



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Ana Marlene Teixeira de Sousa

Porto – Março de 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Ana Marlene Teixeira de Sousa

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – Março de 2020

RESUMO

O presente relatório integra a Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Porto. O Estágio Final decorreu em unidades de referência e em três contextos distintos, na Neonatologia, na Urgência Pediátrica e no Internamento Pediátrico, no período compreendido entre 9 de setembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020, totalizando a realização de 750 horas de trabalho, das quais 360 horas de contacto, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminários e ainda 350 horas de trabalho individual.

O relatório tem como finalidade demonstrar capacidade crítica e reflexiva do percurso realizado e explicar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências previstas no plano de estudos para o enfermeiro especialista e para o mestre em enfermagem, na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No presente documento estão enumeradas as competências supracitadas, os objetivos específicos e pessoais traçados, as atividades desenvolvidas com vista ao alcance dos mesmos e uma reflexão clara e aprofundada da assistência desenvolvida, associada à fundamentação teórica.

As competências encontram-se subdivididas em quatro domínios de atuação do enfermeiro, sendo eles, prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação em enfermagem. Com particular ênfase foi desenvolvida a assistência especializada onde os objetivos e as atividades visaram a maximização da saúde da criança e família, a prestação de cuidados à criança e família em situações de especial complexidade, o incentivo à parceria de cuidados, o apoio na transição para a parentalidade, a promoção da vinculação e ligação mãe/pai filho, o incentivo à amamentação e a avaliação e controlo da dor na criança.

Ao longo do percurso demonstrei, nos diferentes contextos, possuir as competências intrínsecas a esta área de especialização, com características tão singulares, que é a Saúde Infantil e Pediátrica.

A metodologia utilizada foi descritiva e crítico-reflexiva e fundamentada por pesquisa bibliográfica.

Palavras-Chave: Enfermagem; Criança; Família.

ABSTRACT

This report is part of the curricular unit: Final Placement and Report of the nursing's master degree specialized in children and paediatric health of the Science and Health Institute of Universidade Católica Portuguesa – Porto.

This final placement was held in different reputable wards and in three distinct contexts: Neonatology, Paediatric Emergency and Paediatric Inpatient, between the 9th of September of 2019 and the 4th of January of 2020. This placement had 750 working hours in which 360h were practical, 20h were tutorial guidance, 20h were seminars and 350h were for individual work.

This aim of this report demonstrate critical and reflexive skills acquired as part of this placement, as well as explaining the process of acquisition and development of the expected skills described in the plan for the specialist nurse and for the master nurse of Children and Paediatrics health.

The report describes the above-mentioned skills, the specific and individual goals as well as the corresponding steps to achieve them and a clear and in-depth reflexion of the assistance developed according the theoretical foundation.

The skills are subdivided in four nurse's action areas, being care provision, management of care, training and nursing research. Particular emphasis was given to the development of the specialised assistance with the aims and practices seeking maximise children's health, the care given to the children and the family in complex situations, the promotion of care partnership, the proper care given in each stage of development of the child parental transition support, the promotion of the bond between mother/father and child, breastfeeding encouragement, and evaluation and control of the child's pain.

Throughout this course, I proved in all different learning contexts to have intrinsic skills in this so particular speciality that is children and paediatric health.

The methodology used was descriptive, critical-reflective and based on bibliographic research.

Key-Words: Nursing; Child; Family.

*“Viva como se fosse morrer amanhã.
Aprenda como se fosse viver para sempre.”*

Mahatma Gandhi

SIGLAS E ABREVIATURAS

AES – Ação de Educação para a Saúde

CEC – Cateter Epicutâneo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

EEG – Eletroencefalograma

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JI – Jardim-Infância

NIDCAP – Newborn Developmental Care and Assessment Program

OBS – Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PL – Punção Lombar

PLS – Posição Lateral de Segurança

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SBV – Suporte Básico de Vida

TIP – Transporte Inter-Hospitalar

TOT – Tubo Orotraqueal

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

VAFO – Ventilação de Alta Frequência Oscilatória

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS	19
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	23
3.1. NEONATOLOGIA.....	23
3.2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA	24
3.3. INTERNAMENTO PEDIÁTRICO	25
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	27
4.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	27
4.2. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS	53
4.3. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	56
4.4. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	58
5. CONCLUSÃO	61
6. BIBLIOGRAFIA.....	62
APÊNDICES.....	69
APÊNDICE I – Ação de Educação para a Saúde: Comportamentos Aditivos sem Substância – Dependência de Ecrãs	70
APÊNDICE II – Ação de Formação: Distrofia Muscular de Duchenne	103
APÊNDICE III – Adesivos Personalizados.....	137

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no decurso da Unidade Curricular - UC: Estágio Final e Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Pretende representar uma descrição e reflexão do percurso realizado ao longo da UC. A base para a realização do estágio corresponde ao atingimento dos objetivos gerais definidos pelo plano de estudos do curso, nomeadamente demonstrando:

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

O âmbito de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – ESSIP distingue-se, *à priori* pelo alvo dos seus cuidados, um binómio indissociável, a criança e a família. Precisa atender às características próprias de cada criança, como ser vulnerável, com diferentes graus de dependência e autonomia. Ao passo que, aproxima e integra os pais/família na prestação de cuidados, procurando através da educação e aconselhamento, obter um parceiro nos cuidados. Considera e respeita crenças e características sociais e culturais da criança e família. Adequa a prática aos contextos *“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.” (Diário da República, 2019)

A escolha dos locais de estágio, embora não tenham sido favoráveis geograficamente relativamente à área de residência e ao local de trabalho atual, constituem parte integrante de um hospital central e os contextos representam locais de referência na área de atuação, na região norte do país. Representam por isso, uma mais-valia na aquisição de conhecimentos, habilidades, experiências e competências, oferecendo um contributo singular para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A elaboração do presente documento, tem como objetivos:

- Espelhar o percurso realizado ao longo do estágio, apresentando as atividades que permitiram atingir os objetivos específicos traçados e desenvolvimento das competências previstas no plano de estudo para o enfermeiro especialista e para o mestre em enfermagem, na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Demonstrar capacidade critico-reflexiva do percurso realizado;
- Constituir um instrumento de avaliação e dar resposta a uma exigência da Unidade Curricular.

O relatório tem por base a metodologia descritiva e reflexiva, assente nas experiências vivenciadas, nas competências desenvolvidas e nos conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso, complementados com a evidência científica mais atual, através da pesquisa bibliográfica realizada e partilha de saberes e experiências por parte dos EESIP presentes em cada contexto.

No que respeita ao aspeto estrutural deste relatório, para que a exposição das experiências vivenciadas seja sucinta e compreensível, optei por realizar uma introdução, de forma a contextualizar o trabalho, seguido da descrição de competências previamente adquiridas, nomeadamente no estágio realizado no 2º semestre, do 1º ano do curso, seguido de uma abordagem geral aos contextos de estágio, posteriormente encontram-se enumeradas as competências supracitadas subdividida em quatro domínios de atuação do enfermeiro: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação em enfermagem, os

objetivos específicos e pessoais traçados, as atividades desenvolvidas com vista ao alcance dos mesmos e uma reflexão clara e aprofundada da assistência desenvolvida, associada à fundamentação teórica. Finda com a conclusão e apresentação da bibliografia utilizada.

2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

A minha experiência profissional, teve início no ano 2015 e tenho vindo a exercer em diversos contextos da prática. Inicialmente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI, posteriormente, em ambiente hospitalar no serviço de pediatria e atualmente no serviço de medicina interna. Embora a experiência em contexto de saúde infantil e pediátrica seja curta (seis meses), esta guiou-me até este percurso, despertando em mim a ansia de saber mais e fazer mais e melhor, e desde logo, investir numa das competências descritas no plano de estudos **“manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”**.

Forneceu-me ferramentas e dotou-me de competências para a assistência a crianças e jovens saudáveis e em situação de doença aguda e/ou crónica, uma vez que o hospital onde exercia funções pratica uma dinâmica diferenciadora, existe apenas uma grande equipa de enfermeiros na pediatria, que presta cuidados, de forma rotativa, no internamento pediátrico, urgência pediátrica e consulta externa pediátrica. O que me colocava diante das mais diversas situações, mais ou menos complexas, agudas, crónicas, cirúrgicas, médicas e vigilância de saúde infantil.

No decorrer do presente curso, no segundo semestre, realizei estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários - CSP, contexto este, um pouco desconhecido para mim. O estágio compreendeu um período de trabalho em Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC (70% do tempo de contacto – 129 horas) e em Unidade de Saúde Familiar - USF (30% do tempo de contacto – 56 horas). Neste estágio a obtenção e desenvolvimento de competências foi uma constante e saliento dois domínios que ressaltam numa retrospectiva, o da prestação de cuidados e o da formação em enfermagem.

No que concerne à prestação de cuidados foi uma experiência riquíssima, tive a oportunidade de assistir crianças e jovens de todas as faixas etárias, na USF realizei consultas de vigilância de saúde infantil/juvenil desde os 3 meses até aos 17 anos e na UCC realizei e assisti no desenvolvimento de Ações de Educação para a Saúde – AES do Jardim-de-Infância - JI até ao 9ºano. O contacto com esta diversidade de faixas etárias permitiu-me observar a forma de estar e comunicar e perceber o que capta mais a atenção de cada uma. Procurei informação

e estratégias de comunicação que me permitissem aperfeiçoar as competências comunicacionais, com o intuito de conseguir passar a mensagem pretendida a todos com quem contactei e que foram alvo dos meus cuidados e desta forma, atingir a competência **“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”**.

No contexto da saúde escolar desenvolvi competências no âmbito da educação para a saúde, tendo tido a oportunidade de participar, auxiliar e desenvolver várias ações de educação para a saúde, nomeadamente:

- Participei na atividade Hospital dos Brinquedos (JI e 1º Ciclo), onde se pretendia através da brincadeira de cuidar dos brinquedos desmistificar os cuidados de saúde;
- Assisti à AES Suporte Básico de Vida – SBV e Primeiros Socorros (9ºano), curso teórico-prático que pretendia dotar os participantes de conhecimentos e técnicas, nomeadamente reanimação cardiopulmonar através de compressões torácicas e insuflações, conhecer o algoritmo de SBV, Posição Lateral de Segurança – PLS e atuação em caso de obstrução da via aérea;
- Assisti à AES Violência no Namoro (6ºano), que tem como principal objetivo dar a conhecer fatores de risco muitas vezes ignorados e soluções de apoio em caso de violência;
- Assisti à AES Sexualidade – Caixa de Perguntas (6ºano), os alunos escreveram de forma anónima as suas dúvidas sobre o tema, dúvidas essas esclarecidas ao longo da ação;
- Participei nas atividades do Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar – PASSE (1º ciclo) que decorreram no contexto das comemorações do dia da criança e tem como principal objetivo dotar os participantes de conhecimentos sobre alimentação e incentivar a adesão a um regime alimentar equilibrado, diversificado, saudável;
- Desenvolvi uma AES (Apêndice I) com o tema Comportamentos Aditivos sem Substância – Dependência de Ecrãs (JI e 1ºciclo), onde os objetivos educacionais se prendiam ao repensar sobre a utilização dos tempos livres; perceber qual o limite máximo de tempo (em horas) aconselhado e perceber as vantagens e desvantagens da utilização dos ecrãs (TV, telemóvel, tablet, computador...).

Na realização de consultas de saúde infantil, na USF, apliquei a filosofia de cuidados de saúde antecipatórios e desenvolvi competências no âmbito da vigilância da saúde infantil, onde os principais focos de avaliação e intervenção foram o desenvolvimento infantil, a adesão à vacinação e a parentalidade.

