializados e individualizados** tendo em consideração a prática baseada na evidência!

A CRIANÇA E OS SEUS DIREITOS:

“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças” (p.7)

Os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia

A permanência no hospital tem um impacto negativo no bem-estar psicológico e emocional da criança pelo que a criança tem o direito a permanecer com familiares e amigos.

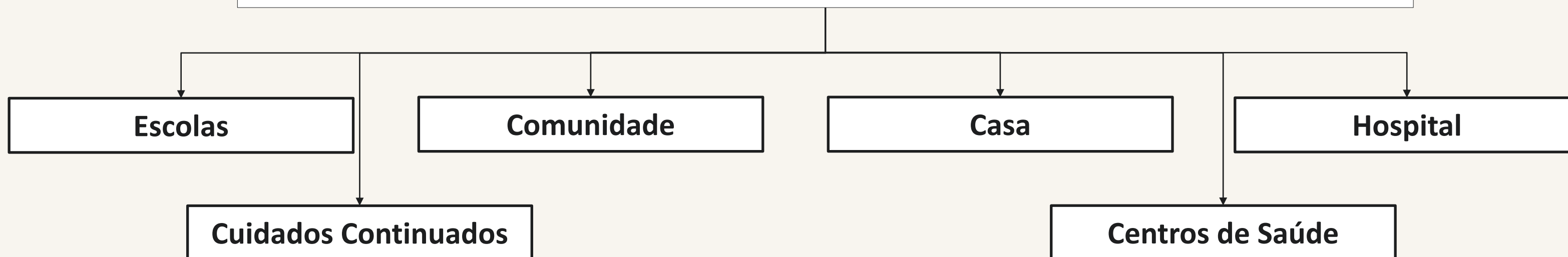
Meios facilitadores na prestação de cuidados no domicílio



ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Regulamento nº 422/2018 (2018)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica presta cuidados em parceria com a criança e família independentemente do contexto em que se encontre.



É DA COMPETÊNCIA DO EEESIP:

“Assiste a criança/jovem com a família, na **maximização da sua saúde;**”

“Cuida da criança/jovem e família nas **situações de especial complexidade;**”

“Presta cuidados específicos às necessidades do **ciclo de vida e de desenvolvimento** da criança e jovem.”

UCIN

MARTIN CHERKASKY (1902 - 1997)



<https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101412018-img>

Um pouco de História...

- Presidente do Hospital de Montefiore;
- Assinou um contrato com uma organização de prestação de cuidados de saúde
- Gerou a aliança entre aos cuidados domiciliários e os cuidados hospitalares criando assim o conceito "***The Hospital-Based Homecare***"



In 1948, Montefiore Hospital started home care for low-income seniors in the surrounding New York borough of the Bronx. The new program enriched doctors' "understanding of sick human beings as social beings," Martin Cherkasky, Montefiore's president for 30 years, said then as he addressed the American Public Health Association in Boston. "It is no more fair and useful," he asserted, "to separate a man from his environment than it is to divide him into separate and independent parts." Cherkasky contended that the most accurate diagnosis and understanding of the patient requires knowledge of a patient's family, home, job, and way of life, not just a test in a lab or a visit in a health care facility. When applied properly and because of its unique characteristics, he added, "home care for patients who are suitable is not only as good as hospital care — it is infinitely better."

So was this vision worth making the financial investment to embrace the humane philosophy of home health? Hospitals weren't convinced that, as Cherkasky claimed, "the rigidity and chilliness of a hospital" could be "profitably exchanged for the flexibility and warmth of the home." As a result, hospital-based home care grew slowly in the first decades after Montefiore began its landmark program. Many key players had doubts about its medical value and financial viability. Doctors found the hospital more convenient and conducive to oversight of patients. Hospital directors hesitated to divert business away from their existing services, and fiscal intermediaries weren't sure how to audit home care programs.

These reservations dissipated in time due to developments that continue to this day and have fueled the growth of home health, including an increase in the number of seniors, innovations in technology, the movement toward coordination of care, and political activity to expand health insurance coverage. Yet many hospital-based home health agencies have been sold or closed, with little apparent regard to size, reputation, or integration within a hospital's continuum of care. Some executives at both large urban hospitals and small rural facilities no longer consider their home health programs a viable core service, though they reduce inpatient lengths of stay, save on care costs, and cut down on rehospitalizations.

Those benefits were documented after Massachusetts General Hospital launched its "Coordinated Home Care" program in 1968. The program showed its value by allowing the hospital to make better use of health care resources, freeing beds for patients who required acute care hospitalization and providing a more appropriate option for patients who only needed optimal post-hospital care. It reduced the total cost of caring for patients by as much as two-thirds over equivalent care in a long-term care facility. And it made it possible for patients who otherwise would have been placed in long-term care facilities to remain at home with their families for extended lengths of time.

One Massachusetts patient summed up how much that program mattered shortly before his death from metastatic carcinoma: "I knew when I left the hospital that I was going to die, but you can't know what it has meant to me to be with my family and watch my grandchildren grow a bit

Association in Boston. "It is no more fair and useful," he asserted, "to separate a man from his environment than it is to divide him into separate and independent parts." Cherkasky contended that the most accurate diagnosis and understanding of the patient requires knowledge of a patient's family, home, job, and way of life, not just a test in a lab or a visit in a health care facility. When applied properly

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA:

FAMÍLIA

- Sistema aberto composto por diversos membros que interagem entre si e com o seu meio
- Qualquer adversidade ou alteração que surja, irá **afetar todos os membros**

DESEQUILÍBRIO

Modelo das Transições de Afaf Meleis

Hospitalização Domiciliária
REEQUILÍBRIO

Assistência contínua na fase aguda da doença e/ou agudização de uma doença crónica

- Consentimento livre e esclarecido
- Princípios e critérios clínicos, sociais e geográficos
- Admissão Hospitalar

Unidade de Hospitalização Domiciliária - UHD

- Unidade de Tratamento Especializada
- Cuidar de doentes e sua família

Cuidados de Hospitalização Domiciliária

- Cuidados ativos coordenados pela UHD

Passagem de uma fase da vida ou condição para outra gerando assim uma mudança

Teoria das Transições
Afaf Meleis

Hospitalização Domiciliária

Transição é invadida por inúmeras emoções, onde são espelhadas as dificuldades inerentes a este processo

Conceito fundado em 1947 nos EUA
-Estendeu-se para a população mais jovem em 1973

- Reduzir a taxa de internamento hospitalar
- Criar um ambiente mais humanizado junto da família

Experiências

Vivências

Home care

Hospital em casa

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA:

Objetivos

- Promover o bem-estar da criança e a sua recuperação contribuindo para a melhoria da qualidade de vida;
- Reduzir o tempo de internamento no meio hospitalar;
- Evitar reinternamentos desnecessários;
- Estabelecer a comunicação com as diversas entidades de saúde articulando com as mesmas;
- Valorizar os cuidados centrados na família.

Vantagens

- Favorecer o neurodesenvolvimento reduzindo o risco de hospitalismo;
- Diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir custos familiares;
- Promover o trabalho em equipa com a participação da família.

HD VS APOIO DOMICILIÁRIO

Hospitalização Domiciliária

- Garante uma resposta segura e oportuna a situações de doença aguda
- Assegura a continuidade dos cuidados centrados nas necessidades dos doentes
- Promove o bem-estar e recuperação da criança
- Valoriza o conceito de cuidados de saúde centrados na família
- Atua em rede, articulando com os diversos níveis de cuidados

Apoio Domiciliário

- Cuidados prestados pela Unidade de Cuidados Primários
- Unidade Móvel de Apoio Domiciliário
- Realiza visitas com menor regularidade.

IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL

XX Governo Constitucional

Estabeleceu medidas prioritárias para melhorar o SNS através de:

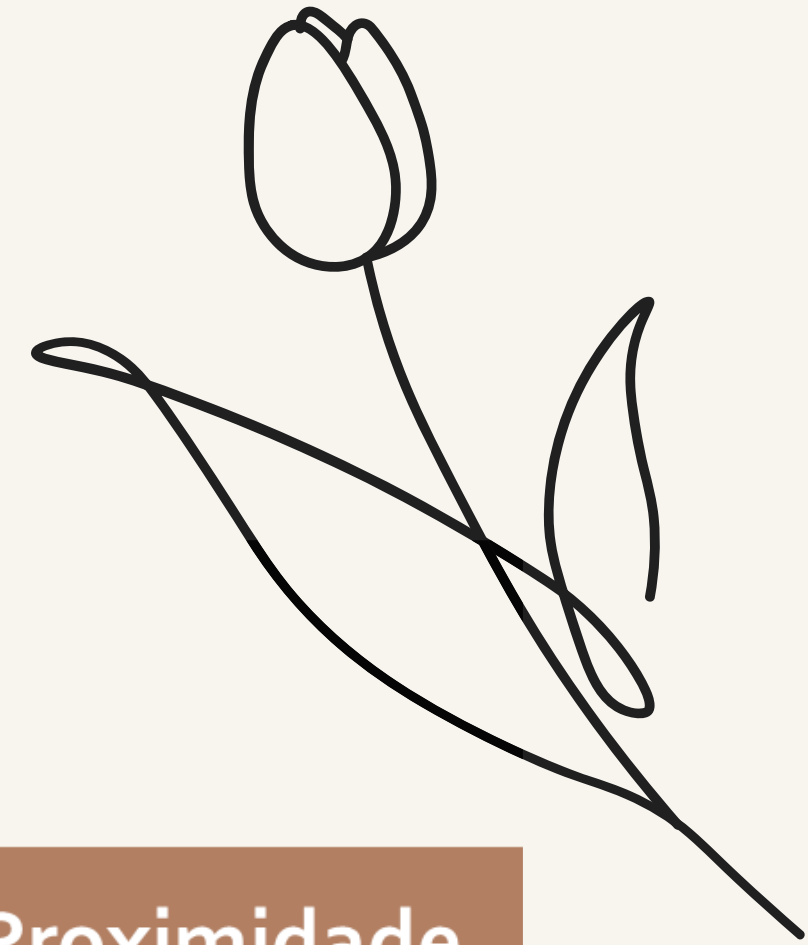
- Melhores recursos disponíveis,
- Melhor qualidade dos cuidados de saúde,
- Redução de desigualdades no acesso aos cuidados,
- Reorganização do sistema de modo a promover:
 - Acessibilidade;
 - Celeridade;
 - Equidade;
 - Proximidade;
 - Humanização dos serviços.



SNS + Proximidade



"Cuidar em
Casa"



CUIDAR EM CASA EM PORTUGAL:

- A prestação de cuidados em casa promove o bem-estar da criança e uma recuperação segura e saudável com o apoio incondicional dos pais tornando assim o internamento mais humanizado.
- É um modelo ainda desconhecido por muitos mas com potencial desenvolvimento.

2015



2021



2023

HD Adultos
Hospital Garcia
de Horta

HD Pediátrica
CHMT - Torres
Novas

HD Pediátrica
HFF - Amadora

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NEONATAIS

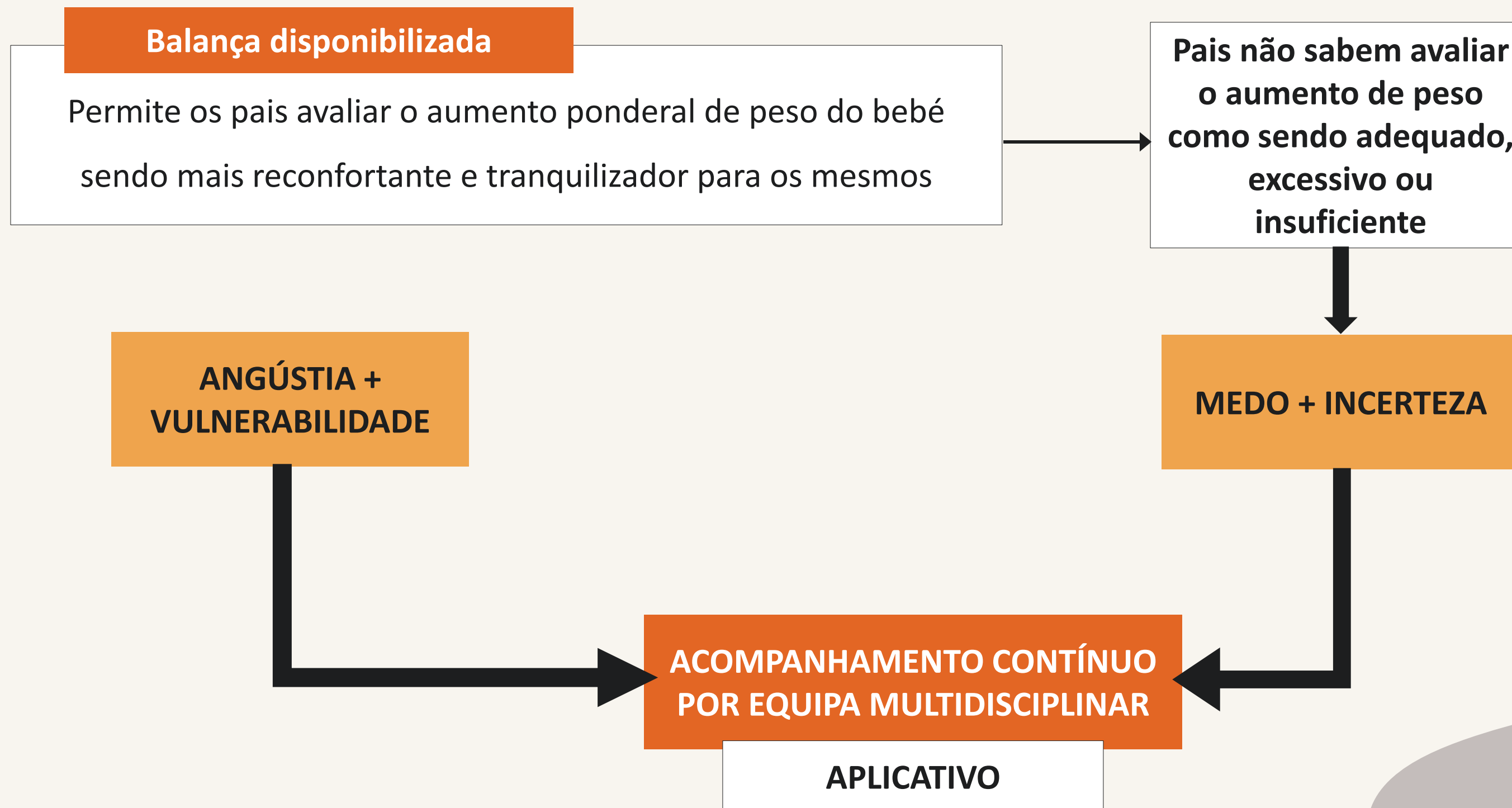
Os PAIS sentem-se distantes no RN pelo que verbalizam o seu desejo de serem os **PRINCIPAIS CUIDADORES** do bebé.

Um pouco de História...

Os primeiros programas de Cuidados Domiciliares Neonatais surgiram com o intuito de viabilizar uma transferência precoce do neonato para o domicílio.

**FORTALECIMENTO DE
LAÇOS FAMILIARES**

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NEONATAIS



CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NEONATAIS

UCIN

Os pais, muitas vezes, sentiam-se excluídos da prestação dos cuidados

Domicílio

Promoção de uma maior envolvimento do pai no domicílio.
Aumento da tranquilidade da mãe

**Aumento progressivo
de confiança dos pais**

Os pais que vivenciaram um internamento na UCIN enunciaram que foi no **domicílio** que se sentiram pais pela primeira vez, emergindo uma **sensação de alívio** em não terem de partilhar o bebé com o resto da equipa de saúde e por **conseguirem crescer juntos como uma família.**

(Holm et al., 2019; Jerntorp et al., 2021; Jönsson & Fridlund, 2003)



RELAÇÃO ENTRE PAIS E PROFISSIONAIS



- Para os pais, a experiência e perícia dos profissionais é fundamental para que se sintam seguros. Torna-se assim irrevogável a importância na aposta na formação e procura de conhecimento especializado para a otimização dos cuidados.
- Segundo os cuidadores, a capacitação prévia permitiu aumentar a confiança e motivação, reduzindo os fatores *stressores* associados à hospitalização sendo essencial o empoderamento dos pais desde o primeiro dia (Aasen et al., 2019).
- Estes destacaram a rotatividade na equipa de enfermagem como fator negativo gerador de instabilidade (Batlle et al., 2022; Leite et al., 2022).
- A parceria de cuidados foi notória e proveitosa quando a comunicação era honesta e compreensível, levando os pais a gerir os cuidados e a fazer sugestões com base nas preferências e necessidades do RN (Castor et al., 2018).