O desenvolvimento de competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade, aconteceu paralelamente em ambos os contextos, quer com a participação no curso de preparação para o nascimento e parentalidade (UCC), quer através do apoio e esclarecimento de dúvidas e receios no âmbito da consulta de saúde infantil.

Um aspeto fulcral foi poder observar e auxiliar *in locu* o desempenho do papel do EESIP na área assistencial de cuidados de saúde primários: nas diferentes dinâmicas assistenciais do enfermeiro especialista, nomeadamente na Equipa Local de Intervenção – ELI.

Em relação ao domínio da formação, foi-me possível desenvolver competências na área de formação ao grupo de pares. Identifiquei a necessidade, junto da equipa de enfermagem, de atualizar conhecimentos aquando a referenciação de um jovem com uma patologia rara e realizei uma ação de formação (Apêndice II) com o principal objetivo de dotar os formandos de conhecimentos sobre a patologia – Distrofia Muscular de Duchenne e atualizar o conhecimento em enfermagem integrando as últimas evidências na assistência de enfermagem. Com a realização da ação de formação alcancei três das competências propostas **“Identificar as necessidades formativas na área da EESIP; Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e Promover a formação em serviço na área de EESIP”**.

Ainda no âmbito da UCC participei nas V Jornadas da Saúde em Contextos Educativos, onde me foi possível absorver o conhecimento partilhado por grandes especialistas na área da saúde, ensino e desporto. E foi tão gratificante perceber que a maioria dos temas apresentados pelos painéis¹ foram completamente de encontro ao trabalho que realizei na UCC sobre os comportamentos aditivos sem substância – dependência de ecrãs e

¹ **Painel 1: “Brincar é preciso”:**

- Do declínio de Brincar ao crescimento da psicopatologia na criança e adolescente
- BRINCAR é um assunto @sério

Painel 2: “Atividade Física e Criatividade: Pilares do Desenvolvimento Infantil/Juvenil”:

- Exercício físico e performance cognitiva – impacto no desempenho escolar
- Brincar, a importância da criatividade

Painel 4: “Jogar é Saúde”

- O papel dos jogos de tabuleiro no desenvolvimento intelectual e na socialização

pretendiam, também, uma reflexão sobre a ocupação dos tempos livre, a importância da brincadeira e fundamentalmente o benefício da atividade física para as crianças e como estas ações podem potenciar ou condicionar o seu desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Estágio Final decorreu no período compreendido entre 9 de setembro de 2019 e 4 de janeiro de 2020 e contemplou três contextos distintos, Neonatologia, Urgência Pediátrica e Internamento Pediátrico.

Iniciei este percurso na Neonatologia, no período compreendido entre 9 de setembro e 5 de outubro 2019, com concretização de 90 horas de contacto, posteriormente, Urgência Pediátrica, no período compreendido entre 7 de outubro e 2 de novembro 2019, com cumprimento de 90 horas de contacto e finalizei no Internamento Pediátrico, no período compreendido entre 4 de novembro 2019 e 4 de janeiro 2020, com realização de 180 horas de contacto.

A escolha dos locais de estágio surgiu como um desafio a que me auto propus e demonstraram ser, tal como ambicionava, fontes inesgotáveis de experiências e locais de partilha constante de conhecimento, contribuíram, de forma expressiva para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

3.1. NEONATOLOGIA

O serviço de neonatologia foi criado em 1992 e é o mais diferenciado da região norte do país, o único certificado pelo programa NIDCAP e que atua como um centro de referência no acompanhamento a recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer e com patologias cirúrgicas e/ou cardíacas.

Acolhe não só recém-nascidos nascidos no próprio hospital, como recém-nascidos de alto risco provenientes de outros hospitais.

Engloba na mesma área física, em *open space*, os cuidados intermédios e os cuidados intensivos. Dispõe de 9 unidades de cuidados intensivos e 8 de cuidados intermédios, perfazendo um total de 17 vagas. No centro da unidade situa-se uma área de trabalho dos enfermeiros, onde se realizam as passagens de turno e onde estão disponíveis vários dispositivos informáticos, computadores, impressoras e monitores, o que possibilita a realização de registos informáticos não descurando a atenção aos neonatos e à sua

monitorização cardiorrespiratória. Para além desta área, os enfermeiros dispõem de mais duas salas para preparação de medicação e seu armazenamento.

O serviço é ainda composto por uma sala de médicos, uma sala para os pais, onde estes podem descansar, um “cantinho da amamentação” onde as mães podem tranquilamente retirar o seu leite materno, identificar e armazenar em local próprio, uma sala de auxiliares, copa, armazéns, gabinete da diretora de serviço, gabinete da enfermeira chefe e vestiários/balneários para os profissionais de saúde.

A equipa de enfermagem que assegura os cuidados neste serviço é altamente qualificada, sendo que a maioria dos profissionais possuem uma vasta experiência em neonatologia e 53% destes, são enfermeiros especialistas, quer na área de saúde infantil e pediátrica (21 enfermeiros), como na área de saúde materna e obstétrica (2 enfermeiros) e na área de reabilitação (1 enfermeiro). Beneficiam ainda de ter elementos que são conselheiros de aleitamento materno.

3.2.URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O serviço de urgência pediátrica nasce em 1988 e é referência de toda a assistência pediátrica urgente e emergente da região norte do país, recebendo crianças até aos 17 anos e 364 dias de vida.

Encontra-se organizado quase como por “circuito” facilitando a mobilização das crianças no serviço, primeiramente, tem uma área de receção e administrativa, logo após a sala de emergência e paralelamente a área de triagem, sala de espera, gabinetes médicos e de enfermagem, área de observações e uma sala onde as crianças permanecem sob vigilância, após observação médica, maioritariamente a realizar os tratamentos prescritos.

A sala de emergência dá também lugar a sala de apoio à equipa de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico – TIP onde os elementos permanecem, armazenam e organizam o material.

O sistema de triagem utilizado também é diferenciador, é aplicada a triagem canadiana pediátrica, que se pretende um processo rápido de avaliação e tomada de decisão. Compreende 3 fases decisivas, o olhar crítico – assente no triângulo de avaliação pediátrico (nível de atividade e consciência; esforço respiratório; circulação/cor do doente), colheita de dados/seleção da queixa principal e aplicação de modificadores (sinais vitais). Deve ser tido em consideração a dor (como fator determinante), a idade e os fatores de risco associados. (DGS, 2015)

Existem casos em que o enfermeiro triador após avaliação percebe que a segurança da criança pode não estar assegurada em detrimento do tempo previsto de espera, nesses casos, pode aumentar o nível de prioridade obtido no culminar do processo, justificando-o. Exemplos destes casos são crianças transplantadas, prematuros, crianças com atraso de desenvolvimento psicomotor, vítimas de maus tratos e em risco de segurança, entre outros.

No final do processo de triagem é atribuído um nível, que se traduz em cor, de entre os cinco existentes (nível 1/vermelho- emergente; nível 2/laranja – muito urgente; nível 3/amarelo – urgente; nível 4/verde – pouco urgente e nível 5/azul – não urgente). (DGS, 2015)

O serviço de urgência pediátrica é assegurado por uma vasta equipa de enfermeiros com vários anos de experiência na área de urgência pediátrica, 42% destes especialistas em saúde infantil e pediátrica (20 enfermeiros).

Os enfermeiros encontram-se organizados por equipas, e nessa equipa, por turno, os elementos são distribuídos pelos diferentes sectores, sendo que o chefe de equipa atua como elemento circulante e auxilia na gestão de cuidados e recursos materiais e humanos.

3.3.INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

O serviço de internamento pediátrico nasce em 1959 e atualmente encontra-se designado como pediatria médica. Atua como serviço de referência a norte do país, no que respeita à assistência de crianças e jovens (até aos 17 anos e 364 dias) em situações de doença aguda e/ou crónica.

Possui um total de 24 vagas distribuídas por 7 enfermarias, 3 quartos de isolamento, 1 quarto para realização e monitorização da criança aquando realização de eletroencefalograma – EEG, casas de banho para as crianças, um gabinete do enfermeiro chefe, gabinetes médicos, sala de reuniões, secretaria e portaria, armazéns de material, sala de limpos e sala de sujus.

Os enfermeiros dispõem de uma sala de trabalho, onde ocorre a passagem de turno e onde realizam os registos informáticos, uma sala de preparação e armazenamento de medicação e uma sala para realização de procedimentos invasivos.

Para as crianças existem espaços de distração e convívio, uma sala de atividades, equipada com jogos, televisão, livros, brinquedos e onde podem participar nas atividades dinamizadas pelas educadoras e voluntárias. E um refeitório onde sempre que possível podem realizar as suas refeições.

O serviço oferece ainda três copas, uma para profissionais, uma para os pais e uma onde são armazenadas e/ou preparadas refeições, papas e leites para as crianças.

Os pais podem usufruir também de cacifos para guardar os seus bens e um balneário.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) clarifica *“enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela Ordem”* (REPE, 1996) A realização do estágio em diversos contextos da área de intervenção do EESIP, visa exatamente a aquisição e desenvolvimento de também distintas competências. Competências essas que representam um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se espera serem desempenhadas e adequadas em função das necessidades de saúde identificadas, dentro do campo de intervenção da sua área de especialidade.

As competências enumeradas ao longo do capítulo constituem parte integrante do plano de estudos do curso de mestrado e encontram-se agrupadas em quatro domínios de atuação do enfermeiro: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. São apresentados os objetivos pessoais e específicos definidos para os contextos e as atividades desenvolvidas com vista ao seu atingimento. Seguidos de uma reflexão crítica e aprofundada da assistência desenvolvida, associada à fundamentação teórica.

4.1.DOMINIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

No âmbito da prestação de cuidados especializados na área de saúde infantil e pediátrica, o enfermeiro assume como beneficiário dos seus cuidados o binómio criança-família, estabelece uma parceria de cuidados com vista à maximização da saúde e adequada ao desempenho da parentalidade, presta cuidados específicos à criança atendendo às características próprias, às necessidades decorrentes do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, e é capaz de reconhecer e a atuar em situações de especial complexidade. (Diário da República, 2018)

Competência:

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

Objetivo Específico:

- Conhecer a estrutura, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem;

Atividades Desenvolvidas:

- Realizei visita guiada aos serviços;
- Conheci os profissionais que constituíam a equipa multidisciplinar;
- Atentei à dinâmica do serviço e à função de cada elemento da equipa multidisciplinar;
- Consultei normas e protocolos do serviço.

Descrição e Reflexão:

Nos três contextos, no primeiro dia de estágio, fui recebida pelo Enfermeiro Chefe, que procedeu à apresentação do espaço físico e dos profissionais presentes, esclarecendo a dinâmica organizacional e as suas particularidades.

As equipas multidisciplinares acolheram-me generosamente, fui muito bem recebida em todos os locais e pude beneficiar do contacto com profissionais de grande sabedoria e experiência, que gentilmente partilharam saberes e experiências comigo. Este facto de ser bem recebida e experimentar o sentido de pertença à equipa foi sem dúvida um fator potenciador da minha motivação e do meu desempenho no estágio.

Adotei uma postura de competência, responsabilidade, interesse e recetibilidade, com uma enorme vontade de experienciar situações novas e adquirir conhecimentos e competências em cada oportunidade. Esta postura permitiu-me conquistar a confiança dos profissionais e estar mais próxima destes, que a dada altura já me procuravam quando surgiam situações interessantes e/ou novas e valorizavam a minha cooperação.