TELEMEDICINA

COMPLEMENTO AO ACOMPANHAMENTO NO DOMICÍLIO

Permite:

Altas precoces mantendo a monitorização contínua

Garante:

- Cuidados Centrados na Família;
- Partilha de Informações;
- Participação ativa de todos os elementos;
- Colaboração.

CrITÉrios de Inclusão:

- Criança estável;
- Papel parental adequado;
- Sensação de segurança por parte dos pais
- Acesso rápido aos cuidados de saúde em caso de agravamento

RECURSO A TECNOLOGIA

O uso da tecnologia na área da comunicação tem aumentado exponencialmente.
Através da telemedicina os pais puderam ter uma **alta precoce mais segura**.

Ligação constante

A equipa encontrava-se à distância de uma chamada telefónica,
mensagem, gravação de vídeo e/ou videochamada.

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019)

A **segurança** persistiu pelos pais saberem que os enfermeiros estavam ao
alcance de uma chamada, tornando-os **confiantes** na instituição de saúde e
em si mesmos.

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Jönsson & Fridlund, 2003)

CONCLUSÃO

- Apesar da Hospitalização Domiciliária Pediátrica ser um tema ainda desconhecido por muitos e pouco desenvolvido em Portugal, é o futuro dos cuidados de saúde pelo que assegura cuidados humanizados e de qualidade.
- Através do mesmo é possível manter a criança no seu ambiente familiar minimizando ou até mesmo suprimindo potenciais traumas causados pelo internamento convencional desajustado.
- Este é um internamento viável, não só em caso de doença aguda ou agudização de doença crónica de crianças, sendo igualmente aplicado em RN prematuros que estejam clinicamente estáveis viabilizando a alta precoce.
- A capacitação dos pais desde o primeiro dia de internamento torna-se assim irrevogável.
- Através da HDP, é possível promover a vinculação bem como o fortalecimento do vínculo afetivo familiar.
- A implementação da telemedicina foi considerada benéfica uma vez que os pais tinham maior possibilidade de passar tempo de qualidade com a criança.

ESTE SERÁ O NOSSO FUTURO, POR UM FUTURO MAIS HUMANIZADO!



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

Por um Futuro Mais Humanizado

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Cláudia Pires n.º 192022088

Professora Doutora: Sílvia Ramos

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: XXXXXXXXXX

APÊNDICE XIII –

Folha de Avaliação da Sessão de Formação “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Hospitalização Domiciliária Pediátrica - Por um Futuro mais Humanizado”

Data: a decorrer entre 15 de setembro e 6 de outubro de 2023

Local: Unidade de Neonatologia

Autora: Cláudia Isabel Peixoto Pires

Enfermeira Supervisora: 

Após o termino da sessão de formação, gostaria de realizar o balanço sobre o modo como correu a sessão, na tentativa de melhorar aspetos para formações futuras. Gostaria igualmente de saber se a equipa considerou a temática interessante e pertinente para a Unidade de Neonatologia.

Desta forma, solicito o preenchimento do seguinte quadro de forma anónima.

Responda a cada item colocando uma cruz “X” na opção que melhor expresse a sua opinião.

Apreciação Global	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Considera a formação útil e pertinente				
2. Promoveu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos				
3. Modo de apresentação adequado para transmitir a mensagem				
4. A duração da formação foi adequada				

Classifique qualitativamente a Formadora:

Formadora	Classificação			
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom
1. Conhecimento sobre o tema apresentado				
2. Clareza na transmissão da informação				
3. Gestão de tempo				

Sugestões e Comentários

Obrigada!

Cláudia Isabel Peixoto Pires

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Instituto Ciências da Lisboa - Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE XIV –

Questionário APP “Educação para a Saúde”

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO APP

Bom dia, o meu nome é Cláudia Pires e sou mestrande de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Encontro-me atualmente a realizar o meu estágio no âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" no Atendimento Permanente de Pediatria.

De modo a dar a conhecer a minha temática da Revisão de Literatura "A Experiência Vivenciada pela Criança e Família no Contexto de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP): Revisão Sistemática Qualitativa" e compreender qual a sua pertinência no serviço, elaborei este questionário.

Embora a HDP não seja um conceito novo, permanece ainda desconhecido por muitos sendo pouco aplicada em Portugal. Este modelo consigna na assistência contínua no domicílio com prestação de cuidados especializados à criança em fase de doença aguda ou crónica agudizada.

Desta forma, solicito a vossa colaboração com o preenchimento deste questionário para perceber quais são as maiores necessidades do APP e se a temática da HDP seria pertinente neste contexto, com fim a construir um diagnóstico de situação e intervir juntamente com a equipa.

* Obrigatória

1. Considera que, através do ensino para a saúde, é possível prevenir idas não urgentes ao APP? *

Sim

Não

2. Se respondeu sim à questão anterior, em que situações considera mais urgente intervir de modo a prevenir idas ao APP não urgentes? *

- Febre
- Dispneia
- Diarreia e Vômitos
- Outro

3. A seu ver, quais as sugestões de melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem que poderão ser implementadas de modo a prevenir idas ao APP? *

4. Considera que seria possível, no UFCA, realizar um acompanhamento domiciliário à criança e sua família, por uma equipa especializada? Exemplo: Cumprir antibioterapia EV em casa. *

- Sim
- Não

5. Se respondeu que sim à questão anterior, em que casos, considera possível realizar um acompanhamento em casa para evitar deslocamentos ao APP? *

6. Considera pertinente abordar os cuidados que os pais devem ter quando a criança tem um cateter venoso periférico em casa? *

Sim

Não

7. Hospitalização Domiciliária Pediátrica

Conhece o modelo de Hospitalização Domiciliária Pediátrica e a sua aplicabilidade em Portugal? *

Sim

Não

Já ouvi falar, mas não conheço o conceito

⋮

8. Considera pertinente assistir a uma sessão de formação sobre a Hospitalização Domiciliária Pediátrica no contexto da APP? *

Sim

Não

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

APÊNDICE XV –

Flyer “O meu filho está com febre! E agora?”

O MEU FILHO ESTÁ COM FEBRE! E AGORA?



O que é febre?

A febre **não é uma doença mas sim um sintoma** comum e frequente na infância. É uma manifestação do organismo desencadeada por um processo de infeção viral autolimitada ou doença aguda do aparelho respiratório superior (DGS, 2018).

1

Considera-se FEBRE:

- Temp. Retal: $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Temp. Axilar: $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- Temp. Timpânica: $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- Temp. Oral: $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$



NEWS ALERT

Sinais de Alerta!

2

- Sonolência excessiva,
- Face de sofrimento associada a dor perturbadora,
- Choro inconsolável,
- Não tolerar colo,
- Gemido,
- Convulsão,
- Manchas primeiras 24-48h,
- Respiração rápida,
- Vómitos entre refeições,
- Recusa alimentar > 12 h,
- Sede insaciável,
- Lábios, unhas roxas e tremores intensos,
- Dificuldade em mobilizar membro,
- Alteração da marcha,
- Urina turva/com mau cheiro,
- Febre > 5 dias

3

Sinais TRANQUILIZANTES

- Criança que brinca e tem atividade normal,
- Come menos mas não recusa líquidos,
- Sorriso aberto/fácil,
- Acalma ao colo e tem um comportamento idêntico ao habitual.

O que posso fazer EM CASA?

4

- VIGIAR OS **SINAIS DE ALERTA**,
- ADMINISTRAR **ANTIPIRÉTICO**,
 - Administrar Paracetamol; SE NECESSÁRIO intercalar com Ibuprofeno, se a febre não ceder.
 - NÃO USAR Ibuprofeno:
 - idade < 6 meses,
 - varicela,
 - diarreia, vômitos de moderada a grande quantidade,
 - alergia a anti-inflamatório.
- Oferecer água ou leite para manter hidratação,
- Adequar a roupa à sensação de frio ou calor:
 - EVITAR sobreaquecimento.**
- Respeitar o apetite da criança.

Atenção à posologia!
Intervalo **MÍNIMO 4h** se intercalar entre antipiréticos



5

Quando recorrer à URGÊNCIA?

- < 3 meses,
- < 6 meses com **T axilar $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$ ou T retal $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$,**
- T axilar $> 40,0^{\circ}\text{C}$ ou Retal $> 41,0^{\circ}\text{C}$,**
- Na presença de **um ou mais "sinais de alerta"**,
- Na presença de **doença crónica grave**;
- Febre **há 5 ou mais dias**, ou se **reaparecer após 2 a 3 dias** de temperaturas normais.



Encontre alguns dos sinais de alerta ao quais deve estar atento em casa ANTES de recorrer ao APP:

- irritabilidade
- dor
- convulsão
- gemido
- sonolência
- respiração
- manchas

L S O N O L Ê N C I A Q Y R
J T B D L Y S T E H F M K E
B Y K X W D I Z L K D H D S
W L Z X D K G V T O F L H P
I P C M P W R Q D P D A C I
G D V A D B J K R A O Y G R
E Z V N O V W Y J P Ä D F A
M Z P C K J D O F B S O P Ç
I F T H L Q K J W O U R C Ä
D Q X A A M E X Y J V D T O
O C K S U Z K B C K N D U X
I G Z E D Z H O J H O W J T
G Y S D R I Q Q Y B C L H X
I R R I T A B I L I D A D E

Solução:

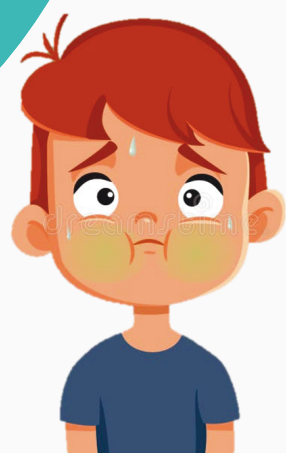


Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa
UC: Estágio Final e Relatório
Autoria: Cláudia Isabel Peixoto Pires
Professora Orientadora: Sílvia Ramos

APÊNDICE XVI –

Flyer “O meu filho está com Vômitos”

O MEU FILHO ESTÁ COM VÔMITOS



1 O QUE É?

- Expulsão de conteúdo gastrointestinal pela boca.
- Sintoma muito comum na idade pediátrica.
- Quando persistentes podem causar:
 - desidratação,
 - desequilíbrio hidroeletólítico.

2 TRATAMENTO EM CASA:

- **Não oferecer NADA à criança** durante 20-30 minutos;
- Iniciar **lentamente hidratação oral**, para compensar perda de líquidos:
 - Se não vomitar nas 3-4 horas seguintes, pode aumentar gradualmente a quantidade de líquidos.
- Após tolerância aos líquidos, oferecer gradualmente refeições pequenas e leves;
- **EVITAR** gorduras e alimentos processados;
- **Promover o sono** da criança.

3 COMO INICIAR HIDRATAÇÃO ORAL:

- Se possível, oferecer soro de reidratação oral, chá ou ice tea fracionadamente, ou seja, com colher ou seringa:
 - **5 ml de 5 em 5 minutos** durante 4 horas,
- Se amamentar:
 - **Manter aleitamento materno;**
- **NÃO FORCE** alimentos nem outros líquidos.
 - Dê tempo à criança.

4 QUANDO RECORRER À URGÊNCIA:

- Criança com sonolência ou prostração extrema,
- Desidratação extrema:
 - boca e língua seca;
 - choro sem lágrimas;
 - fralda com pouca urina.
- Vômitos persistentes após tentativa de reidratação;
- Vômito de cor acastanhada ou com sangue;
- Vômito associado a dor de barriga intensa;
- Idade inferior a 3 meses;

SEGREDO:

PAUSA ALIMENTAR + HIDRATAÇÃO FRACIONADA

Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa
UC: Estágio Final e Relatório

Autoria: Cláudia Isabel Peixoto Pires
Professora Orientadora: Sílvia Ramos

Referências Bibliográficas:

- Neto, A. (2014, julho 14). Vômitos: Como atuar. CUF. <https://www.cuf.pt/mais-saude/vomitos-como-atuar>
- Vasconcelos, M.; Duarte, M.; Machado, M. (2014). Vômitos: abordagem diagnóstica e terapêutica. Revista Médica de Minas Gerais 24 (10), 5-47. <https://rmmg.org/exportar-pdf/1836/v24s10a02.pdf>

APÊNDICE XVII –

Flyer “O meu filho está com Diarreia! E agora?”

O MEU FILHO ESTÁ COM DIARREIA! E AGORA?

A diarreia aguda é autolimitada (máx 2 semanas).
Surge frequentemente em crianças que frequentam a creche.
É importante evitar a desidratação causada por estas perdas.

Diarreia Aguda:

Caracterizada por:

- Alteração do volume das fezes,
- Diminuição da consistência das fezes,
- Aumento do número de dejeções diárias.

Surge através de uma inflamação do intestino.



Sinais & Sintomas:

- Além das referidas:
 - Prostração ou irritação,
 - Urina menos,
 - Urina mais escura/concentrada.

Diagnóstico:

- Avaliação da história clínica da semana;
- Avaliação da presença de **sinais de desidratação**:
 - Sede,
 - Boca seca,
 - Urina menos e apresenta cor mais alaranjada,
 - Fraqueza,
 - Dores de cabeça.
- Perda de apetite.

Prevenção:

- **Lavagem das mãos, principalmente**:
 - Antes das refeições,
 - Se contacto com crianças ou adultos com GEA.
- Controlo da qualidade da água,
- Controlo das condições de saneamento público,
- Cuidados com a lavagem e confeção dos alimentos.

Recomendações:



EVITAR:

- Alimentos ricos em fibra: Vegetais, sementes, frutos secos, leguminosas e cereais processados,
- Gorduras ou alimentos muito processados e ricos em açúcares simples (como produtos de pastelaria),
- Leite e derivados,



OFERECER:

- Refeições fracionadas, mais frequentes,
- Água ou chá,
- Após tolerância de líquidos, retomar alimentação habitual gradualmente começando por:
 - Maçã cozida ou banana,
 - Iogurte natural,
 - Sopa de arroz e cenoura,
 - Carnes brancas,

QUANDO PROCURAR AJUDA?

- Na maioria dos casos a diarreia não causa problemas graves pelo que se resolve em alguns dias, contudo, deve **recorrer ao SNS 24** se:
 - Diarreia prolongada (> 2 semanas),
 - Dor intensa a nível abdominal,
 - Febre superior a 39º,
 - Sangue visível nas fezes,
 - Sinais de desidratação.

Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa
UC: Estágio Final e Relatório
Autoria: Cláudia Isabel Peixoto Pires
Professora Orientadora: Sílvia Ramos

APÊNDICE XVIII –

Flyer “Cuidados em Casa: Cuidados a ter com um Cateter Venoso Periférico em Casa”

Hospital em Casa

Cuidados a ter com o Cateter Venoso Periférico em Casa

Se foi para casa e o seu filho tem um Cateter Venoso Periférico (CVP), este folheto é para si!

Cateter Venoso Periférico

Dispositivo que o enfermeiro coloca na veia da criança para administrar medicamentos ou soro via endovenosa (EV).

CVP como via de ELEIÇÃO

- Aumento da eficácia da terapêutica no organismo,
- Rápido efeito absorção,
- Maior biodisponibilidade,
- Alguns medicamentos só podem ser administrados via EV.

VIGIE em casa os seguintes SINAIS:

- **Dor** no local de inserção do cateter ou no membro onde está aplicado,
- Alteração da **cor** da pele à volta do local de inserção (rubor/vermelhidão),
- **Edema**/Inchaço ou formação de **flitenas**/bolhas,
- Pele **quente** junto ao local de punção,
- Sinais de **extravasamento** de sangue.

CUIDADOS em CASA e no BANHO:

Mantenha **SEMPRE** o penso externamente limpo e seco!

Proteja o cateter com uma **película aderente** ou um saco para proteger o cateter e o seu penso.



ATENÇÃO!

NUNCA mexa no cateter ou administre medicação!
Só a equipa de enfermagem o pode fazer!



Se o CVP SAIR acidentalmente:

Não entre em pânico!

Use o KIT de Exteriorização do Cateter!

- Retire o penso,
- Coloque uma compressa dobrada e pressione o local de imediato por 1-2 min.,
- Posteriormente, coloque um adesivo em cima da compressa.

APÊNDICE XIX –

Sessão de Formação no APP “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

Por um Futuro Mais Humanizado

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Cláudia Pires n.º 192022088

Professora Doutora: Sílvia Ramos

Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: 

ÍNDICE

- Cuidados de Saúde de Qualidade;
- A Criança e os seus Direitos;
- EEESIP;
- Quem foi Martin Cherkasky;
- Importância da Família;
- Hospitalização Domiciliária Pediátrica;
- Hospitalização Domiciliária Pediátrica vs Apoio Domiciliário;
- Aliança entre Equipa Profissional e Família;
- Visão sobre a HDP;
- Vivências na HDP;
- Valorização da Experiência da Equipa;
- Cuidados de Enfermagem em Casa;
- Implementação da HD em Portugal;
- Aplicação da HDP no HFF;
- Telemedicina;
- Conclusão

CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE:

Desafio constante que exige educação, formação e atualização por parte do enfermeiro



Viabiliza uma **recuperação melhor e mais rápida** do doente através da implementação de **cuidados especializados e individualizados** tendo em consideração a prática baseada na evidência!

A CRIANÇA E OS SEUS DIREITOS:

“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças” (p.7)

Os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia

A permanência no hospital tem um impacto negativo no bem-estar psicológico e emocional da criança pelo que a criança tem o direito a permanecer com familiares e amigos.

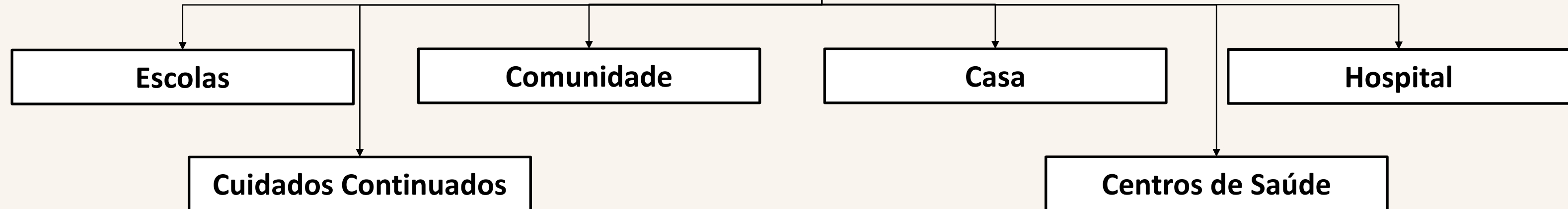
Meios facilitadores na prestação de cuidados no domicílio



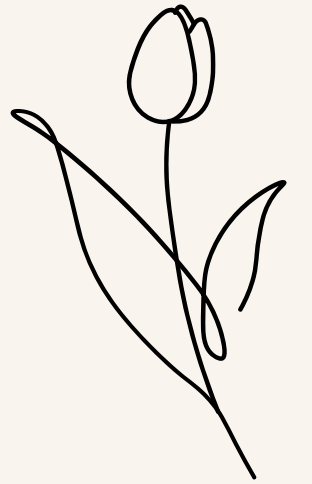
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Regulamento nº 422/2018 (2018)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica presta cuidados em parceria com a criança e família independentemente do contexto em que se encontre.



MARTIN CHERKASKY (1902 - 1997)



<https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101412018-img>

Um pouco de História...

- Presidente do Hospital de Montefiore;
- Assinou um contrato com uma organização de prestação de cuidados de saúde
- Gerou a aliança entre aos cuidados domiciliários e os cuidados hospitalares criando assim o conceito "***The Hospital-Based Homecare***"



In 1948, Montefiore Hospital started home care for low-income seniors in the surrounding New York borough of the Bronx. The new program enriched doctors' "understanding of sick human beings as social beings," Martin Cherkasky, Montefiore's president for 30 years, said then as he addressed the American Public Health Association in Boston. "It is no more fair and useful," he asserted, "to separate a man from his environment than it is to divide him into separate and independent parts." Cherkasky contended that the most accurate diagnosis and understanding of the patient requires knowledge of a patient's family, home, job, and way of life, not just a test in a lab or a visit in a health care facility. When applied properly and because of its unique characteristics, he added, "home care for patients who are suitable is not only as good as hospital care — it is infinitely better."

So was this vision worth making the financial investment to embrace the humane philosophy of home health? Hospitals weren't convinced that, as Cherkasky claimed, "the rigidity and chilliness of a hospital" could be "profitably exchanged for the flexibility and warmth of the home." As a result, hospital-based home care grew slowly in the first decades after Montefiore began its landmark program. Many key players had doubts about its medical value and financial viability. Doctors found the hospital more convenient and conducive to oversight of patients. Hospital directors hesitated to divert business away from their existing services, and fiscal intermediaries weren't sure how to audit home care programs.

These reservations dissipated in time due to developments that continue to this day and have fueled the growth of home health, including an increase in the number of seniors, innovations in technology, the movement toward coordination of care, and political activity to expand health insurance coverage. Yet many hospital-based home health agencies have been sold or closed, with little apparent regard to size, reputation, or integration within a hospital's continuum of care. Some executives at both large urban hospitals and small rural facilities no longer consider their home health programs a viable core service, though they reduce inpatient lengths of stay, save on care costs, and cut down on rehospitalizations.

Those benefits were documented after Massachusetts General Hospital launched its "Coordinated Home Care" program in 1968. The program showed its value by allowing the hospital to make better use of health care resources, freeing beds for patients who required acute care hospitalization and providing a more appropriate option for patients who only needed optimal post-hospital care. It reduced the total cost of caring for patients by as much as two-thirds over equivalent care in a long-term care facility. And it made it possible for patients who otherwise would have been placed in long-term care facilities to remain at home with their families for extended lengths of time.

One Massachusetts patient summed up how much that program mattered shortly before his death from metastatic carcinoma: "I knew when I left the hospital that I was going to die, but you can't know what it has meant to me to be with my family and watch my grandchildren grow a bit

Association in Boston. "It is no more fair and useful," he asserted, "to separate a man from his environment than it is to divide him into separate and independent parts." Cherkasky contended that the most accurate diagnosis and understanding of the patient requires knowledge of a patient's family, home, job, and way of life, not just a test in a lab or a visit in a health care facility. When applied properly

IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA:

FAMÍLIA

- Sistema aberto composto por diversos membros que interagem entre si e com o seu meio
- Qualquer adversidade ou alteração que surja, irá **afetar todos os membros**

DESEQUILÍBRIO

Modelo das Transições de Afaf Meleis

Hospitalização Domiciliária
REEQUILÍBRIO

Assistência contínua na fase aguda da doença e/ou agudização de uma doença crónica

- Consentimento livre e esclarecido
- Princípios e critérios clínicos, sociais e geográficos
- Admissão Hospitalar

Unidade de Hospitalização Domiciliária - UHD

- Unidade de Tratamento Especializada
- Cuidar de doentes e sua família

Cuidados de Hospitalização Domiciliária

- Cuidados ativos coordenados pela UHD

Passagem de uma fase da vida ou condição para outra gerando assim uma mudança

Teoria das Transições
Afaf Meleis

Hospitalização Domiciliária

Transição é invadida por inúmeras emoções, onde são espelhadas as dificuldades inerentes a este processo

Home care

Hospital em casa

Conceito fundado em 1947 nos EUA
-Estendeu-se para a população mais jovem em 1973

- Reduzir a taxa de internamento hospitalar
- Criar um ambiente mais humanizado junto da família

Experiências

Vivências

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA:

Objetivos

- Promover o bem-estar da criança e a sua recuperação contribuindo para a melhoria da qualidade de vida;
- Reduzir o tempo de internamento em meio hospitalar;
- Evitar reinternamentos desnecessários;
- Estabelecer a comunicação com as diversas entidades de saúde articulando com as mesmas;
- Valorizar os cuidados centrados na família (CCF).

Vantagens

- Favorecer o neurodesenvolvimento reduzindo o risco de hospitalismo;
- Diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir custos e transtornos familiares;
- Promover o trabalho em equipa com a participação da família.

HDP VS APOIO DOMICILIÁRIO

Hospitalização Domiciliária

- Garante uma resposta segura e oportuna a situações de doença aguda (até 3 visitas ao dia);
- Assegura a continuidade dos cuidados centrados nas necessidades dos doentes;
- Atua em rede, articulando com os diversos níveis de cuidados.

Apoio Domiciliário

- Cuidados prestados pela Unidade de Cuidados Primários ou por uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário;
- Realiza visitas com menor regularidade (2 vezes por semana).

ALIANÇA ENTRE PROFISSIONAIS E FAMÍLIA

Importância da Ligação entre os Profissionais de Saúde e a Família

- Reduzir o impacto da transição do hospital para casa;
- Diminuir sentimentos de insegurança;
- Evitar a sensação de abandono.

Voz da Criança

- Tende a desaparecer mediante a urgência das informações transmitidas pelos adultos.
- É importante o enfermeiro incentivar a **comunicação**, a **autonomia** e **participação da criança!**

- Brincar terapêutico,
- **Técnicas comunicacionais** como:
 - Humor,
 - Chamar a atenção da criança.



Cuidados que permitem:

- Criar uma relação terapêutica;
- Adquirir a confiança;
- Enaltecer a voz da criança.

VISÃO SOBRE A HDP

Casa como ambiente Seguro e de Conforto

Um único estudo relata a situação de uma família que demonstrou **preferência em os procedimentos dolorosos serem executados em meio hospitalar** de modo a preservar o domicílio como meio acolhedor, seguro e encantador do ponto de vista da criança.

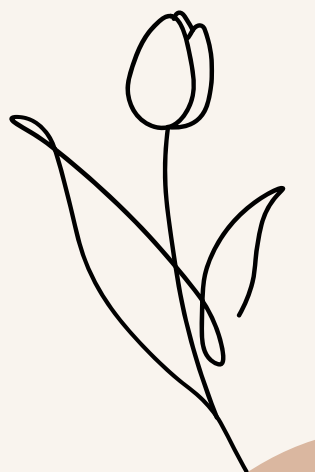
Contudo, outros estudos denotaram que **não foram relatados sentimentos de dependência** ou de que as casas se tornariam demasiado medicalizadas.

Domicílio

- Ambiente favorecedor de **escuta**;
- Promotor da criação de **relação terapêutica** entre enfermeiro + família + criança.

Crianças

- Sentem-se menos doentes,
- Poupança de tempo e energia,
- Sensação de controlo dos cuidados,
- Satisfação em receber os enfermeiros em casa,
- Gosto em preparar o local onde será executado o procedimento antes do enfermeiro chegar.



VIVÊNCIAS RELATADAS DA HDP

Vivências Relatadas:

Pelas Crianças:

- Maior segurança,
- Maior disponibilidade por parte dos enfermeiros,
- Sem alteração do apetite,
- Melhor padrão de sono,
- Ambiente amenizador da sintomatologia,
- Sentimentos de alegria e satisfação.

Pelos Pais:

- Sensação de poder, relaxamento e conforto,
- Maior grau de responsabilidade por participarem ativamente no plano de cuidados:
 - **Risco de esgotamento do cuidador.**
- Presença dos enfermeiros encarada com naturalidade,
- Enfermeiro como fonte de informação viável.

Relações Familiares:

- Maior equilíbrio entre vida familiar e profissional;
- Salvaguarda a união entre a criança e o seu animal de estimação;
- Melhor gestão familiar;
- Assegura a união e proximidade familiar.

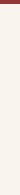
VALORIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA EQUIPA

Muitos profissionais demonstram:

- Inexperiência,
- Falta de conhecimento teórico e prático



PROCURA DE CONHECIMENTO ESPECIALIZADO É PRIMORDIAL



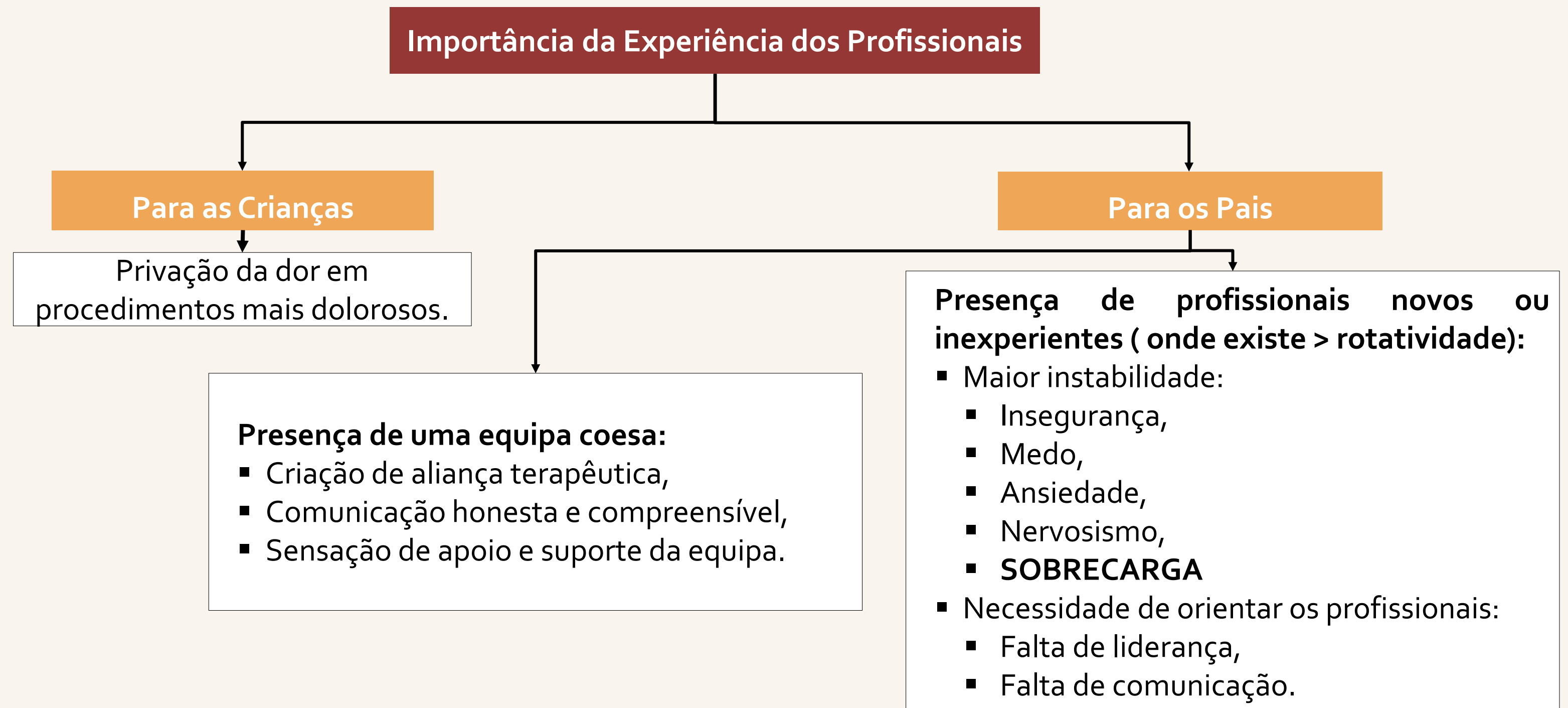
Capacitação Prévia dos Pais

- Viabiliza o aumento da confiança e motivação,
- Reduz fatores de stress,
- Promoção do empoderamento parental,
- Facilita o processo de regresso a casa.