Realizei pesquisa das normas e dos protocolos de cada serviço com vista a integra-los na prática de cuidados. Quando uma equipa atua de forma consistente e similar transmite maior grau de confiança à criança e aos pais/pessoa significativa e conseqüentemente obtém maior aceitação e envolvimento nos cuidados.

Dada a natureza e complexidade dos contextos, é imprescindível interagir com a totalidade da equipa multiprofissional, tal como se encontra descrito e regulado pela Ordem dos Enfermeiros, 2002, *“O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”*.

Nesta interação constante é fundamental zelar por manter uma comunicação eficaz, no sentido de não existirem perdas de informação relevante para o processo e é fulcral saber e respeitar as funções e os limites de atuação de cada profissional, promovendo um bom ambiente de trabalho e a maximização dos cuidados.

Competência:

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

Objetivo Especifico:

- Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família nos diferentes contextos;

Atividades Desenvolvidas:

- Utilizei técnicas de comunicação tendo em conta a faixa etária e o nível de desenvolvimento;
- Respeitei as crenças e a cultura das crianças e famílias de diferentes nacionalidades;
- Incentivei a comunicação expressiva de emoções.

Descrição e Reflexão:

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE[®] versão 2015 comunicação diz respeito ao “*Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados*”, tal como descrito, é um comportamento interativo e não se pretende unidirecional.

A estratégia mais utilizada nos contextos é a entrevista, que se distingue da conversação por ter objetivos e propósitos claros. Sendo eles, a obtenção de informações que permitem individualizar a pessoa, a sua forma de encarar os problemas, a necessidade de ajuda, a reação ao aconselhamento. E embora os pais estejam no centro desta técnica – a entrevista, procurei manter a comunicação com a criança e dar sempre que possível lugar para se tornar um participante ativo. Respeitando e tendo em conta, a faixa etária, o nível de desenvolvimento e tendo presente que o seu contributo é fundamental pois as crianças constituem a melhor e mais fidedigna fonte de informação sobre os seus sentimentos e experiências. (Santos, Silva, Depianti, Cursino, & Ribeiro, 2016)

A comunicação surge na forma verbal, não-verbal e abstrata, tive por isso atenção para que nenhuma das formas atua-se como bloqueador, isto pode acontecer quando fornecemos informação excessiva ou quando formulamos julgamentos “*Frequentemente os próprios preconceitos e suposições dos enfermeiros, que podem incluir estereótipos raciais, religiosos e culturais, influenciam a sua perceção do comportamento dos pais. O que (...) podem interpretar como hostilidade passiva ou falta de interesse dos pais pode ser a expressão de timidez ou de ansiedade*” (Hockenberry & Wilson, 2014)

No âmbito da assistência em enfermagem a comunicação surge como elo entre a criança, a família e o enfermeiro, permitindo o diálogo e despertando o sentimento de segurança e confiança na criança e família, independentemente do contexto. Atendendo a esta premissa todas as formas de comunicação devem ser consideradas para que barreiras possam ser

derrubadas e se crie uma relação terapêutica com vista à diminuição dos medos e à possibilidade de proporcionar o apoio e a ajuda necessários. O estabelecimento de comunicação com características terapêuticas só é possível quando a base é o respeito pela criança como ser humano, único e individual, inserido numa família com necessidades físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais próprias. A comunicação deve ser encarada pelo enfermeiro como uma das necessidades de saúde a ser atendida durante o processo assistencial. (Martinez, Tocantins, & Souza, Comunicação e Assistência de Enfermagem à Criança, 2010)

Independentemente do local, consulta, urgência, internamento, o ESIP deve ter presente que a criança vivencia uma situação de *stress* por se encontrar num ambiente novo, com pessoas estranhas e repleto de restrições, e recorrer às estratégias de comunicação como instrumento a utilizar, nomeadamente, a fala, o cuidado, a atitude, o toque, o olhar, os gestos, a componente lúdica e a brincadeira. (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013)

Ao longo do estágio entendi a comunicação como fator potenciador da qualidade dos cuidados e beneficiei da oportunidade de cuidar de crianças de diversas faixas etárias para procurar a aquisição e desenvolvimento de competências comunicacionais, tentando utilizá-las como mais-valia na conquista da confiança e da cooperação das crianças e famílias.

Aquando o contacto com Recém-Nascido – RN, atendi às suas singularidades, nomeadamente à forma como comunicam “*O choro é a linguagem universal dos bebés e é através dele que exprimem as suas necessidades. É a forma mais precoce de comunicação. Nos primeiros meses de vida, o choro, o tónus muscular, o olhar, o movimento corporal, tudo é linguagem. É deste modo que o bebé expõe, à sua maneira, as suas necessidades, sentimentos e sensações*” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016) e procurei em cada contacto proporcionar conforto através de carícias, do aconchego e do som da voz calma. Face à necessidade de pegar ao colo tive o especial cuidado de permitir o contacto visual com os pais.

Nas crianças recorri à brincadeira, compreendendo que “*brincar é a linguagem universal da criança. É uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta.*” (Hockenberry & Wilson, 2014) Para isso, utilizei metáforas que equiparavam o RX às fotos, expliquei no seu peluche/boneca o procedimento que iríamos fazer e recorri a jogos para conquistar a sua atenção e envolvência no cuidado. A criança quando brinca expressa experiências pessoais e próprias e desenvolve uma atividade

espontânea. O brincar atua como elemento facilitador da interação com o meio que a rodeia. Desta forma, a presença de atividades lúdicas atuam como elo entre as crianças e o enfermeiro, um instrumento a utilizar com vista a facilitar e conduzir a comunicação no sentido dos objetivos pretendidos. (Souza, et al., 2012)

Ao passo que com os adolescentes procurei perceber se a presença dos familiares trazia conforto e segurança ou se por outro lado os constrangia, adaptando a minha postura a esse nível. Um dos aspetos que realcei foi a confidencialidade da conversa, o genuíno interesse pelo que estava acontecer e procurei encorajar a expressão de sentimentos, estando ciente que por vezes estão mais dispostos a discutir as situações com um adulto que não seja familiar.

Independentemente da idade da criança, recorri a estratégias facilitadoras como começar por me apresentar e registar o nome preferencial da criança, adotar uma postura empática, efetuar uma aproximação ponderada, um tom de voz tranquilo, confiante, ser honesta, dar tempo à criança para se sentir à vontade e recorri ao elogio para obter a sua atenção. (Hockenberry & Wilson, 2014) E considero que efetivamente consegui estabelecer uma comunicação eficaz em todos os contactos o que favoreceu a criação de relações empáticas e terapêuticas.

No que respeita aos pais, considerei a escuta como “*componente mais importante para efetivar a comunicação*” (Hockenberry & Wilson, 2014), dei espaço e incentivei a darem voz aos seus medos e receios, demonstrei-me disponível para prestar apoio, ser alguém com quem poderiam falar abertamente sobre tudo o que está implícito ao processo, esclarecer dúvidas e desabafar. Por outro lado, nos momentos de menor receptividade privilegiei o silêncio que precisam para processar algumas informações. “*O silêncio permite que o entrevistado expresse pensamentos e sentimentos e procure respostas às questões.*” (Hockenberry & Wilson, 2014)

Competências:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva acadêmica avançada;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN/criança/adolescente e família nos diversos contextos;
- Desenvolver competências para a assistência em situações de especial complexidade;
- Aprimorar competências técnicas no cuidado ao RN/criança/adolescente;
- Minimizar o impacto da hospitalização e promover o potencial de desenvolvimento da criança perante o internamento hospitalar;
- Gerir e controlar a dor, maximizando o bem-estar da criança e adolescente;

Atividades Desenvolvidas:

- Assisti crianças em situações de urgência e emergência;
- Prestei cuidados a RN instáveis nos intensivos da neonatologia;
- Desenvolvi competências técnicas no cuidado à criança;
- Implementei medidas para minimizar o impacto da hospitalização;
- Mobilizei e apliquei conhecimentos acerca da fisiologia, controle e gestão da dor em crianças;
- Recorri a medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e gestão da dor;

Descrição e Reflexão:

Na prática de cuidados em ambiente hospitalar, nomeadamente nos três contextos vivenciados, neonatologia, urgência pediátrica e internamento pediátrico, as situações presenciadas com elevado nível de complexidade foram inúmeras. Estas situações ditam-se como complexas não só porque remetem a um risco iminente de vida associado, como num caso do RN prematuro de muito baixo peso, mas também devido à imprevisibilidade das situações de emergência, às características particulares da criança, dificuldade ou incapacidade de expressar a dor, à inevitabilidade de um internamento hospitalar, que implica medos, receios, reorganização familiar e profissional por parte dos pais e o condicionamento da criança que vê uma limitação no desempenho das suas atividades de vida habituais.

As situações supracitadas merecem um olhar atento e de especial atenção, dado que, normalmente são situações de difícil gestão, que necessitam de intervenção e exigem, por parte dos enfermeiros, mobilização de competências para uma resposta adequada, tal como previsto no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Diário da República, 2018): *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (...) 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.”*

Aquando a realização do estágio, beneficiando dos locais propícios a aprendizagem, dos profissionais experientes e qualificados, do ambiente de constante troca de experiências e saberes e usufruindo do privilegiado papel de estudante, procurei ser participativa e absorver o máximo em cada situação que surgia, independentemente dos diferentes graus de complexidade associados. Fiz por usufruir de todas as oportunidades de desenvolver as competências técnicas inerentes ao cuidado à criança. Competências essas, que associadas ao conhecimento teórico, principalmente em situações de complexidade, potenciam os cuidados prestados, fazendo com que se revelem atempados, pertinentes e apropriados à situação.

Dada a riqueza e diversidade dos contextos tive oportunidade de assistir, auxiliar e realizar inúmeras técnicas específicas de cada contexto contribuindo assim para a aquisição e

desenvolvimento de competências, o que indiscutivelmente aumentou a minha autoconfiança e robusteceu o meu desempenho profissional.

No âmbito da neonatologia tive oportunidade de prestar cuidados nos cuidados intensivos a recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer, recém-nascidos no pré e pós cirurgia cardíaca, com Ventilação Mecânica Invasiva, nomeadamente com Ventilação de Alta Frequência Oscilatória – VAFO e na realização do desmame de Ventilação Mecânica Invasiva – VMI para Ventilação Não Invasiva – VNI, com feridas cirúrgicas, com drenos, a cumprir alimentação parentérica por Cateter Venoso Central – CVC, realizei transfusão de concentrado de eritrócitos, administração de medicação e fluidoterapia (por CVC, cateter epicutâneo – CEC e Cateter Venoso Periférico – CVP), entubação orogástrica e alimentação pela mesma, (...) e nos cuidados intermédios onde já se encontram mais estáveis do ponto de vista das funções vitais e as metas já são outras, nomeadamente, ganhar peso e aprender a conciliar simultaneamente o reflexo de sucção, deglutição e respiração e conseguir mamar espontaneamente pude prestar cuidados nesta fase e contribuir para esta transição para a alimentação espontânea.