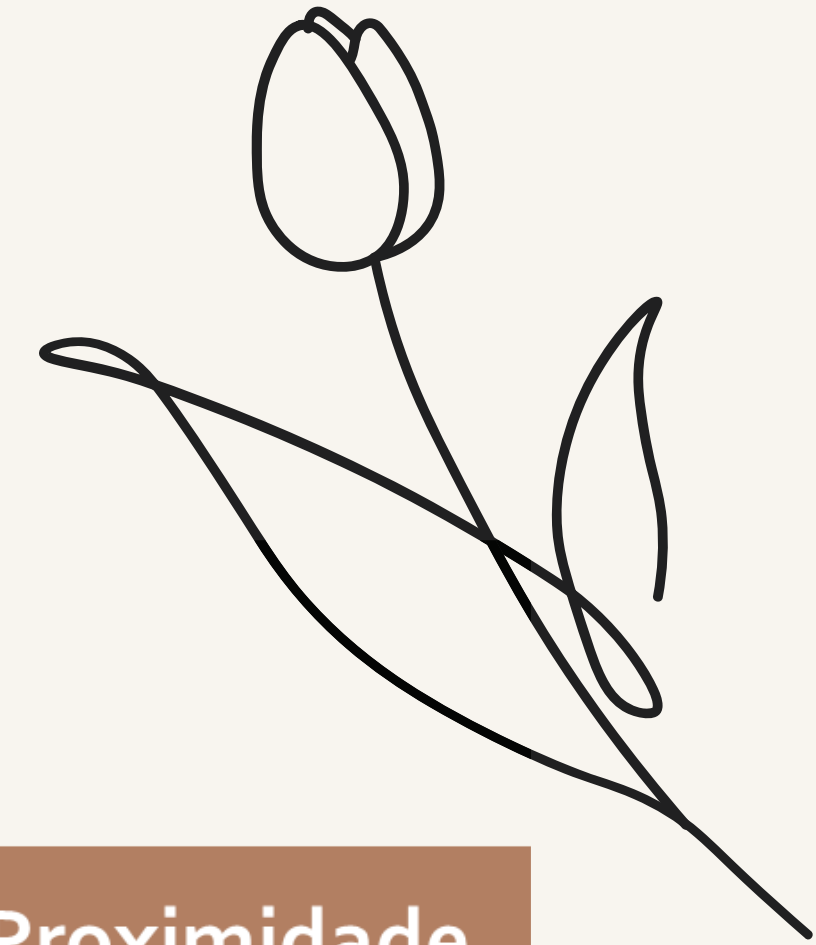
- Otimização dos cuidados prestados,
- Cuidados de qualidade,
- Criação de uma relação segura,
- Promoção de uma **transição saudável**.

Demonstram preferência pela equipa hospitalar ao invés da comunitária devido à vasta experiência

VALORIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA EQUIPA



IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL



XX Governo Constitucional

Estabeleceu medidas prioritárias para melhorar o SNS através de:

- Melhores recursos disponíveis,
- Melhor qualidade dos cuidados de saúde,
- Redução de desigualdades no acesso aos cuidados,
- Reorganização do sistema de modo a promover:
 - Acessibilidade;
 - Celeridade;
 - Equidade;
 - Proximidade;
 - Humanização dos serviços.



SNS + Proximidade



"Cuidar em
Casa"

CUIDAR EM CASA EM PORTUGAL

- A prestação de cuidados em casa promove o bem-estar da criança e uma recuperação segura e saudável com o apoio incondicional dos pais tornando assim o internamento mais humanizado.
- É um modelo ainda desconhecido por muitos mas com potencial desenvolvimento.

2015



2021



2023

HD Adultos
Hospital Garcia de
Horta

HD Pediátrica
CHMT
Torres Novas

HD Pediátrica
HFF
Amadora

APLICAÇÃO DA HD P NO HFF

Critérios de Inclusão

- Aceitação voluntária por parte dos pais/cuidador;
- Consentimento informado;
- Existência de um cuidador responsável;
- Existência de um diagnóstico clínico que apresente estabilidade clínica
- Situação clínica transitória e comorbilidades controláveis no domicílio;
- Existência de condições em casa;
- Residência localizada a um raio de 30km do hospital.

Critérios de Exclusão

- Incumprimento de um dos critérios de inclusão;
- O cuidador recusar-se a assumir os cuidados alegando incapacidade ou ansiedade face à situação.

Patologias Elegíveis:

- Necessidade de terminar antibioterapia endovenosa (até 3 tomas/dia);
- Necessidade de nutrição parentérica/alimentação por SNG desde que o cuidador tenha formação prévia;
- Crianças/Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo I inaugural após atingir estabilidade metabólica (realização de ensino em ambiente familiar);
- Na presença de RN com risco infeccioso no pós-parto imediato.

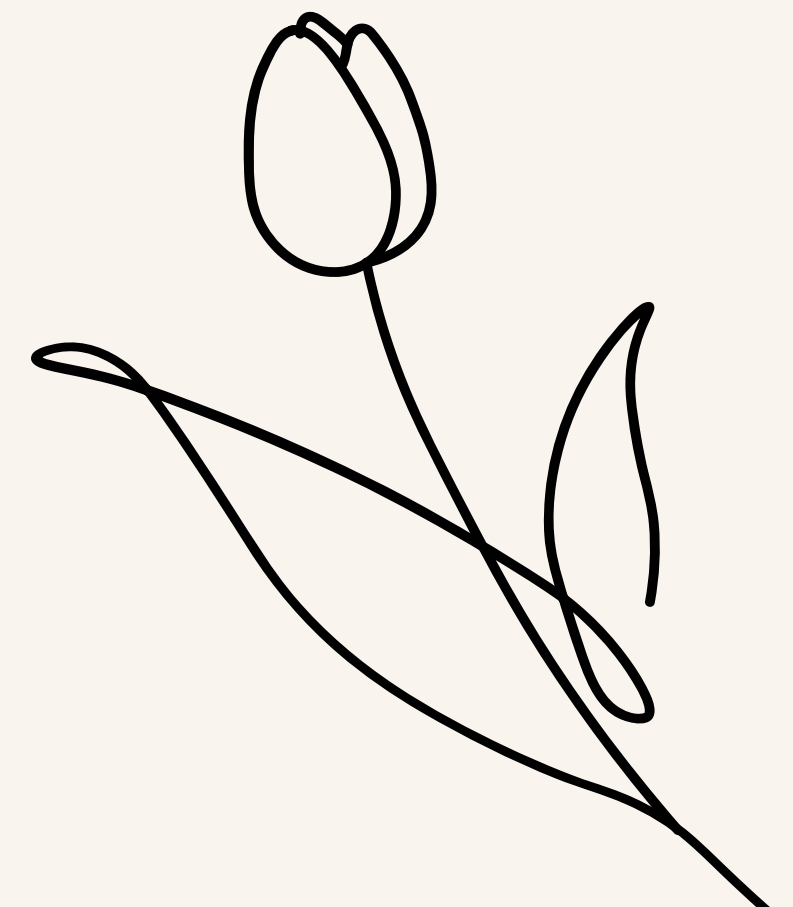
APLICAÇÃO DA HDP NO HFF

Retorno/transferência do doente para o hospital poderá acontecer em 3 situações:

- Desejo do próprio doente/familiar;
- Agravamento do estado clínico em que a equipa considere que já não reúne condições para permanecer no domicílio;
- Situações terminais de doença crónica agudizada.

Indicadores de Qualidade:

- Taxa de mortalidade;
- Taxa de Readmissões;
- Nível de bem-estar psicológico;
- Taxa de complicações clínicas;
- Nível de satisfação do doente/cuidador;
- Duração da hospitalização prévia à mudança;
- Duração da HDP;
- Custos e análise de custos.



APLICAÇÃO DA HDU NO HFF

Procedimentos:

- Colheita de sangue para análises;
- Gasimetria, pulsometria, oximetria;
- Punção de acessos venosos;
- Adaptação de VNI;
- Oxigenoterapia domiciliar de curta duração;
- Tratamento antimicrobiano com terapêutica antibiótica domiciliar EV para ciclos prolongados;
- Tratamento de feridas complexas (...).

Coordenação do Horário:

- Acompanhamento das 8-24 horas;
- **Noite:** fica um enfermeiro escalado do serviço de pediatria que assume a responsabilidade do contacto permanente com os pais. O contacto é efetuado através da telemedicina.

TELEMEDICINA

COMPLEMENTO AO ACOMPANHAMENTO NO DOMICÍLIO

Permite:

Altas precoces mantendo a monitorização contínua

Garante:

- Cuidados Centrados na Família;
- Partilha de Informações;
- Participação ativa de todos os elementos;
- Colaboração.

CrITÉrios de Inclusão:

- Criança estável;
- Papel parental adequado;
- Sensação de segurança por parte dos pais
- Acesso rápido aos cuidados de saúde em caso de agravamento

RECURSO A TECNOLOGIA

O uso da tecnologia na área da comunicação tem aumentado exponencialmente.
Através da telemedicina os pais puderam ter uma **alta precoce mais segura**.

Ligação constante

A equipa encontrava-se à distância de uma chamada telefónica, mensagem, gravação de vídeo e/ou videochamada.

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019)

A **segurança** persistiu pelos pais saberem que os enfermeiros estavam ao alcance de uma chamada, tornando-os **confiantes** na instituição de saúde e em si mesmos.

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Jönsson & Fridlund, 2003)

CONCLUSÃO

- Apesar da Hospitalização Domiciliária Pediátrica ser um tema ainda desconhecido por muitos e pouco desenvolvido em Portugal, é o futuro dos cuidados de saúde pelo que assegura cuidados humanizados e de qualidade.
- Através do mesmo é possível manter a criança no seu ambiente familiar minimizando ou até mesmo suprimindo potenciais traumas causados pelo internamento convencional desajustado.
- Este é um internamento viável, não só em caso de doença aguda ou agudização de doença crónica de crianças, sendo igualmente aplicado em crianças que estejam clinicamente estáveis viabilizando a alta precoce.
- A capacitação dos pais desde início torna-se irrevogável para se sentirem seguros e confiantes no domicílio.
- Através da HDP, é possível promover a vinculação bem como o fortalecimento do vínculo afetivo familiar.
- A implementação da telemedicina foi considerada benéfica uma vez que os pais tinham maior possibilidade de passar tempo de qualidade com a criança.

ESTE SERÁ UM FUTURO MAIS HUMANIZADO!

OBRIGADA!

Gostaria agora de solicitar o preenchimento do formulário de avaliação do plano de sessão. Para isso aceda ao link:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Glvjszm6sUKsGjcltUihuob8MwxCo9pFpuhxr8zK3z1UOVZQQVJZNDM1ROZOVTJMM01JRzdSVIROMy4u>

APÊNDICE XX –

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação no APP “Hospitalização Domiciliária
Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”

Avaliação da Sessão de Formação

Agradeço desde já toda a vossa atenção e colaboração neste projeto. Gostaria de, no término desta sessão, obter a vossa opinião de modo a realizar o balanço final na tentativa de melhorar alguns aspetos em formações futuras. Após a sessão sobre a HDP, pretendia igualmente saber se consideram a temática interessante e pertinente.

Deste modo, solicito a resposta às questões apresentadas classificando-as de 1 a 4 sendo que 1 corresponde a "discordo totalmente", 2 "discordo", 3 "concordo" e 4 a "concordo totalmente"

* Obrigatória

1. Quanto à temática:

Considera a formação útil e pertinente

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Promoveu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Modo de apresentação adequado para transmitir a mensagem

1	2	3	4
---	---	---	---

4. A duração da formação foi adequada

1	2	3	4
---	---	---	---

5. O horário de formação foi adequado

1	2	3	4
---	---	---	---

6. **Quanto à Formadora**

Responda às questões que se seguem classificando-as de 1 a 3 sendo que 1 corresponde a "insuficiente", 2 "suficiente", 3 "bom" e 4 "muito bom"

Demonstra conhecimento sobre o tema apresentado.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Foi clara na transmissão da informação

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Demonstrou capacidade em motivar o grupo

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Geriu bem o tempo de apresentação pelo que apresentou o modelo de forma sucinta mas expondo informação pertinente

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Sugestões e Comentários *

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

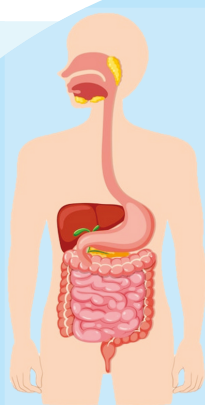
APÊNDICE XXI –

“Documento Informativo para os Pais: Gastrostomia”

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA OS PAIS

GASTROSTOMIA

Trata-se de um procedimento cirúrgico para fixação de sonda de alimentação que gera habitualmente sentimentos de ansiedade, stress e medo receando as possíveis implicações futuras. Este *flyer* informativo informar e desmistificar alguns receios.



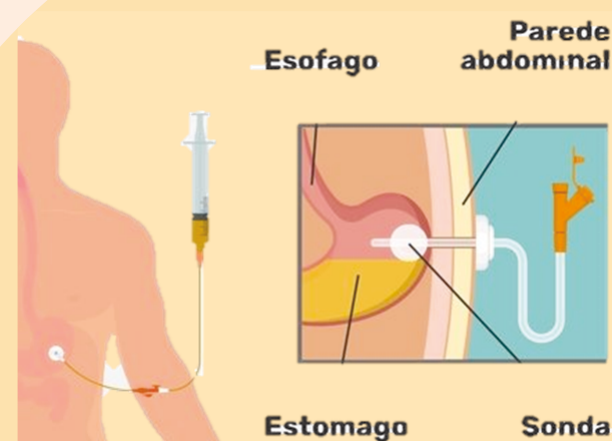
Sistema Digestivo

Tem como principal função fracionar alimentos em nutrientes mais simples para que possam ser absorvidos e utilizados pelas nossas células. Na presença de dificuldades alimentares, é necessário encontrar uma alternativa segura que permita manter a criança devidamente nutrida.

1

Gastrostomia

2 Cirurgia que viabiliza a entrada de alimentos diretamente no estômago através da criação de um **estoma** (orifício circular que liga um órgão interno à superfície da pele). Ao estoma será ligada uma **sonda de alimentação** que permite administrar os alimentos mantendo o calibre de abertura do estoma e selando a passagem para o interior do estômago.



Cuidados a ter com a Sonda de Alimentação

- **Lavar as mãos** antes de iniciar os cuidados,
- Vigiar **SINAIS DE ALARME** na região peri-estoma (**ver ponto 4**),
- **Limpar a pele** com Soro Fisiológico e compressas e aplicar penso nas primeiras 48h. (após esse período pode lavar a pele com água e sabão secando bem e deixando exposto ou se preferir, colocar uma compressa seca de proteção),
- Proteger a sonda para **evitar risco de puxões**,
- **Não dobrar** a sonda,
- **Rodar a sonda** cerca de 360° uma vez por dia para prevenir aderências e complicações.
 - **DICA:** aproveite o momento do penso para não se esquecer mais tarde.

3

SINAIS DE ALERTA

- No local de inserção da sonda **VIGIE** o surgimento de:
 - rubor (avermelhado),
 - calor,
 - tumefação (inchaço),
 - Extravasamento de conteúdo gástrico,
 - Dor persistente.
- Deterioração da sonda,
- Se a **SONDA SAIR não entre em pânico!**
 - Coloque um penso e dirija-se rapidamente ao médico de assistência.



Administração de Alimentos

5 **A alimentação deve permanecer variada e equilibrada para promover a cicatrização dos tecidos e recuperação muscular.**

Cuidados a ter com os alimentos:

- **Triturar** alimentos e diluir com água para não obstruir a sonda,
- Administrar a **temperatura ambiente**,
- Fornecer água sempre **antes e após cada refeição** para manter permeabilidade da sonda,
- No final, limpar a sonda e hidratar a criança,

Certifique-se que a cabeceira está elevada pelo menos 30°



Administração de Medicação

Nem todos os medicamentos estão preparados para ser administrados por sonda.

- Opte preferencialmente por xaropes,
- Quando tal não é possível,
 - Esmague os comprimidos e dissolva-os em água.
 - A sua diluição deve ser feita com a menor quantidade de água possível,
- Pode utilizar o canal mais adequado para a terapêutica, se a PEG o possuir.

Nunca se esqueça de MANTER A HIGIENE ORAL!

6



Referências Bibliográficas

- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.. (2019). Viver com Gastrostomia – Guia Prático. Lisboa https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/221_VIVER-COM-GASTROSTOMIA_guia-pratico.pdf
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (2023). Gastrostomia Percutânea Endoscópica. Exames Endoscópicos. Lisboa. <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica>

Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa
UC: Estágio Final e Relatório
Autoria: Cláudia Isabel Peixoto Pires
Professora Orientadora: Sílvia Ramos

APÊNDICE XXII –

“Identificação das Necessidades dos Cuidados a ter com a PEG na Preparação para a Alta da Criança Internada na Cirurgia Pediátrica”



Etiqueta de identificação da criança

Identificação das Necessidades dos Cuidados a ter com a PEG na Preparação para a Alta da Criança Internada na Cirurgia Pediátrica – 

A criação deste documento tem como intuito compreender quais as dúvidas existentes sobre os cuidados a ter com a PEG afim de viabilizar uma transição para casa mais segura.

Este questionário permitirá a intervenção da equipa que vos acompanha nos pontos onde os pais se sentem menos seguros com vista a dissipar as dificuldades sentidas e promover a autoconfiança.

Reflitam sobre cada questão e, caso surjam dúvidas além dos tópicos mencionados, identifique as mesmas no final da folha no quadro de observações para que o enfermeiro o consiga ajudar da melhor forma possível.

Conhecimento	Não Aplicável	Temos dúvidas	Sentimos a necessidade de praticar	Sentimo-nos preparados	Validação do Profissional (NÃO RESPONDER)
Sei para que serve a sonda de alimentação					
Sei os cuidados a ter com a sonda					
Sei a importância de rodar a sonda diariamente					
Sei os sinais de alerta aos quais devo estar atento					
Sei o que fazer em caso de exteriorização da sonda					
Sei o posicionamento mais adequado para alimentar a criança					
Sei os cuidados a ter na administração de alimentos					
Sei os cuidados a ter antes e após administração dos alimentos					
Sei os cuidados a ter na administração de medicamentos					
Sei a diferença dos canais de entrada da sonda (2)					
Sei a importância de manter a higiene oral					

Outras dúvidas:

Validação do Enfermeiro: _____

APÊNDICE XXIII –

“Cateterismo Vesical: Guia de Apoio”

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

Procedimento que viabiliza a execução de esvaziamentos periódicos da bexiga através da introdução de um cateter por um orifício criado cirurgicamente, ou pela uretra (Bezerra et al., 2015).

APENDICO-VESICOSTOMIA DE MITROFANOFF

- Procedimento cirúrgico onde o apêndice é utilizado como canal entre a superfície da pele e a bexiga. Esta intervenção viabiliza o esvaziamento vesical por cateterismo intermitente limpo.
- É frequentemente utilizado em crianças que não conseguem urinar normalmente devido a alguma limitação.
- No caso de ausência de apêndice é utilizada uma porção do intestino delgado - **Procedimento de Monti**.



Objetivos da Intervenção:

- Promover a Continência Urinária
- Preservar a função Renal a longo prazo
- Promover a qualidade de vida

Possíveis Riscos e Complicações:

- **Pedras na bexiga**
 - Surge quando a bexiga não é totalmente esvaziada ou na presença de muco.
- **Estenose**
 - Surge quando o canal fica estreito dificultando a passagem do cateter.
- **Incontinência**
 - Ocorre quando há perda de urina pelo Estoma.
- **Infeção do Trato Urinário**
 - Causada por esvaziamentos incompletos ou pela manipulação desadequada do cateter.

Tipos de cateteres:

- Não Revestido
- Hidrofílico ou Pré-lubrificados
- Em sistemas fechados

Benefícios do Cateterismo Intermitente:

- Técnica simples, efetiva e segura,
- Previne o risco de perdas urinárias,
- Melhora a qualidade de vida,
- Promove a autonomia e independência da criança,
- Reduz risco de infecções urinárias e outras complicações.

Cuidados a ter no Cateterismo Intermitente:

- Lavar bem as mãos!
- Lavar o canal com água e sabão,
- Adotar um posicionamento confortável e, se necessário, recorrer à ajuda de um espelho para visualizar melhor,
- Manipular o cateter utilizando a técnica NO-TOUCH (não manipules a parte do cateter que irá introduzir),
- Introduzir lenta e suavemente o cateter até ver a saída de urina,
- Quando terminar, remover cuidadosamente.

SINAIS DE ALERTA!!



- **Se não conseguir:**
 - introduzir a sonda,
 - Esvaziar a bexiga,
- **Se perder líquido** pelo canal,
- **Se apresentar sinais de infecção** (urina mais escura e turva, com cheiro intenso e febre)

INTERNAMENTO PÓS-CIRURGIA

O internamento tem uma duração média de 5 a 7 dias:

Durante o mesmo:

- A criança inicia dieta progressiva,
- Mantém sonda no canal formado cirurgicamente para mantê-lo aberto no decorrer do processo de cicatrização,
- Apresenta outros sistemas nomeadamente na uretra ou na região suprapúbica para garantir a drenagem completa da urina.

Após 4-6 semanas, o canal encontra-se pronto para ser utilizado.

A criança regressa ao hospital e, neste segundo internamento, são realizados ensinamentos sobre como se executa o cateterismo vesical intermitente.

Recomendações:

- Ingerir água para produzir urina límpida e clara,
- Evitar a pressão excessiva na bexiga realizando esvaziamentos 4 a 6 vezes ao dia conforme indicação médica,
- Evitar esforços físicos excessivos e levantamento de pesos,
- Realizar irrigação da bexiga 1 vez ao dia.

Diferentes CATERES:



Fig.1 Cateter SEM saco



Fig.2 Cateter COM saco

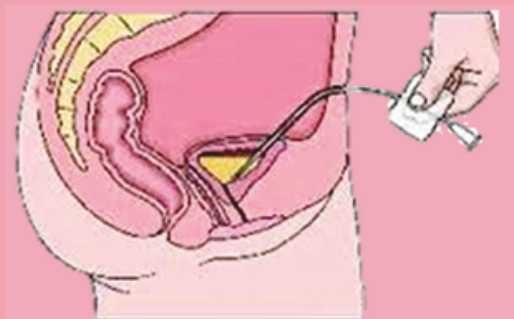


Fig.3 Procedimento

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



CATETERISMO VESICAL

GUIA DE APOIO

APÊNDICE XXIV –

“Identificação das Necessidades/Dúvidas inerentes ao Cateterismo Vesical Intermitente
Cirurgia Pediátrica”



Etiqueta de identificação da criança

Identificação das Necessidades dos Cuidados a ter com a PEG na Preparação para a Alta da Criança Internada na Cirurgia Pediátrica – 

A criação deste documento tem como intuito compreender quais as dúvidas existentes sobre os cuidados a ter com a PEG afim de viabilizar uma transição para casa mais segura.

Este questionário permitirá a intervenção da equipa que vos acompanha nos pontos onde os pais se sentem menos seguros com vista a dissipar as dificuldades sentidas e promover a autoconfiança.

Reflitam sobre cada questão e, caso surjam dúvidas além dos tópicos mencionados, identifique as mesmas no final da folha no quadro de observações para que o enfermeiro o consiga ajudar da melhor forma possível.

Conhecimento	Não Aplicável	Temos dúvidas	Sentimos a necessidade de praticar	Sentimo-nos preparados	Validação do Profissional (NÃO RESPONDER)
Sei para que serve a sonda de alimentação					
Sei os cuidados a ter com a sonda					
Sei a importância de rodar a sonda diariamente					
Sei os sinais de alerta aos quais devo estar atento					
Sei o que fazer em caso de exteriorização da sonda					
Sei o posicionamento mais adequado para alimentar a criança					
Sei os cuidados a ter na administração de alimentos					
Sei os cuidados a ter antes e após administração dos alimentos					
Sei os cuidados a ter na administração de medicamentos					
Sei a diferença dos canais de entrada da sonda (2)					
Sei a importância de manter a higiene oral					

Outras dúvidas:

Validação do Enfermeiro: _____

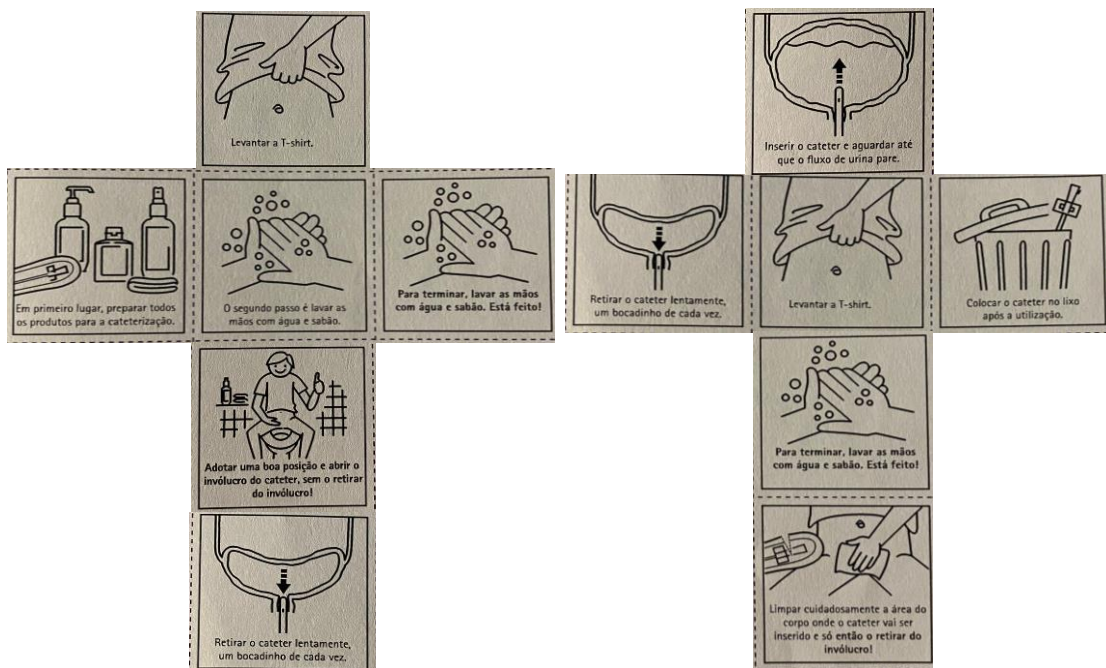
APÊNDICE XXV –

Jogo de Cubos: Adivinha a sequência correta do Cateterismo Vesical Intermitente! E Agora?

Bora Jogar?

Já aprendeste tudo sobre o cateterismo vesical intermitente? Agora é hora de mostrares aos enfermeiros que já sabes o procedimento! Ordena os 9 cubos de acordo com os passos do procedimento e mostra ao teu enfermeiro aquilo que já sabes!

Boa Sorte!



APÊNDICE XXVI –

Sessão de Formação na Cirurgia Pediátrica “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”

Hospitalização Domiciliária Pediátrica

Por um futuro mais humanizado

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Cláudia Pires n.º 192022088

Professora Doutora: Sílvia Ramos

Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: 



Índice:

- Cuidados de Saúde de Qualidade;
- A Criança e os seus Direitos;
- EEESIP;
- Quem foi Martin Cherkasky;
- Importância da Família;
- Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP);
- HDP vs Apoio Domiciliário;
- Aliança entre Equipa Profissional e Família;
- Visão sobre a HDP;
- Vivências na HDP;
- Valorização da Experiência da Equipa;
- Cuidados de Enfermagem em Casa;
- Implementação da HD em Portugal;
- Aplicação da HDP no HFF;
- Telemedicina;
- Conclusão

Cuidados de Saúde de Qualidade

Desafio constante que exige educação, formação e atualização por parte do enfermeiro



Viabiliza uma **recuperação melhor e mais rápida** do doente através da implementação de **cuidados especializados e individualizados** tendo em consideração a prática baseada na evidência!

(Entidade Reguladora da Saúde, 2021)



A Criança e os seus Direitos

“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças” (p.7)

Os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia

A permanência no hospital tem um impacto negativo no bem-estar psicológico e emocional da criança pelo que a criança tem o direito a permanecer com familiares e amigos.

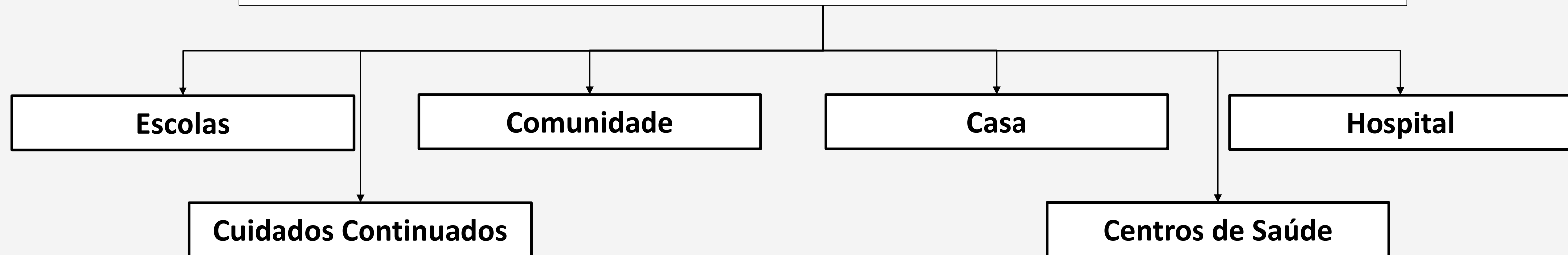
Meios facilitadores na prestação de cuidados no domicílio.



Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

Regulamento nº 422/2018 (2018)

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica presta cuidados em parceria com a criança e família independentemente do contexto em que se encontre.



Martin Cherkasky

(1902-1997)



<https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101412018-img>

Um pouco de História...

- Presidente do Hospital de Montefiore;
- Assinou um contrato com uma organização de prestação de cuidados de saúde
- Gerou a aliança entre aos cuidados domiciliários e os cuidados hospitalares criando assim o conceito “***The Hospital-Based Homecare***”



In 1948, Montefiore Hospital started home care for low-income seniors in the surrounding New York borough of the Bronx. The new program enriched doctors' "understanding of sick human beings as social beings," Martin Cherkasky, Montefiore's president for 30 years, said then as he addressed the American Public Health Association in Boston. "It is no more fair and useful," he asserted, "to separate a man from his environment than it is to divide him into separate and independent parts." Cherkasky contended that the most accurate diagnosis and understanding of the patient requires knowledge of a patient's family, home, job, and way of life, not just a test in a lab or a visit in a health care facility. When applied properly and because of its unique characteristics, he added, "home care for patients who are suitable is not only as good as hospital care — it is infinitely better."

So was this vision worth making the financial investment to embrace the humane philosophy of home health? Hospitals weren't convinced that, as Cherkasky claimed, "the rigidity and chilliness of a hospital" could be profitably exchanged for the flexibility and warmth of the home." As a result, hospital-based home care grew slowly in the first decades after Montefiore began its landmark program. Many key players had doubts about its medical value and financial viability. Doctors found the hospital more convenient and conducive to oversight of patients. Hospital directors hesitated to divert business away from their existing services, and fiscal intermediaries weren't sure how to audit home care programs.