Os RN prematuros dadas as suas características, carecem de cuidados especializados, atendendo a focos essenciais como o controlo de temperatura, integridade cutânea, risco de infeção e desenvolvimento cerebral. No que respeita ao controlo de temperatura, o RN prematuro ainda não apresenta formadas todas as camadas de gordura e a sua pele é mais fina, por isso a perda de água por evaporação é grande e o risco de arrefecimento corporal e hipotermia é uma constante, para controlar este processo ajustei a temperatura e a humidade das incubadoras, e reduzi a higiene do RN ao estritamente necessário recorrendo a água morna ou soro fisiológico e não a encarando como rotina. A sua pele fina torna-se muito frágil por isso tive em atenção, que não deve ser esfregada e tracionada, devem ser utilizados adesivos específicos para evitar lesões traumáticas, manter uma vigilância contínua e sempre que possível, realizar alternância dos locais de dispositivos como os *prongs* nasais e as sondas oro/nasogástricas evitando lesões por pressão e lesões tipo queimadura provocadas pelos sensores de monitorização de saturação periférica de oxigénio. O RN prematuro dada a imaturidade do seu sistema imunitário, o risco de infeção é substancialmente superior, pelo que cabe aos profissionais de saúde zelar pela prevenção de infeções nosocomiais, para isso, é imprescindível o cumprimento das normas e protocolos descritas pelo controlo de infeção, a lavagem e desinfeção das mãos, dos materiais, o cumprimento de norma asséptica na

realização de procedimentos invasivos são alguns dos exemplos de boas práticas. A sensibilização dos pais e de todas as pessoas que contactam com o RN, para o risco de infeção e para os cuidados a ter, também é fundamental. No âmbito das medidas para adoção de cuidados centrados no desenvolvimento cerebral falarei mais à frente, sobre a filosofia de cuidados NICAP adotada pelo serviço de neonatologia.

Em contexto de urgência tive oportunidade de prestar cuidados a crianças nos diversos locais subjacentes. Na triagem, segundo o sistema de triagem canadiano, onde os principais motivos de vinda à urgência foram febre, dor, dispneia e traumatismos por queda, o que me permitiu para além de classificar e admitir os doentes, realizar triagem avançada e iniciar uma série de intervenções protocoladas, antes da avaliação médica, como administrar terapêutica analgésica e antipirética, com vista ao alívio de sintomas. Na sala de observações – OBS onde prevaleciam as patologias médicas: pneumotórax, gastroenterite, infeções respiratórias, asma agudizada (...) e as patologias cirúrgicas: apendicectomias, orquidopexia, (...) e as intervenções mais frequentemente executadas diziam respeito a monitorização continua dos sinais vitais, realização de tratamento às feridas cirúrgicas e traumáticas, controle e gestão da dor, realização de inaloterapia, administração de terapêutica (oral, endovenosa, retal) e soroterapia. No gabinete de enfermagem pude realizar inúmeros procedimentos, tais como, punção venosa, aspiração de secreções, colheita de urina por algáliação ou por colocação de saco coletor e auxiliiei a realização de Punção Lombar – PL. Tive oportunidade de participar numa situação de emergência, em que uma criança de 7 anos foi vítima de trauma, dando entrada trazida pelo Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM com um enfisema pulmonar extensíssimo (da face até região supra púbica), foi estabilizada, realizada colocação de dreno torácico, colocado Tubo Orotraqueal – TOT para assegurar via aérea (atendendo ao desvio traqueal que apresentava, à dificuldade respiratória e ao risco de fratura), iniciada VMI e posteriormente transferida para Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos – UCIP.

No que diz respeito ao internamento pediátrico considero que, para mim, as situações mais sensíveis e com maior grau de complexidade correspondiam aos cuidados a crianças/adolescentes com doenças crónicas. Deparei-me com alguns casos, em fases diferentes quer de aceitação quer de autonomia. Acompanhei o caso de uma adolescente, de 15 anos, que é internada num contexto de cetoacidose diabética, com diagnóstico de Diabetes Inaugural, uma outra adolescente, de 15 anos, que dá entrada por distúrbio alimentar

(emagrecimento) associado a Doença de Crohn e uma adolescente, de 14 anos, que permaneceu internada durante todo o período de estágio por miocardiopatia dilatada com disfunção ventricular severa de instalação súbita, inscrita na lista de espera para transplante cardíaco.

Nos casos supracitados em específico, tentei adaptar os cuidados prestados, ao facto de estes indivíduos serem adolescentes e segundo a teoria das transições de Meleis, se encontrarem em dois processos de transição simultâneos, nomeadamente uma transição desenvolvimental e uma transição saúde-doença. (Silva M. A., 2011) Mantendo presente que a doença crónica *“persiste, geralmente, por mais de 6 meses, e também pode afectar o funcionamento do individuo em qualquer aspecto: a pessoa pode oscilar entre o funcionamento óptimo e sérias recaídas na saúde, que podem constituir uma ameaça à vida”* (Potter & Perry, 2006) e que a adolescência compreende um momento do desenvolvimento em que se experienciam inúmeras transformações, quer físicas quer psicológicas, tratando-se de um período de transição desenvolvimental da infância para a vida adulta, repleto de complexidade pela necessidade de adaptação à nova condição. (Rêgo, Bezerra, & Martinez, 2017)

Aliado ao diagnóstico de doença crónica encontram-se as alterações psicológicas dada a exigência física e emocional do tratamento, a alteração no quotidiano, a necessidade de reestruturação da dinâmica familiar, no que respeita a rotinas, divisão de tarefas e orçamento familiar e o receio da hospitalização no caso recaída/crises, que por si só está associada ao medo do afastamento dos amigos e da família. Por todas estas razões, o adolescente com doença crónica é naturalmente um doente mais suscetível a sofrer problemas do ponto de vista emocional. (Rêgo, Bezerra, & Martinez, 2017)

A adaptação a uma doença compreende cinco fases distintas, nomeadamente, negação, raiva, negociação, resolução e aceitação. O planeamento das intervenções precisa ter em conta que o doente está mais disponível para a aprendizagem aquando a fase aceitação. Estas fases são vivenciadas de forma subjetiva, não representam um processo linear, ou seja, não são sentidas obrigatoriamente na ordem apresentada. (Potter & Perry, 2006)

É neste sentido que residem os desafios intrínsecos ao papel do enfermeiro, de compreender o processo de transição, de assegurar o suporte e o apoio ao adolescente e à família, de prestar os cuidados adequados e paralelamente mobilizar todos os conhecimentos relacionados com os aspetos referidos. (Maas, 2006)

A hospitalização de uma criança representa sempre especial complexidade, pois aliados a ela vêm os seus maiores receios, a ansiedade da separação dos pais e pessoas significativas, a perda de controlo e de autonomia e a lesão corporal. Acresce a estas o medo do desconhecido ou pelo contrário a associação a experiências negativas vivenciadas em hospitalizações anteriores.

Com base nesta problemática identifiquei desde o início o objetivo de “Minimizar o impacto da hospitalização e promover o potencial de desenvolvimento da criança perante o internamento hospitalar” para o atingir logo aquando do momento de internamento realizei a recolha de dados e privilegiei os que me espelhavam a rotina das crianças, o seu nível de desenvolvimento, a alimentação, pessoas significativas isto para que o planeamento dos cuidados fosse sempre que possível baseado nos hábitos rotineiros da criança e família, nomeadamente, manter a hora do banho e das cestas, projetar a dieta eliminando os alimentos que a criança não gosta e desta forma limitar ao máximo as mudanças necessárias. Expliquei aos pais o horário de visitas, a possibilidade de permanência da mãe ou pai durante as 24 horas e em caso de impedimento, existir a hipótese de ser substituído por uma pessoa significativa para a criança evitando a angústia da separação. Incentivei a permanência junto da criança elucidando para os seus benefícios e dando a conhecer os apoios praticáveis e condições oferecidas pelo serviço (fornecimento de refeições para famílias que se enquadrem em critérios previstos na lei, copa para os pais realizarem refeições que tragam do exterior, chuveiro e cacifos para realizarem a sua higiene e guardarem objetos pessoais...).

Também, neste momento inicial, estimulei a interação com outras crianças e outros pais presentes, consciente que o estabelecimento de relações entre crianças e famílias constitui uma mais-valia no âmbito da permanência no hospital, permite partilha de experiências, distração, compartilha de sentimentos e angústias, criação de sentido de identificação e solidariedade com os pares.

Durante a hospitalização procurei, envolver os pais nos cuidados oferecendo mais segurança à criança, promover a liberdade de movimentos através da diminuição de dispositivos médicos ao estritamente necessário, sempre que possível, incentivei a ida à sala de atividades, possibilitando o contacto com outras pessoas e permitindo a realização de atividades lúdicas e manter e/ou potenciar a autonomia da criança, incentivando a realização de tarefas que faria normalmente em casa, exemplo: comer sozinha, tomar banho apenas

com supervisão, arrumar os brinquedos (...) evitando substituí-la e prevenir a estagnação ou regressão no âmbito do desenvolvimento “*a experiência hospitalar pode, na melhor das hipóteses, abrandar temporariamente o desenvolvimento e, na pior, adiá-lo permanentemente*”. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Paralelamente, e tendo em consideração a idade e o desenvolvimento, envolvi a criança nos cuidados, expliquei o procedimento antes da realização, sabendo que as crianças apresentam maior medo do desconhecido, permiti a participação da criança em todas as ações, por exemplo, colocar ela própria os adesivos e colar/descolar a braçadeira.

Integrei nos cuidados um dos aspetos mais importantes da vida da criança, a brincadeira, que atua como ferramenta eficaz na gestão de *stress*, realizei jogos, incentivei a visualização de desenhos animados na televisão ou telemóvel e realizei com o material existente (adesivo Mefix® e impressora do serviço) adesivos personalizados (Apêndice III) com os desenhos animados preferidos de cada faixa etária. A reação aos adesivos foi surpreendente, o receio das crianças parecia atenuado pela possibilidade de escolher o adesivo preferido e pelo orgulho de exibirem o adesivo aos pais e às outras crianças. Consegui uma adesão a esta prática completamente unânime, mesmo os adolescentes demonstraram apreço pela possibilidade de personalizar os adesivos dos cateteres e os elétrodos.

No que respeita ao medo de lesão corporal e dor, é transversal a todas as crianças e as suas consequências podem acompanhá-las até à idade adulta “*os adultos que vivenciaram mais o medo médico e a dor na infância, têm mais medo da dor médica, quando adultos, e tendem a evitar cuidados médicos*”. (Hockenberry & Wilson, 2014) Na prestação de cuidados à criança, o enfermeiro deve debruçar-se sobre este tema, valer-se do papel privilegiado que possui quer pela proximidade, quer pelo tempo de contacto e zelar para prevenir e/ou promover e intervir na gestão e controlo da dor. A avaliação, a prevenção e tratamento da dor representa uma obrigação prioritária na prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, quer pelas razões éticas, a criança/pessoa tem o direito de não sofrer, quer pelas razões fisiopatológicas e económicas associadas à dor, como faltar à escola, prolongar o internamento e aumentar a morbilidade. (Batalha L. , 2016) A Direção Geral de Saúde – DGS realça esta importância e em 2003 nomeia a dor como quinto sinal vital e identifica a sua avaliação sistemática como norma de boa prática. (Batalha L. M., 2013) “*O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável*

humanização dos cuidados de saúde. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais” (DGS , 2008)