These reservations dissipated in time due to developments that continue to this day and have fueled the growth of home health, including an increase in the number of seniors, innovations in technology, the movement toward coordination of care, and political activity to expand health insurance coverage. Yet many hospital-based home health agencies have been sold or closed, with little apparent regard to size, reputation, or integration within a hospital's continuum of care. Some executives at both large urban hospitals and small rural facilities no longer consider their home health programs a viable core service, though they reduce inpatient lengths of stay, save on care costs, and cut down on rehospitalizations.

Those benefits were documented after Massachusetts General Hospital launched its "Coordinated Home Care" program in 1968. The program showed its value by allowing the hospital to make better use of health care resources, freeing beds for patients who required acute care hospitalization and providing a more appropriate option for patients who only needed optimal post-hospital care. It reduced the total cost of caring for patients by as much as two-thirds over equivalent care in a long-term care facility. And it made it possible for patients who otherwise would have been placed in long-term care facilities to remain at home with their families for extended lengths of time.

One Massachusetts patient summed up how much that program mattered shortly before his death from metastatic carcinoma: "I knew when I left the hospital that I was going to die, but you can't know what it has meant to me to be with my family and watch my grandchildren grow a bit



Hospital-Based Home Health: Weighing Finances and Philosophy of Care

By Lisa Yarkony

As we begin a new decade, hospital-based home health agencies have been waning over the last one, and for a number of reasons. An examination of hospital-based home health since its beginnings in this country yields some answers, but also reveals the importance of many of these home health programs in the communities they serve. There are often more components to consider when weighing the value of these programs than financial statements alone can illuminate.

Association in Boston. "It is no more fair and useful," he asserted, "to separate a man from his environment than it is to divide him into separate and independent parts." Cherkasky contended that the most accurate diagnosis and understanding of the patient requires knowledge of a patient's family, home, job, and way of life, not just a test in a lab or a visit in a health care facility. When applied properly

Importância da Família

FAMÍLIA

- Sistema aberto composto por diversos membros que interagem entre si e com o seu meio
- Qualquer adversidade ou alteração que surja, irá afetar todos os seus membros

DESEQUILÍBRIO

Modelo das Transições de Afaf Meleis

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA
REEQUILÍBRIO

Assistência contínua na fase aguda da doença e/ou agudização de uma doença crónica

- Consentimento livre e esclarecido
- Princípios e critérios clínicos, sociais e geográficos
- Admissão Hospitalar

Unidade de Hospitalização Domiciliária - UHD

- Unidade de Tratamento Especializada
- Cuidar de doentes e sua família

Cuidados de Hospitalização Domiciliária - UHD

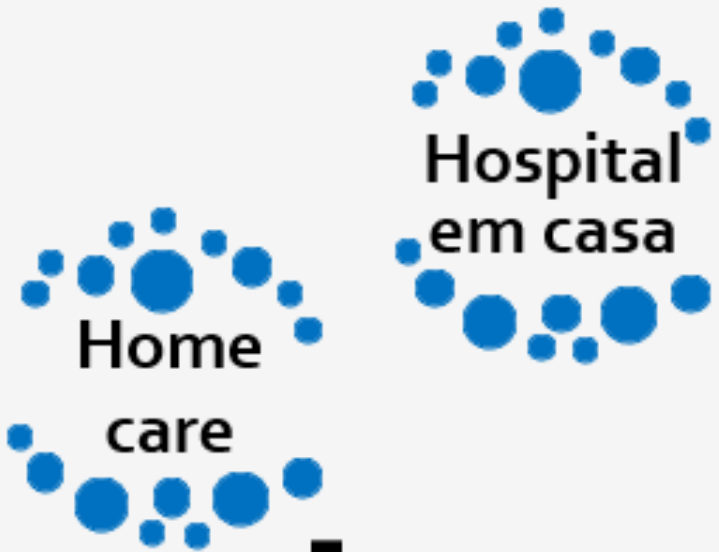
- Cuidados ativos coordenados pela UHD

Passagem de uma fase da vida ou condição para outra gerando assim uma mudança

Teoria das Transições
Afaf Meleis (2010)

Hospitalização Domiciliária

Transição é invadida por inúmeras emoções, onde são espelhadas as dificuldades inerentes a este processo



Conceito fundado em 1947 nos EUA
-Estendeu-se para a população mais jovem em 1973

- Reduzir a taxa de internamento hospitalar
- Criar um ambiente mais humanizado junto da família



Hospitalização Domiciliária Pediátrica

Objetivos

- Promover o bem-estar da criança e a sua recuperação contribuindo para a melhoria da qualidade de vida;
- Reduzir o tempo de internamento em meio hospitalar;
- Evitar reinternamentos desnecessários;
- Estabelecer a comunicação com as diversas entidades de saúde articulando com as mesmas;
- Valorizar os cuidados centrados na família (CCF).

Vantagens

- Favorecer o neurodesenvolvimento reduzindo o risco de hospitalismo;
- Diminuir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde;
- Reduzir custos e transtornos familiares;
- Promover o trabalho em equipa com a participação da família.

HDP vs Apoio Domiciliário

Hospitalização Domiciliária

- Garante uma resposta segura e oportuna a situações de doença aguda (até 3 visitas ao dia);
- Assegura a continuidade dos cuidados centrados nas necessidades dos doentes;
- Atua em rede, articulando com os diversos níveis de cuidados.

Apoio Domiciliário

- Cuidados prestados pela Unidade de Cuidados Primários ou por uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário;
- Realiza visitas com menor regularidade (2 vezes por semana).

Aliança entre Profissionais e Família

Importância da Ligação entre os Profissionais de Saúde e a Família

- Reduzir o impacto da transição do hospital para casa;
- Diminuir sentimentos de insegurança;
- Evitar a sensação de abandono.

Voz da Criança

- Tende a desaparecer mediante a urgência das informações transmitidas pelos adultos.
- É importante o enfermeiro incentivar a **comunicação**, a **autonomia** e **participação da criança!**

- Brincar terapêutico,
- **Técnicas comunicacionais** como:
 - Humor,
 - Chamar a atenção da criança.



Cuidados que permitem:

- Criar uma relação terapêutica;
- Adquirir a confiança;
- Enaltecer a voz da criança.



Visão sobre a HDP

Casa como ambiente Seguro e de Conforto

Um único estudo relata a situação de uma família que demonstrou **preferência em os procedimentos dolorosos serem executados em meio hospitalar** de modo a preservar o domicílio como meio acolhedor, seguro e encantador do ponto de vista da criança.

Contudo, outros estudos denotaram que **não foram relatados sentimentos de dependência** ou de que as casas se tornariam demasiado medicalizadas.

Domicílio

- Ambiente favorecedor de **escuta**;
- Promotor da criação de **relação terapêutica** entre enfermeiro + família + criança.

Crianças

- Sentem-se menos doentes,
- Poupança de tempo e energia,
- Sensação de controlo dos cuidados,
- Satisfação em receber os enfermeiros em casa,
- Gosto em preparar o local onde será executado o procedimento antes do enfermeiro chegar.

Vivências Relatadas da HDP

Vivências Relatadas:

Pelas Crianças:

- Maior segurança,
- Maior disponibilidade por parte dos enfermeiros,
- Sem alteração do apetite,
- Melhor padrão de sono,
- Ambiente amenizador da sintomatologia,
- Sentimentos de alegria e satisfação.

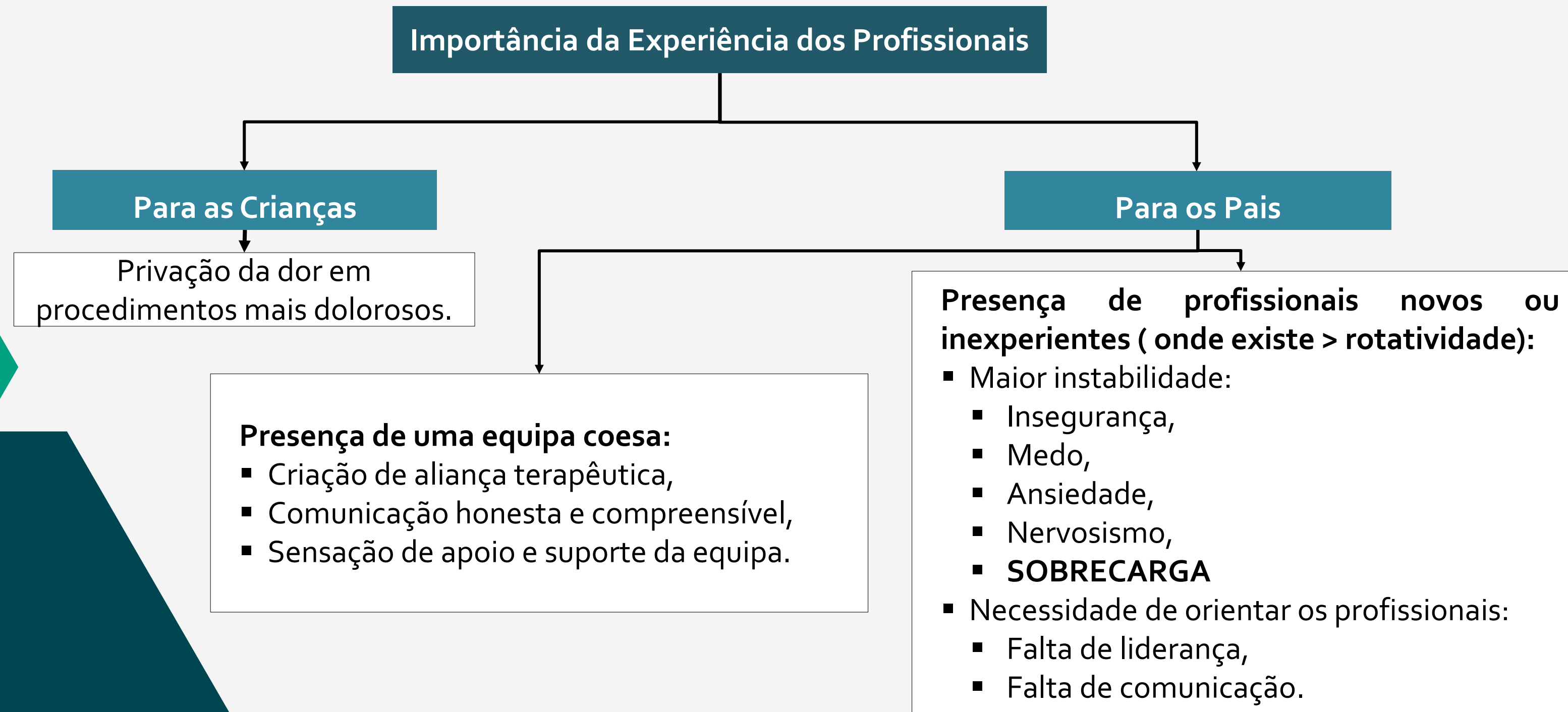
Pelos Pais:

- Sensação de poder, relaxamento e conforto,
- Maior grau de responsabilidade por participarem ativamente no plano de cuidados:
 - **Risco de esgotamento do cuidador.**
- Presença dos enfermeiros encarada com naturalidade,
- Enfermeiro como fonte de informação viável.

Relações Familiares:

- Maior equilíbrio entre vida familiar e profissional;
- Salvaguarda a união entre a criança e o seu animal de estimação;
- Melhor gestão familiar;
- Assegura a união e proximidade familiar.

Valorização da Experiência da Equipe



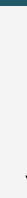
Valorização da Experiência da Equipa

Muitos profissionais demonstram:

- Inexperiência,
- Falta de conhecimento teórico e prático



PROCURA DE CONHECIMENTO ESPECIALIZADO É PRIMORDIAL



Capacitação Prévia dos Pais

- Viabiliza o aumento da confiança e motivação,
- Reduz fatores de stress,
- Promoção do empoderamento parental,
- Facilita o processo de regresso a casa.

- Otimização dos cuidados prestados,
- Cuidados de qualidade,
- Criação de uma relação segura,
- Promoção de uma **transição saudável**.

Demonstram preferência pela equipa hospitalar ao invés da comunitária devido à vasta experiência

Implementação em Portugal

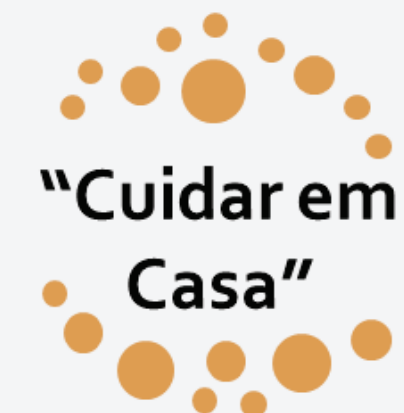
XX Governo Constitucional

Estabeleceu medidas prioritárias para melhorar o SNS através de:

- Melhores recursos disponíveis,
- Melhor qualidade dos cuidados de saúde,
- Redução de desigualdades no acesso aos cuidados,
- Reorganização do sistema de modo a promover:
 - Acessibilidade;
 - Celeridade;
 - Equidade;
 - Proximidade;
 - Humanização dos serviços.



SNS + Proximidade



Cuidar em Casa em Portugal

- A prestação de cuidados em casa promove o bem-estar da criança e uma recuperação segura e saudável com o apoio incondicional dos pais tornando assim o internamento mais humanizado.
- É um modelo ainda desconhecido por muitos mas com potencial desenvolvimento.

2015



2021



2023

HD Adultos
Hospital Garcia de
Orta

HD Pediátrica
CHMT
Torres Novas

HD Pediátrica
HFF
Amadora

Aplicação da HDP no HFF

Critérios de Inclusão

- Aceitação voluntária por parte dos pais/cuidador;
- Consentimento informado;
- Existência de um cuidador responsável;
- Existência de um diagnóstico clínico que apresente estabilidade clínica
- Situação clínica transitória e comorbilidades controláveis no domicílio;
- Existência de condições em casa;
- Residência localizada a um raio de 30km do hospital.

Critérios de Exclusão

- Incumprimento de um dos critérios de inclusão;
- O cuidador recusar-se a assumir os cuidados alegando incapacidade ou ansiedade face à situação.

Patologias Elegíveis:

- Necessidade de terminar antibioterapia endovenosa (até 3 tomas/dia);
- Necessidade de nutrição parentérica/alimentação por SNG desde que o cuidador tenha formação prévia;
- Crianças/Adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo I inaugural após atingir estabilidade metabólica (realização de ensino em ambiente familiar);
- Na presença de RN com risco infeccioso no pós-parto imediato.

Aplicação da HDP no HFF

Retorno/transferência do doente para o hospital poderá acontecer em 3 situações:

- Desejo do próprio doente/familiar;
- Agravamento do estado clínico em que a equipa considere que já não reúne condições para permanecer no domicílio;
- Situações terminais de doença crónica agudizada.

Indicadores de Qualidade:

- Taxa de mortalidade;
- Taxa de Readmissões;
- Nível de bem-estar psicológico;
- Taxa de complicações clínicas;
- Nível de satisfação do doente/cuidador;
- Duração da hospitalização prévia à mudança;
- Duração da HDP;
- Custos e análise de custos.



Aplicação da HDP no HFF

Procedimentos:

- Colheita de sangue para análises;
- Gasimetria, pulsometria, oximetria;
- Punção de acessos venosos;
- Adaptação de VNI;
- Oxigenoterapia domiciliária de curta duração;
- Tratamento antimicrobiano com terapêutica antibiótica domiciliária EV para ciclos prolongados;
- Tratamento de feridas complexas (...).

Coordenação do Horário:

- Acompanhamento das 8-24 horas;
- **Noite:** fica um enfermeiro escalado do serviço de pediatria que assume a responsabilidade do contacto permanente com os pais. O contacto é efetuado através da telemedicina.

Telemedicina

COMPLEMENTO AO ACOMPANHAMENTO NO DOMICÍLIO

Permite:

Altas precoces mantendo a monitorização periódica

Garante:

- Cuidados Centrados na Família;
- Partilha de Informações;
- Participação ativa de todos os elementos;
- Colaboração.

CrITÉrios de Inclusão:

- Criança estável;
- Papel parental adequado;
- Sensação de segurança por parte dos pais
- Acesso rápido aos cuidados de saúde em caso de agravamento

Recurso à Tecnologia

O uso da tecnologia na área da comunicação tem aumentado exponencialmente.
Através da telemedicina os pais puderam ter uma **alta precoce mais segura**.

Ligação constante

A equipa encontrava-se à distância de uma chamada telefónica, mensagem, gravação de vídeo e/ou videochamada.

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Holm et al., 2019)

A **segurança** persistiu pelos pais saberem que os enfermeiros estavam ao alcance de uma chamada, tornando-os **confiantes** na instituição de saúde e em si mesmos.

(Hägi-Pedersen et al., 2021; Jönsson & Fridlund, 2003)

Conclusão:

- Apesar da Hospitalização Domiciliária Pediátrica ser um tema ainda desconhecido por muitos e pouco desenvolvido em Portugal, é o futuro dos cuidados de saúde pelo que assegura cuidados humanizados e de qualidade.
- Através do mesmo é possível manter a criança no seu ambiente familiar minimizando ou até mesmo suprimindo potenciais traumas causados pelo internamento convencional desajustado.
- Este é um internamento viável, não só em caso de doença aguda ou agudização de doença crónica de crianças, sendo igualmente aplicado em crianças que estejam clinicamente estáveis viabilizando a alta precoce.
- A capacitação dos pais desde início torna-se irrevogável para se sentirem seguros e confiantes no domicílio.
- Através da HDP, é possível promover a vinculação bem como o fortalecimento do vínculo afetivo familiar.
- A implementação da telemedicina foi considerada benéfica uma vez que os pais tinham maior possibilidade de passar tempo de qualidade com a criança.

ESTE SERÁ UM FUTURO MAIS HUMANIZADO!

OBRIGADA!

Gostaria agora de solicitar o preenchimento do formulário de avaliação da sessão. Para isso, podes aceder ao link:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Glvszm6sUKsGjcltUihuob8MwxCo9pFp>

[uhxr8zK3z1UNUE1NFU5VEM0SDJFSUNTMkxXSFI3QU9BOC4u](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=Glvszm6sUKsGjcltUihuob8MwxCo9pFp)



APÊNDICE XXVII –

Questionário sobre a Sessão de Formação no Internamento de Cirurgia “Hospitalização Domiciliária Pediátrica: Por um Futuro mais Humanizado”

Avaliação da Sessão de Formação Pediatria 8

Agradeço desde já toda a vossa atenção e colaboração nesta formação. Gostaria de, no término desta sessão, obter a vossa opinião de modo a realizar o balanço final na tentativa de melhorar alguns aspetos em formações futuras. Após a sessão sobre a HDP, pretendo compreender se consideram a temática interessante e pertinente. Deste modo, solicito a resposta às questões apresentadas classificando-as de 1 a 4 sendo que 1 corresponde a "discordo totalmente", 2 "discordo", 3 "concordo" e 4 a "concordo totalmente"

* Obrigatória

1. Quanto à temática:

Considero a formação útil e pertinente

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Promoveu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Modo de apresentação adequado para transmitir a mensagem

1	2	3	4
---	---	---	---

4. A duração da formação foi adequada

1	2	3	4
---	---	---	---

5. O horário de formação foi adequado

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Quanto à Formadora

Responda às questões que se seguem classificando-as de 1 a 4 sendo que 1 corresponde a "insuficiente", 2 "suficiente", 3 "bom" e 4 "muito bom"

Demonstra conhecimento sobre o tema apresentado.

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Foi clara na transmissão da informação

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Demonstrou capacidade em motivar o grupo

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Geriu bem o tempo de apresentação pelo que apresentou o modelo de forma sucinta mas expondo informação pertinente

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Sugestões e Comentários *

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.



ANEXOS

ANEXO I –

Poster – “A Hospitalização Domiciliária Pediátrica - Contributo da Enfermagem na Humanização dos Cuidados: um Protocolo de Revisão Qualitativa

A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA

Contributo da Enfermagem na Humanização dos Cuidados: um Protocolo de Revisão Qualitativa

Autoria(s): Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro¹; Cláudia Isabel Peixoto Pires²; Joana Romeiro^{3,5}; Sílvia Ramos^{3,5}; Zaida Charepe^{4,5}

Afiliação do(s) autor(es):

1. Enfermeira na Urgência Pediátrica do Hospital Beatriz Ângelo, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal
2. Enfermeira no Serviço de Pneumologia/Cirurgia pediátrica do Hospital de Santa Maria, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal
3. Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa PhD em Enfermagem, docente Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Portugal
4. Professora Associada da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa
5. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

A humanização dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação crescente. Segundo o Instituto de Apoio à Criança (2016), a hospitalização convencional deve ser utilizada como último recurso, pelo que se reconhece que os cuidados devem ser prestados preferencialmente em casa, no ambiente familiar da criança ou, quando tal não é possível, em contexto de consulta externa ou hospital de dia. A Hospitalização Domiciliária (HD) consigna a assistência contínua na fase aguda da doença e/ou doença crónica agudizada no domicílio, apresentando-se como uma alternativa segura ao internamento convencional.

OBJETIVO

Sintetizar o conhecimento produzido sobre os contributos da HDP, na área da humanização dos cuidados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Metodologia: Joanna Briggs Institute (JBI),

Bases de dados: CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, PubMed, Cochrane Library, Psychology and Behavioral Sciences Collection e OpenAIRE

Idiomas: Português, Inglês, Francês, Espanhol

Friso Cronológico: sem friso cronológico

PALAVRAS-CHAVE

- Hospitalização domiciliária (home hospitalization);
- Pediatria (pediatric); cuidador (caregiver);
- Transição (transition);
- Humanização (humanization)

RESULTADOS

Foram encontrados 3211 artigos que, posteriormente, serão analisados por título, resumo e texto integral. Estes resultados serão reportados na íntegra e apresentados através do diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Os dados extraídos serão representados sob a forma de tabela que será elaborada pelos autores. Os estudos que cumprirem os critérios de inclusão serão avaliados quanto à qualidade metodológica segundo a ferramenta da JBI. O nível de confiança dos resultados será avaliado de acordo com o ConQual.

CONCLUSÃO

A humanização dos cuidados de enfermagem é uma preocupação constante do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. No seguimento a necessidade de hospitalização, a criança e família, vivenciam um processo de maior fragilidade e de separação dos elementos, passando por um processo de transição. Deste modo, surge a necessidade da procura por cuidados de qualidade mais humanizados fora do ambiente hospitalar salvaguardando sempre a segurança da criança. A relação estabelecida entre os profissionais e a família é crucial para a sua integração no plano de cuidados e promoção da autonomia da mesma. Só através desse cuidado é exequível promover os cuidados de excelência mantendo a união familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ANEXO II –

“Certificado de Apresentação do Póster ““A Hospitalização Domiciliária Pediátrica - Contributo da Enfermagem na Humanização dos Cuidados: um Protocolo de Revisão Qualitativa”

CERTIFICADO

Certifica-se que, em coautoria, Catarina Coelho Vilela Dâmaso Pinheiro, Cláudia Isabel Peixoto Pires; Joana Romeiro; Sílvia Ramos e Zaida Charepe, apresentaram o Póster n.º 44 com o tema “**A Hospitalização Domiciliária Pediátrica – Contributo da Enfermagem na Humanização dos cuidados: um protocolo de revisão sistemática qualitativa**”, no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP

Amélia Simões Figueiredo, *PhD, MEd, RN*
Professora Associada



PROGRAMA

9:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderador: Vanessa Cardoso Silva

Susana Simão dos Santos “Prevenir a infeção em Estruturas Residenciais – Intervenção de enfermagem de Saúde Pública.”

Catarina Belo “Tecnologias da informação e o sono das crianças: Intervenção de Enfermagem Comunitária.”

Bruno Alves “Capacitação dos cuidadores informais para a prevenção da infeção ferida cirúrgica: Intervenção de Enfermagem de Saúde Comunitária.”

10:30 – SESSÃO DE ABERTURA

11:00 – INTERVALO

11:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderador: Vasco Soares da Veiga

Constança de Almeida Carvalho “Estratégias Mobilizadas pelo Enfermeiro durante o Processo de Supervisão Clínica dos Pares.”

Sónia Morgado “A Experiências de quem vive o processo de transplantação pulmonar”

Rafael Nunes “A Doação de Órgãos e Tecidos na Perspetiva do Enfermeiro Especialista: Promoção de uma Cultura para a Fraternidade Social.”

12:30 – CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prof. Doutor Fernando Ferreira Pinto, vice-Reitor da Universidade Católica Portuguesa

13:15 – Almoço

14:30 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderador: Joana Cerejo

Ana Marta Pinto “O Abandono das Crianças no Hospital.”

Marisa Abrantes “Fraternidade Social e a Esperança: Abordagem do Enfermeiro Especialista à Criança em Idade Escolar.”

Rafaela Silva “Alterações Climáticas e a sua Repercussão no Desenvolvimento Infantil.”

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL “Nursology.net” – Prof^a Doutora Peggy L. Chinn

Moderador: David de Sousa Loura

16:15 – Entrega dos Prémios

ANEXO III –

Abstract do trabalho submetido no “*Journal of Pediatric Nursing: The experience of children and family in pediatric home hospitalization: a systematic review of qualitative evidence*”

Journal of Pediatric Nursing

The experience of children and family in pediatric home hospitalization: a systematic review of qualitative evidence --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Review Article
Keywords:	caregiver; experiences; hospital to home transition; child; transitional care
Corresponding Author:	Catarina Vilela Pinheiro Universidade Catolica Portuguesa Escola de Enfermagem PORTUGAL
First Author:	Catarina Pinheiro, Master student
Order of Authors:	Catarina Pinheiro, Master student Pires Cláudia, Master student Romeiro Joana, Postdoctoral Research Fellow Ramos Sílvia, PhD Charepe Zaida, PhD
Abstract:	<p>Objective: To synthesize the experiences of children and parents/caregivers in the process of pediatric home hospitalization (PHH).</p> <p>Introduction: The practice of home hospitalization (HH), while not a new concept has expanded in recent years. This model of care consists of continuous care at home for children with acute illness or acute chronic disease and presents itself as an alternative to conventional hospitalization (Middel, 2007; Parab et al., 2013). Excellence in pediatric healthcare is fundamental and this review provides a necessary understanding towards the experiences of children and their families in HH.</p> <p>Methods: Research was carried out in three phases and included both published and grey literature in the CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, PubMed, Cochrane Library, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and OpenAIRE databases to find relevant articles. Studies published in Portuguese, English, Spanish, and French with no time limit were reconsidered.</p> <p>Results: Findings were aggregated into five categories: children's experiences; parents' experiences; family relationships; the relationship with health professionals and telemedicine in PHH. According to ConQual the confidence level of the results was moderate in all articles.</p> <p>Conclusions: Through PHH, it is possible to avoid the impact of a conventional hospitalization since it promotes family union, increases the affective bond, the feeling of security, comfort, tranquillity, relief, confidence, and autonomy, reducing stressors such as anxiety, fear, nervousness, uncertainty, and fear.</p>
Suggested Reviewers:	Sílvia Caldeira, PhD Universidade Católica Portuguesa Escola de Enfermagem Lisboa scaldeira@ucp.pt Heather Herdman University of Wisconsin Green Bay herdmant@uwgb.edu
Opposed Reviewers:	

ANEXO IV -

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

Artigo 9.º

Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

Artigo 10.º

Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de “Apto” e “Não apto”, sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de “não apto”, poderão repetir a prova seis meses depois.

Artigo 11.º

Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições Finais

Artigo 12.º

Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

Artigo 13.º

Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

Artigo 14.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997376

Regulamento n.º 140/2019

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazimento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea i) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

SECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e finalidade

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

SECÇÃO II

Conceitos

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competência Acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

CAPÍTULO II

Das Competências

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

CAPÍTULO III

Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

Artigo 9.º

Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 10.º

Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

ANEXO I

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência

A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.	A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.

ANEXO II

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.

Competência

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

Competência

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
	<p>B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.</p> <p>B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p> <p>B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.</p> <p>B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</p>
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	<p>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p>

ANEXO III

C — Domínio da gestão dos cuidados**Competência**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	<p>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.</p> <p>C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.</p> <p>C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.</p>
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	<p>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.</p>

Competência

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	<p>C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados.</p> <p>C2.1.4 — Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p>

Unidades de competência	Critérios de avaliação
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

Competência

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. . . .	D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

311997392

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo Águas*.

Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *w*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

I — Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

Artigo 2.º

Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

II — Composição e Competências

Artigo 3.º

Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

Artigo 4.º

Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

ANEXO V –

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ORDEM DOS ENFERMEIROS**Regulamento n.º 422/2018****Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica****Preâmbulo**

Com a entrada em vigor das alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) introduzidas pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, e ao contrário do que se verificava até esta alteração, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros passou a identificar os Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos, conforme esse encontra estabelecidos no seu artigo 40.º, os quais correspondem aos seguintes: (i) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; (ii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; (iii) enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; (iv) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; (v) enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica; (vi) enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para 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.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al.*, 2007).

São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Nesta conformidade, nos termos conjugados das alíneas *c)*, *d)* e *f)* do n.º 1 artigo 42.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, após aprovação em Assembleia de Colégio, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentou ao Conselho Diretivo a sua proposta de Regulamento, tendo o mesmo sido aprovado na reunião de 22 de dezembro de 2017, em Conselho Diretivo.

Foi ouvido o Conselho de Enfermagem, nos termos e para os efeitos do disposto na alínea *a)* do artigo 37.º, emitido Parecer pelo Conselho Jurisdicional, em observância dos termos conjugados da alínea *h)*, do n.º 1 do artigo 27 e da alínea *h)*, do n.º 1 do artigo 32, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tendo a proposta de Regulamento sido submetida a consulta pública dos membros do respetivo Colégio da Especialidade, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 03 de janeiro de 2018, ao abrigo do disposto nas alíneas *i)* e *o)* do artigo 19 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros,

aprovou o seguinte Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo sido homologado por despacho de 08 de maio de 2018 de Sua Excelência o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Fernando Araújo:

Artigo 1.º**Objeto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Artigo 2.º**Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º**Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º**Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

1 — As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são as seguintes:

- a)* Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b)* Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c)* Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 5.º**Norma revogatória**

Com a publicação deste documento é revogado o Regulamento n.º 123/2011, aprovados pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros e publicado na 2.ª série do *Diário da República*, n.º 35, de 18 de fevereiro.

Artigo 6.º**Entrada em vigor**

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

9 de maio de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

ANEXO I

1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde
Descritivo:

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.2. 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.</p>	<p>E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p> <p>E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Descritivo:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
<p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.4. 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.</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p>	<p>E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p> <p>E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p> <p>E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p> <p>E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.</p> <p>E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.</p> <p>E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	<p>E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>

3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 Descritivo:

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	<p>E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>
E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	<p>E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.</p> <p>E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.</p> <p>E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.5. Promove a amamentação.</p> <p>E3.2.6. Negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>
E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	<p>E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>
E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.	<p>E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário.</p> <p>E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.</p> <p>E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável.</p> <p>E3.4.5. Negocia contrato de saúde com o adolescente.</p>

311455411

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 6788/2018

Durante a minha ausência da Universidade Aberta, no período de 22 de junho a 4 de julho de 2018, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 37.º dos Estatutos da Universidade Aberta, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65-B/2008, de 12 de dezembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246, de 22 de dezembro de 2008, e alterados pelo Despacho Normativo n.º 11/2015, e em conformidade com o disposto no artigo 42.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, delego todos os poderes que a lei originariamente me confere para o exercício das minhas funções, bem como as competências que me foram delegadas ou subdelegadas com a possibilidade de subdelegação, na vice-reitora para a Qualidade e Cooperação Internacional, Doutora Carla Maria Bispo Padre de Oliveira.