“A avaliação da dor é das actividades mais complexas que os Enfermeiros desempenham”. (Batalha L. , 2016) Na criança a avaliação da dor é envolta em desafios, principalmente quando não existe possibilidade de expressar por palavras o que sente, de utilizar uma escala de autoavaliação para identificar a intensidade da dor. Nestes casos, a avaliação fica dependente da subjetividade de quem avalia, precisamos estar dotados de conhecimentos para identificar e reconhecer manifestações não-verbais de dor. Nomeadamente, na avaliação da dor nos RN, principalmente os RN prematuros, que devido à imaturidade das vias de controlo descendentes apresentam uma hipersensibilidade a estímulos dolorosos, é fundamental reconhecer as diversas respostas, de ordem fisiológica, através da alterações de parâmetros vitais como frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio, hormonais/metabólica, alterações analíticas referentes a catecolaminas, cortisol, glicemia e comportamentais, alterações do movimento corporal, expressão facial e choro. (Bastos, 2012) Dada a dificuldade, a DGS emitiu orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, em 2010, onde de forma sucinta e resumida nos ajuda na escolha da escala de avaliação da dor a utilizar. Atendendo às características particulares de cada criança e a estas orientações as escalas mais utilizadas nos contextos foram, para RN escala de dor de EDIN – Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau (que tem em conta cinco indicadores, rosto, corpo, sono, interação e reconforto), para crianças com idade inferior a 4 anos, FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), a partir dos 3 anos, Escala de faces de Wong-Baker, a partir de 4 anos FPS-R (Faces Pain Scale – Revised) e a partir dos 6 anos, utilizei a escala numérica. Para além disto, foquei a minha prestação de cuidados na prevenção da dor, no que respeita às técnicas e procedimentos e a prevenção pode ser realizada através de estratégias farmacológicas ou não farmacológicas. As mais frequentemente utilizadas por mim nos contextos foram, não farmacológicas: a utilização de glicose 30%, 2 minutos antes e se necessário, durante o procedimento, é eficaz para crianças até 1 ano; a sucção não nutritiva, dar a chupeta ao lactente, se este já a utilizar; a amamentação, permiti que o lactente permaneça ao seio materno durante e após o procedimento; e o reforço positivo, acordar com a criança o comportamento esperado e uma recompensa para esse comportamento, esta recompensa que pode ser um autocolante ou um certificado, acompanhado de um elogio e felicitações pela coragem. (DGS, 2012) No que respeita às medidas farmacológicas a prioridade foi evitar a dor e para isso utilizar o

anestésico tópico Emla® antes do procedimento, exemplo, inserção de CVP's e punções venosas e em situações de dor aguda administrei fármacos analgésicos e/ou sedativos previamente protocolados ou segundo prescrição médica.

Em suma, o controlo da dor exige uma abordagem multiprofissional, em que é da responsabilidade do enfermeiro identificar situações de dor, executar intervenções farmacológicas e não farmacológicas de acordo com os protocolos e prescrições, e vigiar regularmente de forma a comprovar a eficácia das intervenções, e se necessário transmitir à equipa que a dor permanece, visando o ajuste do tratamento, até alcançar uma boa gestão e controlo da mesma. (Bastos, 2012)

Competências:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Objetivos Específicos:

- Aprimorar conhecimentos e competências na área dos cuidados centrados no desenvolvimento;
- Desenvolver competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade;
- Prestar cuidados centrados no modelo de parceria de cuidados;
- Promover a capacitação dos pais e preparar o regresso a casa;
- Promover o processo de vinculação e a ligação mãe/pai filho;

Atividades Desenvolvidas:

- Mobilizei conhecimentos sobre os cuidados centrados no desenvolvimento e o programa NIDCAP;
- Apliquei a filosofia do programa NIDCAP na prestação de cuidados;
- Apoiei os pais na transição e no desempenho da parentalidade;
- Incentivei os pais a envolverem-se nos cuidados;
- Negocieei a parceria de cuidados com os pais;

- Incentivei à prática do método Canguru;
- Promovi o aleitamento materno;

Descrição e Reflexão:

O estágio realizado em contexto de neonatologia decorreu num serviço certificado pelo programa NIDCAP e por isso foi para mim, desde o início um objetivo desenvolver conhecimentos e competências na área dos cuidados centrados no desenvolvimento. Para isso, revi os conhecimentos previamente adquiridos, realizei pesquisa bibliográfica e no percurso de estágio aproveitei todas as oportunidades para partilhar ideias com as enfermeiras certificadas, para acrescentar experiências e possíveis contributos à pesquisa.

Desta forma e tendo presente que o papel do NIDCAP é *“minimizar o impacto no cérebro imaturo de todas estas influências negativas, e, ao mesmo tempo, promovendo ou facilitando os aspectos que o influenciam favoravelmente, poder melhorar o desenvolvimento do cérebro e consequentemente os resultados a médio e longo prazo”* (Guimarães H. , 2015) planeei e refleti sobre os aspetos a ter em atenção e em que pontos devia melhorar a minha conduta e postura, para potenciar os cuidados prestados, em busca do cuidado de excelência, potenciador do desenvolvimento cerebral. A primeira orientação que retive foi que os cuidados segundo a filosofia NIDCAP *“não obedecem a um protocolo, mas sim a linhas de orientação para cada recém-nascido. Sabemos que o que funciona bem para um bebé pode não funcionar para outro, e o que hoje se adequa a um bebé, pode no dia seguinte não se adequar. Os profissionais devem a cada momento saber interpretar os sinais dos recém-nascidos para orientar os cuidados, sendo fundamental a formação dos mesmos nesta área do conhecimento, dado que a observação cuidada é a chave para entender o comportamento do bebé, conduzindo à correta adequação dos cuidados aos sinais que ele apresenta.”* (Guimarães H. , 2015) Com base na filosofia de cuidados NIDCAP, direcionei a minha atenção para a observação da reação do RN face à inevitável manipulação, o que funcionava e o que não funcionava. E não consigo expressar por palavras o que senti ao observar como através da nossa mão e o “simples” ato de confortar, exercendo alguma contenção ajudava o RN prematuro a reorganizar-se e como isto era instantaneamente visível na postura e na monitorização cardiorrespiratória. Utilizei o termo inevitável, quando me referi à manipulação, porque dada a instabilidade dos RN, esta deve ser limitada ao mínimo, o que só é possível através do planeamento e concentração dos cuidados, foi isso que tentei realizar na prática de cuidados no estágio.

Os RN prematuros, vêm-se expostos precocemente a estímulos externos negativos, que constituem verdadeiros desafios ao seu cérebro imaturo, visto que, no decorrer da gestação estariam naturalmente protegidos pelo útero da mãe. Alguns exemplos de estímulos negativos são a luz, o ruído, o desconforto, a dor e o toque das mãos frias, por parte dos profissionais. De forma a reduzir o impacto destes estímulos e estando conscientes de que o comportamento adotado no interior da unidade de neonatologia interfere diretamente com o RN, os profissionais devem repensar a sua postura e comportamento tendo presente e aplicando estes conhecimentos. Precisei de fortalecer a minha capacidade de autoconsciência e autocontrolo dos atos automatizados que exercia diariamente. No que respeita ao contacto procurei aquecer as mãos antes de tocar no RN, realizei contenção com as mãos aquando a manipulação e realizei ninhos, com toalhas e lenções, que visam simular o espaço uterino, estimulando a sua reorganização e autorregulação. Quanto a estímulos luminosos, cobri a incubadora com uma manta, preferi a luz natural durante o dia e o uso de candeeiro de parede à luz do teto, durante a noite, preservando o ritmo circadiano e protegi os olhos do RN exposto a fototerapia. Para diminuir os estímulos sonoros, tentei fechar as portas da incubadora cuidadosamente, não pousar objetos em cima da incubadora, atender e desligar prontamente os alarmes, reduzir o tom de voz e não permitir a utilização de telemóveis dentro da unidade. Para promover a consciencialização existe, um sonógrafo na unidade, que indica o nível de ruído através de três cores verde, amarelo e vermelho.

A filosofia do programa NIDCAP defende os cuidados centrados no desenvolvimento do RN e na família *“O respeito pelo recém-nascido e família, na sua diversidade, salientando os pontos fortes, ser honesto nas informações, colaborar com a família em todos os aspectos que ela necessitar, favorecer o aleitamento materno, o contacto pele com pele e a parceria de cuidados, promover seminários de educação para pais e família, facilitar as atividades de apoio de pais para pais, a presença ilimitada dos pais nas unidades, a participação dos pais nos cuidados e na tomada de decisão, a participação nas visitas médicas, a transição para a alta e os cuidados no domicílio, o apoio de populações específicas, nomeadamente famílias rurais, estrangeiros e mães adolescentes, os cuidados paliativos e, por fim, o acompanhamento no luto...”* (Guimarães H. , 2015)

O conceito de cuidados centrados na família e de parceria de cuidados não constitui uma novidade para os enfermeiros, visto que, a importância reconhecida da atuação centrada na família, com envolvimento efetivo dos pais nos cuidados prestados à criança surge em 1988

por Anne Casey, através do modelo de parceria de cuidados. Este modelo é baseado no respeito e reconhecimento de experiência da família no cuidado à criança, apela à manutenção de rotinas familiares ao invés da prática de rotinas hospitalares, visando o reconforto possível. (Casey, 1995)

O supracitado modelo aponta a parceria como processo dinâmico, de constante negociação, considerando três intervenientes fundamentais, a criança, os pais e o enfermeiro, com vista na partilha de poder e conhecimentos, em busca de objetivos comuns e em concordância, promovendo a participação ativa de todos os parceiros nos cuidados. (Mendes & Martins, 2012)

Tendo plena consciência que a excelência dos cuidados prestados à criança e família se encontra na parceria negociada (Bastos, 2011) uma das minhas preocupações ao longo do estágio, passou por incentivar a permanência dos pais, o que vai de encontro à Lei nº 21/81 que declara como direito da criança hospitalizada o acompanhamento permanente do pai/mãe ou de familiar/pessoa significativa na impossibilidade de estes permanecerem junto da criança, (Assembleia da República, 1981) envolver os pais na prestação de cuidados, promover a sua participação de forma ativa e procurar a transmissão de saberes e competências. Na neonatologia, como representa um contexto mais complexo para os pais, inicialmente procurei incentivar os pais a auxiliarem, por exemplo, através do toque, posteriormente, incentivei e capacitei para a realização de atividades, como a avaliação da temperatura corporal, a troca de fralda e a alimentação por sonda naso ou orogástrica. O que gradualmente permitiu uma maior à vontade e envolvimento dos pais e conseqüentemente maior confiança e autonomia nos cuidados ao seu filho. Nos restantes contextos, a minha postura foi semelhante, respeitei o tempo necessário para interiorizar e processar as informações recentes, as atuais necessidades da criança e as características singulares associadas ao seu estado de saúde, avaliei a disponibilidade e interesse, ofereci apoio e incentivei a participação contínua e gradual dos pais nos cuidados, tendo em vista a sua capacitação e aquisição/reconquista de autonomia. Estas intervenções requerem sensibilidade e competências acrescidas por parte do enfermeiro, que necessita de comunicar de forma clara, realista e eficaz, permitindo, a expressão de emoções e vontades, ao passo que, necessita de avaliar e interpretar a capacidade e a habilidade demonstrada e adaptar a sua participação, permitindo progressivamente uma maior participação dos pais nos

cuidados, promovendo o empoderamento da família e conquista de autonomia nos cuidados à criança, sem que os pais sintam como uma imposição.