25 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.

311454983

Regulamento (extrato) n.º 423/2018

Avisam-se os interessados, para efeitos do artigo 101.º, n.º 2, do CPA, que se encontram em consulta pública no sítio da Internet da Universidade Aberta, "UAb.pt", os projetos do Regulamento do Repositório Aberto da Universidade Aberta e da Política de Preservação do Repositório Aberto da UAb.

26 de junho de 2018. — O Reitor, *Paulo Maria Bastos da Silva Dias*.
311456708

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Aviso n.º 9415/2018

Abertura de concurso externo de ingresso para ocupação de um posto de trabalho na categoria de Especialista de Informática, Grau 1, Nível 2 da carreira de Especialista de Informática, na modalidade de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, do mapa de pessoal da Universidade do Algarve.

1 — Nos termos do disposto na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho,

ANEXO VI –

Declaração de Presença na Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica num Hospital da Região de Lisboa

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, confirmo que a enfermeira Cláudia Isabel Peixoto Pires, estudante do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, esteve presente na Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica, do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, nos dias 11,12 e 26 de julho.

Amadora, 26 julho, 2023

Assinado por : **HELENA MARIA AMANTE GAMA
RIBEIRO DA SILVA**

Num. de Identificação: 06260952

Data: 2023.08.09 14:10:48+01'00'

Helena Ribeiro Silva
Adjunta direção Enfermagem

ANEXO VII –

Escala da Dor N-PASS - *Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*

Escala da Dor N-PASS – Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale

Quadro 1. N-PASS - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Hummel et al., 2009).

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/ irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmunga/chora com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritado ou episódios de choro Consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SatO ₂	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal SatO ₂ 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal SaO ₂ < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Sedação: -10 a 0; Sedação profunda: -10 a -5; Sedação leve: -5 a -2.

Dor: 0-11 (somar 1 ponto se RN < 30 semanas de IG corrigida); Dor presente score > 3.

Referência Bibliográfica

Silva, T., Silva, L. (2010). Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-Nascido – Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*. 23. 437-454

ANEXO VIII –

“Grelha de Apoio à Identificação de Necessidades de Cuidados Antecipatórios na Preparação para a Alta de Crianças Internadas no serviço de Neonatologia”

GRELHA DE APOIO À IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA DE CRIANÇAS INTERNADAS NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

O vosso bebé está quase a ir para casa! Para vos ajudarmos a estarem totalmente preparados para esta nova etapa sugerimos que preencham esta grelha. Reflitam sobre os diferentes cuidados ao recém-nascido que fomos trabalhando convosco ao longo do internamento e identifiquem as áreas onde já se sentem confiantes e aquelas onde ainda sentem necessidade do nosso apoio.

Conhecimento ou competências sobre	NA	Ainda não estamos preparados	Precisamos de praticar	Estamos preparados	Validação na alta
Alimentação					
Sei qual o intervalo e duração das refeições					
Consigo colocar o meu filho a eructar (arrotar)					
Consigo realizar a manobra de desengasgamento					
Medidas de anti-refluxo					
Amamentação					
Sei quais são os factores de sucesso da amamentação/ Sinais de pega					
Consigo posicionar o meu filho para lhe dar de mamar					
Sei quais são os problemas relacionados com a amamentação e como resolvê-los					
Sei quais os hábitos alimentares/ estilos de vida saudáveis que devo ter					
Extracção de leite por bomba					
Sei realizar a extracção de leite por bomba					
Sei como conservar e transportar o leite materno					
Alimentação por biberão					
Sei preparar o biberão (leite materno ou adaptado)					
Consigo dar a totalidade do leite por biberão					
Sei como higienizar os utensílios de alimentação					
Higiene e conforto					
Sei como fazer a higiene do bebé (frequência, temperatura da água, produtos de limpeza e hidratação)					
Consigo dar banho					
Consigo higienizar o coto umbilical					
Identifico quando o bebé tem frio ou calor e qual a temperatura ambiente adequada					
Sei quais as características e como higienizar a roupa do bebé					

Eliminação				
Sei identificar as características de eliminação (urina e fezes)				
Sei como prevenir e tratar o eritema das fraldas				
Consigo mudar a fralda e fazer a higiene perineal				
Consigo realizar a massagem abdominal para o alívio das cólicas				
Consigo fazer a estimulação para a eliminação intestinal				
Desenvolvimento e interacção				
Sei identificar as características do comportamento do bebé				
Sei identificar as causas de choro do bebé				
Consigo acalmar o bebé quando ele chora				
Sei posicionar o bebé correctamente no berço				
Sei quais as rotinas para estabelecer padrões de sono/vigília				
Sei quais as vantagens do método canguru				
Sei quais os períodos e locais adequados para dar passeios e como prevenir infecções				
Sei sobre vigilância e promoção da saúde				
Problemas de saúde				
Consigo fazer lavagem nasal				
Sei como prevenir e antecipar os acidentes (quedas, queimaduras, transporte)				
Sei identificar os sinais de alerta e conheço as unidades de saúde que posso contactar				
Consigo administrar a medicação/suplementos para fazer em casa				

Lista de verificação na alta	Validação
Boletim Individual de Saúde	
Boletim de Vacinação	
Rastreio Auditivo Neonatal <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> Potenciais Evocados	
Diagnóstico Precoce	
Rastreio das Cardiopatias Congénitas	
Marcação de consulta de neonatologia e especialidades	
Marcação de consultas de vigilância de saúde	
Marcação de exames	
Disponibilização da medicação para o domicílio	
Notas de alta (enfermagem e médica)	
Teste de apneia no sistema de transporte RN	
Disponibilização do contacto da unidade	

Assinatura da Enfermeira

ANEXO IX –

“Telefonema Pós-Alta”

TELEFONEMA PÓS-ALTA

Nome criança: _____ Idade Gestacional: _____

Nome da(o) mãe/pai: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Contacto telefónico: _____

Motivo de Internamento: _____

Data de admissão: __/__/__

Data de alta: __/__/__

Necessidade de cuidados no momento da alta:

Consentimento de contacto telefónico: Sim Não

Enfermeira que realiza o contacto: _____

Pessoa que recebe o contacto: _____

Dia e hora do contacto: __/__/__ às __ h__ min

1) Como foi o regresso a casa? (Ex: tranquilo, difícil, com insegurança, etc.)

2) O bebé apresenta alterações do seu comportamento habitual? (Ex: choro, agitação, apatia, etc.)

Se sim, especifique:

3) O bebé apresenta dificuldades no seu padrão do sono? (ex: agitado, dificuldade em adormecer, etc.)

Se sim, especifique:

4) O bebé apresenta dificuldades na alimentação/ amamentação? E na administração de terapêutica?

Se sim, especifique:

Tipo de Leite: LM LA PDF LAAR

5) O bebé apresentou alteração do padrão intestinal e/ou vesical? Se sim, especifique:

6) O bebé apresentou sinais ou sintomas de alerta? Se sim, especifique:

7) O bebé já tem ou já teve a 1ª consulta? Já foi feito o contacto com o Centro de Saúde?

Se sim, especifique:

8) Sentiu dificuldades em seguir as orientações dadas no internamento na realização dos cuidados ao bebé em casa?

9) Dúvidas a esclarecer

10) Orientações fornecidas

11) Necessidade de novo contacto? Sim Não

Enfª _____

Nº Mec _____

ANEXO X –

“Poster – Programa de Capacitação Parental para a Alta na UCIN”



Programa de Capacitação Parental para a Alta na UCIN

Autoria(s): Cláudia Isabel Peixoto Pires¹; Maria Graça F. Vieira Roldão²; Neusa do Rosário Lobato Costa Pedrosa³

1. Enfermeira no Serviço Pediátrica 8 do Hospital de Santa Maria, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal
2. Enfermeira Chefe do Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria, Mestre em Bioética e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
3. Enfermeira Especialista no Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no

Introdução

A capacitação parental é imprescindível numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) uma vez que promove a vinculação e a parentalidade saudáveis. Através da implementação dos cuidados centrados na família, é possível promover a autonomia e segurança dos pais com o intuito de minimizar as complicações desencadeadas pela prematuridade e ajudar as famílias neste processo de adaptação (Ferraz, et al., 2021). Para isso, é fulcral preparar os pais atempadamente para a alta do Recém-Nascido (RN) (Fonseca et al., 2019).

Na UCIN os pais demonstram medo e insegurança quando não têm o apoio da equipa de enfermagem. Deste modo, surgiu a necessidade de desenvolver um Programa de Capacitação Parental para a Alta (constituído por módulos) com o intuito de uniformizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem e, conseqüentemente, o empoderamento dos pais através dos ensinamentos realizados pela equipa. Desta forma, foi desenvolvido igualmente um Guia Orientador de Capacitação Parental para a Alta Precoce do RN baseado no Programa previamente desenvolvido. Este Guia, servirá de apoio aos Pais pelo que os mesmos possam consultá-lo em formato digital sempre que surjam dúvidas.

Palavras-Chave

Capacitação Parental (*Parental empowerment*), Alta Hospitalar (*Hospital Discharge*), Criança (*child*), Unidade de Cuidados Intensivos (*Neonatal Intensive Care Unit*)

Objetivo

Uniformizar práticas e procedimentos e melhorar os cuidados prestados ao RN de modo a capacitar os Pais na prestação de cuidados ao seu filho.

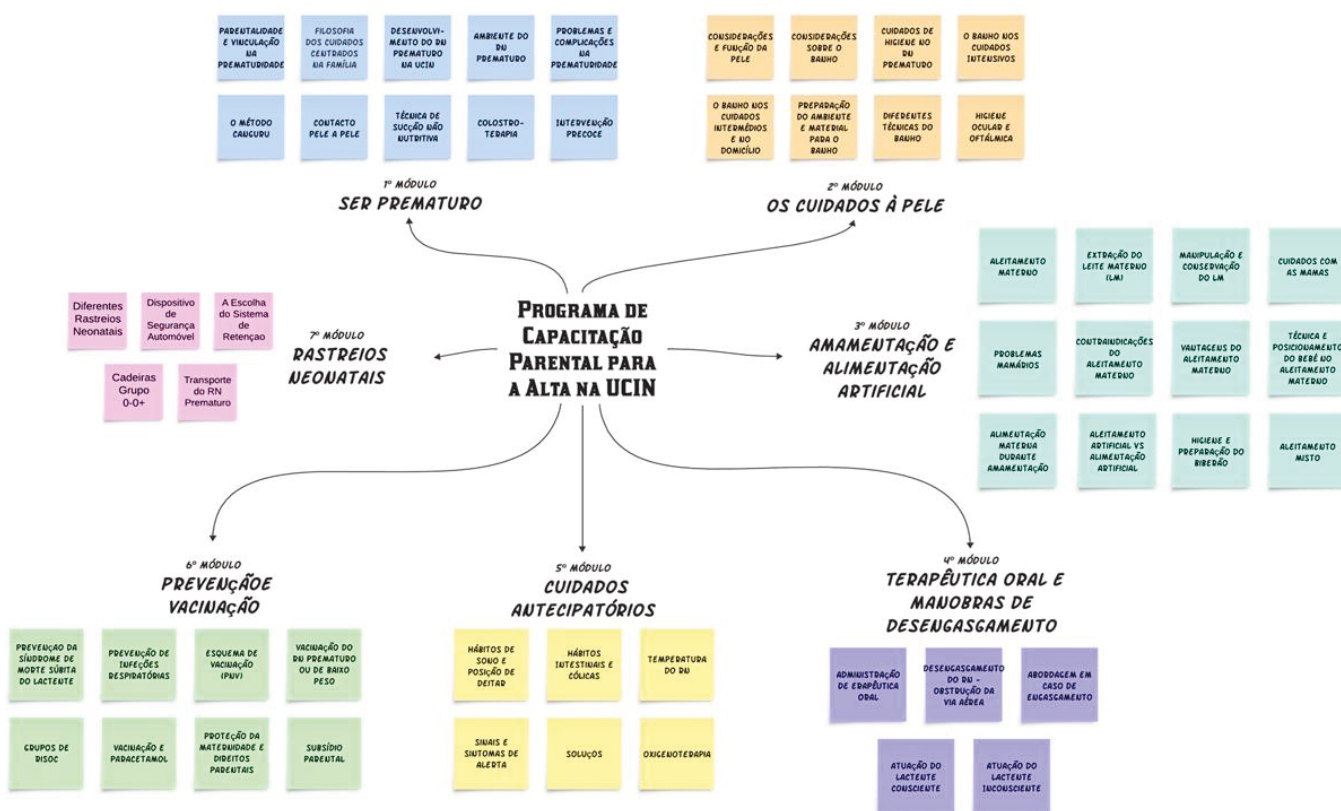


Figura 1 – Apresentação dos Módulos desenvolvidos para o Programa de Capacitação Parental para a Alta na UCIN

Resultados

O programa apresentado ainda não se encontra implementado pelo que aguarda validação e poderá ser sujeito a alterações de melhoria. Através do mesmo pretende-se uniformizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem bem como promover a capacitação parental e promoção da autonomia dos pais. O Guia de Capacitação Parental destinado para os pais aguarda igualmente aprovação superior.

Conclusão

Uma das maiores dificuldades sentidas pelos pais após a alta do RN é manter a continuidade dos cuidados que o mesmo necessita o que torna a capacitação parental irrevogável nas práticas de enfermagem durante o internamento (Engenheiro & Carvalho, 2019). O momento da alta hospitalar simboliza uma nova etapa e também um desafio, na qual os pais são invadidos por diversos sentimentos e inúmeras dúvidas e inquietações. A capacitação parental deve ser preconizada e iniciada, sempre que possível, desde o início do internamento para que o enfermeiro consiga compreender atempadamente as necessidades dos Pais e as suas maiores dificuldades, de forma a colmatá-las e promover um regresso a casa em segurança.

Para facilitar este processo, é fundamental que os cuidados de enfermagem estejam uniformizados na equipa e que todos os enfermeiros demonstrem as mesmas práticas. Assim, toda a equipa de enfermagem poderá consultar este programa e desenvolver a mesma linha de pensamento, mediante a evidência científica atual, o que irá facilitar na transmissão de informação aos pais e conseqüentemente promover uma maior segurança e autonomia dos cuidados aos seus filhos.

Referências Bibliográficas:

- Engenheiro, O. & Carvalho, G. (2019). Ganhos em Saúde com o Projeto Cuidar: Capacitação dos pais de Recém-Nascidos Prematuros ou de Baixo Peso. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3) (pp. 1916-1932)
- Ferraz, L.; Fernandes, A.; Gameiro, M. (2022). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro: Estudo sobre as Práticas em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto e Contexto Enfermagem*(31).<https://www.scielo.br/j/tce/a/8MRMnbnRzygN3Rg9r3dSR5x/?format=pdf&lang=pt>
- Fonseca, S., Silveira, A., Franzoi, M., Motta, E. (2019). Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. *Enfermería: Cuidados Humanizados* 9, 2. 170-190. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n2/2393-6606-ech-9-02-170.pdf>

ANEXO XI –

“Certificado de Presença no 51º Congresso Português de Neonatologia”

Certificado de Presença

O Póster intitulado

Programa de capacitação dos pais para a alta na UCIN

foi selecionado como póster eletrónico

no 51º Congresso Português de Neonatologia que

decorreu em Tomar nos dias 23 e 24 de novembro de 2023

O trabalho apresentado tem como autores:

**Neusa Pedrosa / Cláudia Pires / Cátia Matias / Sofia Aguilhar
/ Mafalda Ribeiro / Maria Fernandez / Graça Roldão**

CHULN – Hospital de Santa Maria



Ugab mecomimoro -
Dr.ª Gabriela Mimoso
Presidente SPN