A implementação do modelo de parceria de cuidados, através dos seus pressupostos fundamentais: negociação de cuidados, identificação das perícias familiares, consideração pelos desejos, reconhecimento das necessidades, disponibilização de apoio, ensino e supervisão de forma contínua e comunicação permite ao enfermeiro construir uma relação terapêutica com a criança e família, baseada na proximidade e confiança, o que favorece, também, a preparação para o regresso a casa. (Ordem dos Enfermeiros , 2011)

A preparação do regresso a casa, deve ser planeada a partir do momento de admissão, com continuidade ao longo do internamento, e pressupõe a intervenção da equipa multidisciplinar. Corresponde a um processo contínuo e dinâmico, com a finalidade de facilitar a transição da criança para o domicílio ou um nível distinto de cuidados de saúde, assegurando a qualidade e continuidade dos cuidados. Um planeamento eficaz da alta hospitalar, reduz o tempo de internamento, o número de readmissões e assegura o processo de organização e adaptação da criança e família face à nova situação. Paralelamente, atua na minimização das dificuldades sentidas pela família no regresso a casa, maximização da segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar da criança.

Sempre que identificadas necessidades especiais, deve ser providenciado apoio social, de equipamentos e/ou materiais e efetuada a ligação com os profissionais que acompanharão na comunidade, por exemplo os cuidados de saúde primários. O sucesso deste processo estará diretamente relacionado com a capacidade de comunicação efetiva quer do enfermeiro com a criança e família, quer com os restantes elementos da equipa, o mesmo se encontra espelhado no Carta da Criança Hospitalizada datada de 1988, *“a equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados prestados a cada criança”*. (Ordem dos Enfermeiros , 2011)

A comunicação efetiva entre profissionais de saúde é classificada pela DGS como *“oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”* (DGS, 2017) e representa a base para transição dos cuidados de saúde. Esta transição acontece na passagem de turno, de forma oral, e na admissão ou alta hospitalar, através da realização de cartas de transferência e/ou alta. Corresponde a um momento de especial

complexidade, para que, não existam perdas ou erros de informação e que seja possível assegurar a continuidade e segurança dos cuidados.

No decorrer do estágio, principalmente no contexto de neonatologia e internamento pediátrico, tive a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do apoio à transição e ao desempenho da parentalidade. Segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão 2015, parentalidade, representa um foco de atenção por parte dos enfermeiros e implica *“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”* A Ordem dos Enfermeiros realça que tornar-se pai e mãe representa um dos maiores desafios enfrentados pelos seres humanos, dada a responsabilidade que acarreta, as mudanças que envolve e a adaptação implícita no seio familiar aquando o nascimento de uma criança. (Ordem dos enfermeiros, 2015)

O enfermeiro sendo o profissional mais próximo da criança e família assume um papel privilegiado no apoio aos pais, que se deparam com uma situação de transição e que procuram adaptar-se a este novo papel. Recorri a essa proximidade e à relação terapêutica que construí com os pais e assumi a responsabilidade própria do EESIP em promover a adaptação dos pais à parentalidade, e para isso, colaborei com a família na adaptação ao seu novo papel, proporcionando apoio, ensino, instrução e treino, transmitindo conhecimentos e habilidades, de forma a sentirem-se capazes e perceberem que são efetivamente os melhores cuidadores que o seu filho pode ter. (Ordem dos enfermeiros, 2015)

O processo de aquisição de competências e confiança, por parte dos pais, requer capacidade de gerir e compreender o comportamento da criança e aquisição de capacidades para a tomada de decisão e progressivamente a construção da sua própria parentalidade, com pleno direito à individualidade e diferença. Exige, do enfermeiro, uma atitude positiva, de apoio e encorajamento, e capacidade de identificar e salientar pontos fortes. Visando que os pais sejam confiantes, competentes e eficazes no desempenho do seu papel. (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010)

O processo de transição nunca é simples e linear, nenhuma preparação parece suficientemente completa para oferecer ferramentas de resposta às necessidades constantes

e imediatas da criança, com que os pais se deparam numa fase inicial, pelo que o enfermeiro deve atender que o processo se caracteriza “*pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes*” (Guimarães & Silva, 2016)

Encontram-se descritos na literatura fatores que afetam diretamente o processo de transição para a parentalidade e que devem ser tidos em conta aquando da assistência, nomeadamente, a idade dos pais, a qualidade da relação parental, a experiência prévia com cuidados a crianças, o envolvimento do pai nos cuidados, o sistema de suporte e recursos existentes, a quantidade de *stress* experimentado por um ou por ambos e as características individuais da criança (como o temperamento e as necessidades especiais). (Hockenberry & Wilson, 2014)

Como forma de contribuir para o processo de transição e desempenho da parentalidade, promovi o processo de vinculação e o estabelecimento da ligação mãe/pai e filho, recorrendo a estratégias primordiais como a realização do método Canguru e a promoção do aleitamento materno. A teoria da vinculação representa um fundamento do desenvolvimento socio-emocional, descreve que todos os seres humanos procuram a proximidade de um figura que transmita proteção e segurança e assim podem explorar o meio que os rodeia e desenvolver-se enquanto pessoas. É a criação de uma relação afetiva única, com estabelecimento de laços emocionais. (Ordem dos enfermeiros, 2015)

Ciente da importância da vinculação para a mãe/pai e criança e os malefícios que o afastamento de ambos pode acarretar futuramente, exemplo as perturbações emotivas e atraso de desenvolvimento (Ferreira, 2014) sempre que era possível, dada a instabilidade dos recém-nascidos, incentivava os pais a realizar o método Canguru. Método, que consiste na colocação do recém-nascido sobre o peito da mãe em contacto pele com pele, com auxílio de uma manta ou equipamento próprio, por um período aconselhável superior a 90 minutos.

O método canguru proporciona inúmeros benefícios afetivos e neurosensoriais quer para o RN quer para a mãe/pai, primeiramente promove o contacto que por si só aumenta o vínculo entre pais e filhos, oferece estimulação sensorial adequada, manutenção da temperatura corporal, estimula o aleitamento materno precoce (por sua vez o ganho de peso e possível diminuição do tempo de internamento na unidade de neonatologia), acalma o recém-nascido

(diminuição do stress e da dor) e aumenta a confiança dos pais no cuidado ao RN. (Silva, Garcia, & Guariglia, 2013)

A amamentação para além dos inúmeros benefícios que acarreta para a mãe e para o RN também é um processo que promove o processo de vinculação e a ligação mãe-filho por isso, em todos os contextos, sempre que possível, dada a complexidade e instabilidade dos casos, incentivei as mães a amamentar, dinamizei o cantinho da amamentação (presente na neonatologia e na urgência pediátrica), reforcei ensinamentos, esclareci dúvidas e treinei a técnica de amamentação, nomeadamente a realização de uma boa pega. Na impossibilidade do RN mamar ao seio materno, incentivei as mães a extraírem o leite materno, ensinei sobre cuidados a ter com o armazenamento e transporte e reforcei a importância de ser o alimento preferencial para o RN. *“A amamentação é um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, sendo referenciado pelas grandes organizações como o único alimento onde não há probabilidade de desnutrição ou desidratação graves, promovendo o vínculo e subsequentemente a paixão intergeracional. Crianças amamentadas têm também mais facilidade na aceitação de novos alimentos devido às constantes alterações do sabor do leite materno e à técnica de sucção à mama que promove um desenvolvimento mais saudável de toda a mandíbula e arcada dentária.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Competências:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Faz avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos.

Objetivos Específicos:

- Refletir sobre o papel do EESIP nos diversos contextos de estágio;

Atividades Desenvolvidas:

- Observei e acompanhei os EESIP na prática de cuidados;
- Identifiquei o contributo e a importância da existência dos EESIP nos diferentes contextos;

Descrição e Reflexão:

A assistência de enfermagem no âmbito da saúde infantil e pediátrica sofreu alterações com o decorrer do tempo e com avanço da investigação realizada com enfoque no desenvolvimento biopsicossocial da criança. Ao realizar uma retrospectiva do cuidado prestado à criança em ambiente hospitalar, percebemos que nos primórdios os cuidados eram prestados atendendo à patologia, ao risco de infecção e as crianças ocupavam lugar num serviço de adultos, permaneciam sem acompanhamento dos pais. Com a evolução dos estudos e com as alterações legislativas, demonstrou-se que a criança representa vulnerabilidade, como ser dependente e que a separação da figura de vinculação mãe/pai trás inúmeros prejuízos para o seu desenvolvimento. As alterações nos hospitais e serviços foram abrindo espaço para os pais permanecerem junto dos seus filhos e foram construídos hospitais exclusivamente pediátricos. A assistência foi então adaptando os modelos de atuação, inicialmente, modelo centrado na doença, assente no modelo biomédico, posteriormente modelo centrado na criança e atualmente o modelo centrado na criança e família. (Miranda, Oliveira, Toia, & Stucchi, 2015) Os enfermeiros adaptam a sua prestação de cuidados e direcionam os cuidados não só para a criança mas para a sua família. Em pleno século XXI esta perspetiva de cuidar vê-se exposta a novos desafios e novas realidades, como novas tipologias de família, a alteração de papéis familiares, inclusão da família em todos os contextos de assistência à criança, os casos de abandono, negligência e maus-tratos a crianças, o aumento da prevalência de doença crónica e da esperança de vida, com conseqüente necessidade de cuidados continuados e paliativos pediátricos. O EESIP assume-se na prática como elemento basilar, quer no acompanhamento e na prestação de cuidados especializados à criança e família, quer na identificação e sinalização de situações de risco.

Infelizmente ainda existem relatos de serviços que não dispõem de condições favoráveis à permanência dos pais 24 horas por dia e que incentivam o afastamento dos mesmos em determinados momentos, por exemplo procedimentos invasivos. Porém tenho a convicção que os enfermeiros têm consciência da importância dos cuidados centrados na criança e na família e que traçam um caminho neste sentido, buscando a excelência dos cuidados.

No decorrer deste estágio tive a oportunidade de observar uma parceria plena entre enfermeiros, família e criança em contexto de internamento pediátrico. Os pais não são encarados como visitas mas como um elemento precioso e imprescindível na prestação de cuidados. A permanência dos pais/pessoas significativas representam uma constante, e a sua ausência representa a exceção. No contexto de neonatologia, os pais permaneciam na unidade e realizavam cuidados em parceria, porém mais frequente no período diurno, a permanência dos pais durante a noite constituía uma exceção. No âmbito do contexto de urgência pediátrica embora o espaço físico não se revele favorável, nomeadamente no gabinete de enfermagem, os pais eram incentivados a participar nos cuidados e a permanecer junto da criança.

Neste percurso pude também presenciar que o estabelecimento da relação de confiança e a parceria efetiva de cuidados, nem sempre se demonstra um processo simples, os enfermeiros deparam-se com constrangimentos, que constituem um aumento da exigência e da complexidade no desempenho do seu papel, como é o caso da escassez de recursos, as limitações físicas de um local onde a afluência de doentes é muito grande, o aumento da intervenção dos pais/pessoas significativas da criança, nem sempre com um contributo positivo, exemplo disso é a atitude hostil que adotam face ao tempo de espera e à demonstração de desconfiança dos cuidados prestados (comparação entre episódios, entre abordagens por diferentes profissionais e o que leram na internet). Os enfermeiros, principalmente, os enfermeiros especialistas necessitam por isso de se fazer valer dos conhecimentos e competências que possuem, e transparecer confiança e segurança nos cuidados prestados, tal como enumerado no Regulamento de Competências Específicas do EESIP: *“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”* (Diário da República, 2018)

Competência:

- Desenvolve competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade.
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Planeia e executa intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados.
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área do EESIP;

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências no cuidado especializado ao recém-nascido/criança/adolescente e família, segundo a metodologia do processo de enfermagem;
- Adquirir conhecimentos e habilidades sobre os sistemas de documentação da assistência em uso nos serviços;

Atividades Desenvolvidas:

- Realizei registros atendendo às diferentes etapas do processo de enfermagem;
- Realizei planos de cuidados de enfermagem;
- Mobilizei conhecimentos prévios no âmbito da CIPE;
- Realizei registros informáticos com recurso aos sistemas em utilização nos diferentes serviços;
- Aprofundei conhecimentos e adquiri habilidades na utilização dos sistemas informáticos;

Descrição e Reflexão:

A elaboração do processo de enfermagem é parte integrante da assistência e dos cuidados prestados. A sua realização visa a prestação de cuidados diferenciados e planeados de forma holística. Assente em “*metodologia científica, que inclui:*

a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;

b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;

c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;

d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;

e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;

f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;” (REPE, 1996)

O processo de enfermagem tem início na admissão da criança e família no serviço e prevê-se alvo de avaliação contínua dos resultados obtidos e reformulação, consoante necessidade. Durante o estágio, para que a recolha de dados constituísse um forte contributo para a identificação de necessidades e conseqüente planeamento holístico e adequado, agrupei itens, perguntas chave e aspetos de avaliação a realizar, no ato da admissão, e estabeleci uma estrutura de avaliação inicial, que utilizei como instrumento. Permitiu-me assim obter informações essenciais que representam a base da realização de um plano de cuidados e o planeamento da necessidade de solicitação de observação por outras especialidades e apoios para colmatar necessidades sentidas. A elaboração de registos de forma contínua e estruturada, por todos os elementos da equipa, contribui exponencialmente para a facilidade de reavaliação contínua e reestruturação, sempre que necessário, em busca dos melhores resultados possíveis e conseqüentes ganhos em saúde. Os sistemas informáticos utilizados nos contextos de estágio auxiliam na sua realização, na visualização das intervenções autónomas e interdependentes planeadas, contribuindo para o seu cumprimento e simples reformulação. Todos os sistemas informáticos que utilizei ao longo do estágio utilizam linguagem CIPE, pelo que mobilizei conhecimentos previamente adquiridos neste âmbito e completei e esclareci dúvidas com as enfermeiras tutoras. Tive oportunidade de contactar

com dois sistemas informáticos que desconhecia e que foram criados para suprir necessidades de serviços muito particulares como é o caso da neonatologia e a urgência pediátrica. Na neonatologia conheci o Bsimple um sistema informático, facilitador de registos, que nos permite passar automaticamente as monitorizações dos monitores para o sistema informático, muito intuitivo, pois permite uma visão integral do turno e das intervenções planeadas e aquando o levantamento de um foco ou inserção de um dispositivo médico, imediatamente associa um conjunto de intervenções, o que facilita o papel do enfermeiro, que anteriormente, teria que introduzir as intervenções uma a uma e definir um horário para cada. No serviço de urgência é utilizado o Jone, um *software* desenvolvido integralmente pelos profissionais do próprio hospital e que permite o acesso a requisições, aos registos e consulta da informação clínica do doente, nomeadamente, meios complementares de diagnóstico, funcionando como um sistema de suporte à tomada de decisão. No internamento o sistema utilizado é o SClinico, sistema este que já me é familiar no âmbito do trabalho atual. Embora a versão em vigor esteja mais adaptada à pediatria nomeadamente no que respeita à realização de avaliação inicial e às intervenções a planear. Estes sistemas informáticos são um importante contributo para a prática de enfermagem, auxiliam no planeamento dos cuidados a prestar, permitem uma visualização geral do plano realizado e potenciam a chegada de informação a todos os profissionais intervenientes, limitando o erro e/ou perda de informações e representam um contributo imenso na transição de cuidados.

4.2.DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

A gestão representa uma das áreas de atuação dos enfermeiros e interfere diretamente com a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Este domínio de atuação engloba gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais. *“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. (...) realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”* (Diário da República, 2019)

Competências:

- Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados;

Atividades Desenvolvidas:

- Conheci e integrei o método de trabalho praticado;
- Participei na gestão de recursos humanos e materiais;

Descrição e Reflexão:

A gestão de cuidados constitui uma área importante de intervenção da enfermagem que está intimamente ligada à segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. No contexto atual da enfermagem, a gestão implica a aquisição de competências técnicas e científicas para dar resposta rigorosa e eficiente aos desafios com que se depara, nomeadamente face a necessidades superiores aos recursos disponíveis. Está implícito o controlo, fornecimento e manutenção dos recursos materiais e humanos para manter o adequado funcionamento do serviço e paralelamente realizar gestão de cuidados através de identificação de diagnósticos, planeamento, intervenção e avaliação da assistência, passando pela orientação e supervisão da equipa e delegação de atividades. (Greco, 2004)

Ao longo do percurso de estágio prestei cuidados nos diferentes contextos em colaboração com as enfermeiras tutoras, todas elas EESIP, com vários anos de experiência no contexto e que desempenhavam funções de chefe de equipa e/ou enfermeiro responsável de turno. O que me permitiu observar “in locu” a união e acumulação de funções de prestação de cuidados e de gestão. Tive oportunidade, dentro do que me era possível enquanto estudante, coadjuvar nas funções de gestão, colaborei na distribuição de profissionais, na dispensa e na tentativa de recrutar elementos por falta de um elemento, e nestas situações específicas, atender à carga a que cada profissional estava exposto e ao número de horas que já possuía em balanço total. Na urgência, o chefe de equipa, EESIP que atua como gestor, tem de ser

capaz de distribuir os enfermeiros atendendo às especificidades do contexto, por exemplo na triagem apenas podem ser destacados elementos com experiência no serviço superior a três anos consecutivos, atua ainda como líder em situações de emergência, gere conflitos e assegura os stocks adequados de material, nomeadamente, na sala de emergência, através da contagem e verificação diária do material. O que desenvolveu sem dúvida a minha sensibilidade para estas questões e a minha admiração por quem desempenha este papel.

Uma das capacidades que reconheci nestes elementos corresponde à gestão de cuidados assente no estabelecimento de prioridades. Uma intervenção praticamente constante na assistência de enfermagem, porém extremamente complexa, que requer competências para identificação e priorização de situações de especial complexidade e conhecimento sobre o funcionamento do hospital onde está inserido, dos serviços de que é interdependente, nomeadamente, para realização de métodos complementares de diagnóstico e para observação por outra especialidade. O enfermeiro direciona a sua atenção para a complexa interdependência pessoa/ambiente, procura conhecer com clareza o campo de ação, a estrutura, dinâmica e organização, de forma, a conseguir articular recursos e utilizar estratégias para assegurar a assistência necessária, em tempo útil, mantendo a segurança e a qualidade de cuidados.

Consoante o contexto, o tipo de serviço e os recursos disponíveis são adotados métodos de trabalho distintos, de forma a dar resposta às necessidades sentidas e ao tipo de atividades que precisam ser desenvolvidas. Nos diferentes contextos, pude constatar exatamente este pressuposto, já que no serviço de urgência prevalece o método de trabalho em equipa e no internamento pediátrico e neonatologia adotaram o método de trabalho individual. Na urgência os enfermeiros estão distribuídos por equipas, para cada equipa está estabelecido um chefe de equipa, normalmente o chefe de equipa distribuí os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, triagem, OBS e gabinetes de enfermagem e atua como orientador e supervisor de forma a prestar auxílio no local com maior afluência ou maior necessidade sentida. Embora, fazendo uma visão geral possa parecer uma abordagem que não favorece o estabelecimento de relações terapêuticas e a continuidade dos cuidados, a verdade é que corresponde ao único modelo que dá resposta à enorme afluência e às inúmeras necessidades sentidas e consegue num período de tempo, considerado eficaz, oferecer cuidados adequados às crianças e famílias. No serviço de neonatologia e de internamento pediátrico os enfermeiros utilizam o método de trabalho individual. O responsável de turno distribui os enfermeiros pelas crianças presentes no serviço e cada profissional é responsável pela

realização de todas as intervenções previstas e necessárias no cuidado à(s) criança(s) e família(s) atribuídos. Este modelo de trabalho favorece a aproximação, o conhecimento da criança e família e estabelecimento de relações de confiança, que beneficiam a prestação de cuidados e negociação com vista à parceria de cuidados.

4.3.DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação em enfermagem constitui uma área de atuação de extrema importância, apresenta o seu contributo através do desenvolvimento e consolidação de conhecimentos impulsionando a qualidade dos cuidados. A ordem dos enfermeiros defende que *“A boa prática de cuidados é fruto da aplicação de conhecimentos baseados em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e da opinião de peritos reconhecidos.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Competências:

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

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da investigação;
- Apoiar a prática de cuidados na evidência científica mais atual;

Atividades Desenvolvidas:

- Realizei pesquisa bibliográfica na área de atuação do EESIP;
- Partilhei com a enfermeira tutora e equipa os resultados da pesquisa realizada;
- Refleti sobre os resultados e a sua aplicação na prática de cuidados;
- Incorporei o conhecimento na prática de cuidados;

Descrição e Reflexão:

A investigação científica é um método específico de aquisição de conhecimentos e resolução de problemas relativos ao conhecimento de aspetos do mundo real. Procura, de forma científica, sistemática e organizada, dar respostas a necessidades de investigação. Está intimamente ligada à teoria e contribui para o seu desenvolvimento, através da produção de conhecimentos ou da validação dos mesmos. A aquisição de conhecimentos pode acontecer de diversas formas, através do método científico, ou através de outras fontes como intuição – sentir ou adivinhar, não recorre a raciocínio ou referências; tradições e autoridade – crenças baseadas em costumes e tendências antigas; experiência pessoal – tentativa e erro, aprender através da própria experiência e raciocínio lógico – indutivo ou dedutivo, engloba experiência, raciocínio e competências intelectuais. De todas as formas de aquisição de conhecimentos a investigação científica é que acarreta mais rigor e por isso a mais aceitável. A investigação demonstra o campo de ação de uma disciplina e visa a produção de conhecimentos e saberes próprios, construção e expansão da base científica, para orientar a prática e trazer credibilidade e promover o seu desenvolvimento. (Fortin, 2000)

A Ordem dos Enfermeiros defende que os enfermeiros devem orientar a prática no conhecimento adquirido através da investigação científica e utiliza-lo para acrescentar qualidade aos cuidados e otimizar os resultados em saúde. *“Considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”* (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

No processo de tomada de decisão e na implementação de intervenções, no âmbito do exercício profissional autónomo, o enfermeiro incorpora o conhecimento adquirido através da investigação e reconhece a sua importância na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Nesta perspetiva, em todos os contextos, realizei pesquisa bibliográfica através da consulta de livros, documentos e orientações disponibilizados pela OE e pela DGS, publicações periódica como revistas na área da saúde e em fontes eletrónica, bases de dados como Ebsco, MedLine, Scielo. Alguns exemplos de pesquisas realizadas durante o decurso do estágio foram a filosofia de cuidados NIDCAP, medidas de controlo da dor, algumas patologias de cariz menos frequente ou raro, normas de controlo de infeção, o sistema de triagem canadiano, entre inúmeras outras. Pois a contribuição para a investigação não ocorre

apenas com a realização de investigação científica e produção de conhecimento, mas também surge do consumo, divulgação e aplicação desses mesmos conhecimentos. Desta forma, adquiri novos conhecimentos e complementei os previamente adquiridos e transporte-os para a prática, partilhei a evidência científica encontrada com as tutoras e os restantes membros da equipa, promovendo a discussão e reflexão sobre os cuidados prestados. Acredito que só através de uma reflexão clara e franca somos capazes de adaptar e/ou corrigir práticas e caminhar no sentido da excelência de cuidados de enfermagem.

4.4.DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

O enfermeiro na procura permanente da excelência do exercício assume o dever de “*Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012)

Competências:

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;

Objetivos Específicos:

- Promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver competências no âmbito de formação ao grupo de pares;

Atividades Desenvolvidas:

- Mobilizei e aprofundei conhecimentos na área de atuação do EESIP;
- Consultei os planos de formação nos diversos contextos;
- Avaliei necessidades formativas na área de intervenção do ESIP;

Descrição e Reflexão:

A formação em enfermagem permite ao enfermeiro acompanhar os avanços científicos e tecnológicos e a evolução social e cultural, através da aprendizagem contínua e desenvolvimento de competências. No âmbito do seu exercício “*o enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012)

O investimento no desenvolvimento profissional, de forma contínua, constitui uma meta inquestionável na sociedade em que vivemos. Os processos de reflexão, interação e colaboração, entre profissionais, contribuem significativamente para o desenvolvimento profissional dos envolvidos. Constituem momentos favoráveis à colaboração e reflexão, as passagens de turno, as reuniões e a formação em serviço, por promovem o debate e a partilha de saberes e experiências. É imperativo considerar o abandono do individualismo e promover a colaboração entre os profissionais de saúde, com vista à fomentação da partilha, o confronto de ideias, a renovação de práticas e consequente desenvolvimento profissional. (Pinheiro, Macedo, & Costa, 2014)

Neste sentido, adotei uma postura crítica e reflexiva do meu exercício profissional e usufruí de todos os momentos favoráveis para realizar um balanço da minha prestação, identificar aspetos melhoráveis e orientar o percurso posterior com vista ao alcance dessas metas. São exemplos desses momentos os períodos de reflexão com as tutoras após os turnos, os momentos de avaliação intermédia e final, as orientações tutoriais, os seminários e os debates de situações específicas, que surgiam na prática, com os enfermeiros chefes e restantes elementos da equipa. Procurei instigar constantemente o diálogo, tendo como objetivo usufruir da troca de opiniões, ideias e saberes com profissionais mais experientes.

Os diferentes contextos revelaram-se, tal como esperava, fontes inesgotáveis de novas experiências e de novos conhecimentos, o que contribuiu de forma efetiva para o acrescento de competências e potenciou o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Em todos os contextos consultei os planos de formações que se encontravam definidos e apercebi-me da riqueza dos mesmos, com certeza que os recordo como exemplo a seguir.

Ao longo do percurso no presente curso de mestrado não posso deixar de mencionar os inúmeros momentos de aprendizagem e de troca de saberes e experiências. Estive presente no Fórum das Especialidades de Enfermagem dinamizado pela Universidade Católica

Portuguesa e participei nas V Jornadas da Saúde em Contextos Educativos. Tive também oportunidade de realizar uma ação de formação ao grupo de pares, no âmbito do estágio em CSP, abordado no capítulo das competências previamente adquiridas.

A busca dos profissionais pela formação a título pessoal através de cursos como mestrado, doutoramento, pós-graduações, *workshops* entre outros, aliado à formação realizada nas instituições que representam, são um contributo crucial no caminho tão ambicionado da excelência do cuidado. Cada momento de aprendizagem, constitui um momento de aquisição de ferramentas e saberes que contribuirá para maior segurança e qualidade intrínseca à prática dos enfermeiros.

5. CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito do seu exercício depara-se com um campo de ação recheado de especificidades que se revelam tanto desafiantes como estimulantes. A mais notória é o alvo dos seus cuidados não ser uma pessoa, mas sim um binómio criança – família, o que desde logo provoca uma adaptação e uma procura para satisfazer as necessidades de ambos e trazer ganhos para a saúde de ambos. Uma outra especificidade corresponde ao acompanhamento da criança e família desde o nascimento até aos 18 anos, ou em casos especiais (doença crónica, incapacidade, deficiência) até aos 21 ou 25 anos, o que permite presenciar e dar suporte em todas as transições desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença que ocorrem ao longo do ciclo de vida, até atingirem a idade adulta. Nomeadamente apoiar a transição e o desempenho da parentalidade, a transição da infância para adolescência, a alteração de papéis familiares. Por outro lado engloba a prestação de cuidados específicos a crianças e jovens sãos e doentes, através da promoção da saúde, realização de cuidados antecipatórios ao longo do crescimento e desenvolvimento e atua nas situações de especial complexidade. Estas representam apenas alguns exemplos e juntamente com todas as outras, que ficam por enumerar, representam o motivo que me levou a eleger esta área de atuação.

Ao longo do decurso da Unidade Curricular as principais dificuldades prenderam-se à gestão de tempo e à capacidade de manter vida pessoal, profissional e académica sem negligenciar nenhum dos campos. Inicialmente, aquando a escolha da Universidade Católica Portuguesa para realizar este percurso e posteriormente, já nesta unidade curricular, na escolha dos locais de estágio, estava ciente que a distância geográfica era considerável, porém decidi proporcionar-me o melhor contributo possível para o meu crescimento pessoal e profissional. Desenvolvi flexibilidade e capacidade de gerir o tempo e isso nunca representou uma limitação para cumprir o estipulado no plano de estudos. No final do percurso sinto uma gratidão imensa pelas equipas que partilharam comigo generosamente saberes e experiências, pelas crianças com quem contactei que

valorizaram cada hora de estágio e pelo acompanhamento das enfermeiras tutoras e da professora orientadora. Permitiram-me e incentivaram-me a crescer enquanto pessoa e profissional mas sempre com segurança de quem nunca está sozinho no caminho.

O estágio demonstrou-se, efetivamente, um momento privilegiado, promotor de desenvolvimento, recheado de oportunidades de aprendizagem, com a manifesta vantagem de estarmos protegidos e apoiados pelo papel de estudante.

Acredito ter alcançado todos os objetivos a que me propôs nos diferentes contextos, as competências definidas pelo plano de estudo do curso e as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros: 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 em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Com a elaboração do presente documento procurei, de uma forma clara e sucinta, refletir sobre a minha prestação, as experiências e as vivências, o desenvolvimento pessoal e profissional e a aquisição de conhecimentos e habilidades, temo ter ficado muito por dizer deste percurso tão enriquecedor.

6. BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República. (1981). Lei 21/81. *Diário da República n.º 189/1981, Série I de 1981-08-19*, 2129 - 2129.
- Bastos, M. A. (2011). *Parceria de Cuidados em Pediatria Observada à Luz da Investigação. V Seminário de Investigação em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.*
- Bastos, M. A. (2012). *Dor em Pediatria: Papel do Enfermeiro... Evidência e Boas Práticas. Workshop: Gestão da dor-Um direito dos doentes/um desafio para os enfermeiros.*
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor.* Coimbra: ESenfC.
- Batalha, L. M. (2013). *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. Saúde & Tecnologia*, 16-21.
- Carta de Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* Ottawa, Canadá. Obtido em 31 de Maio de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. Journal of Advanced Nursing*, 1058-1062.
- CEJ. (Julho de 2018). *Centro de Estudos Judiciários.* Obtido em 30 de Maio de 2019, de CEJ: www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/eb_InternetCrianças2018.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (12 de Maio de 2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.* Obtido em 02 de Junho de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- DGE. (s.d.). Obtido em 23 de Maio de 2019, de Direção-Geral da Educação: <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>
- DGS . (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa.

- DGS. (14 de Dezembro de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa.
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa.
- DGS. (12 de Agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar/>
- DGS. (23 de Outubro de 2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma Número 002/2015*. Lisboa.
- DGS. (8 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017*.
- Diário da República. (16 de Abril de 2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*, pp. 15438-15440.
- Diário da República. (5 de Agosto de 2014). *Dec. Lei nº 118/2014 de 5 de agosto*, pp. 4069-4071.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018*, pp. 19192-19194.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018*, pp. 19192-19194.
- Diário da República. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento Nº140/2019*, pp. 4744-4750.
- Diário da República Eletrónico. (22 de Agosto de 2007). Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Decreto-Lei n.º 298/2007 - Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22*, pp. 1-16.
- Ferreira, P. S. (2014). *A Relação entre a Qualidade da Vinculação e o Desenvolvimento Emocional de Crianças em Idade Pré-Escolar*. ISPA - Instituto Universitário.
- Fonseca, J. G., Machado, M. J., & Ferraz, C. L. (2007). Distrofia Muscular de Duchenne: Complicações respiratórias e seu tratamento. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 109-120.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de investigação: da conceção à realidade*. Loures: Lusociência.

- Greco, R. M. (2004). RELATO DE EXPERIÊNCIA: Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira Enfermagem, Brasília (DF)* , 504-507.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental. *NASCER E CRESCER: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, XXIV*, 99-102.
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Obtido em 4 de Novembro de 2019, de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Nona Edição ed.). Loures: Lusociência.
- ICN - International Council of Nurses. (2016). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. (O. d. Enfermeiros, Trad.) Lusodidacta.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Referência: Revista de Enfermagem*, 109-118.
- Maas, T. (2006). O Processo de Transição do Ser Adolescente Hospitalizado com Doença Crônica Sob a Ótica da Enfermagem. Curitiba.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2010). Comunicação e Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12-14.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As Especificidades da Comunicação na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37-44.
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 6* , 113-121.
- Miranda, A. R., Oliveira, A. R., Toia, L. M., & Stucchi, H. K. (2015). A Evolução dos Modelos de Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada nos Últimos Trinta Anos: do Modelo Centrado na Doença ao Modelo Centrado na Criança e Família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba V. 17, N° 1*, 5 - 9.
- Monahan, F. D., Sands, J. k., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença* (Oitava Edição ed., Vol. Vol III). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa. Obtido em 12 de Dezembro de 2019, de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros . (2011). *Guia Orientador de Boa Prática - Caderno OE; Serie I; Número 3; Volume 3* . Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática - Caderno OE; Serie I; Número 3; Volume 1* . Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* . Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (Julho de 2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!* Obtido em 2019 de Junho de 02, de https://www.ordemenfermeiros.pt/.../Estudo%20UCC%20RSul%202013_3dez2014.pt

Ordem dos enfermeiros. (2015). *Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização. Guia Orientador de Boa Prática - Cadernos OE; Serie I, Número 8*.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. Lusodidacta.

Pinheiro, G. M., Macedo, A. P., & Costa, N. M. (2014). *Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência; Série IV; N° 2 , 101-109*.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (Quinta Edição ed.). Loures: Lusociência.

Rêgo, M. A., Bezerra, M. d., & Martinez, C. R. (Julho-Dezembro de 2017). *Adolescência X Doenças Crônicas: a Contribuição da Psicologia no Trabalho com Adolescentes Hospitalizados. Revista Expressão Católica Saúde, V.2, N. 2, 17-25*.

REPE. (4 de Setembro de 1996). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/.../nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Santos, G. F., Assunção, J. J., Lima, A. B., & Tófoli, I. (Jul-Dez de 2010). Estilos de Liderança: Enfoque na Teoria X e Teoria Y de Douglas Mcgregor. *Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano - LINS - SP*, 22-35.
- Santos, M. (17 de Maio de 2019). *Sociedade Portuguesa de Neuropediatria*. Obtido de <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/distrofia-muscular-de-duchenne>
- Santos, P. M., Silva, L. F., Depianti, J. R., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os Cuidados de Enfermagem na Percepção da Criança Hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 646-653.
- SBP. (15 de Outubro de 2018). Obtido em 28 de Maio de 2019, de Sociedade Brasileira de Pediatria: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/tempo-maximo-de-uso-de-telas-para-criancas-e-adolescentes-sera-um-dos-temas-tratados-em-evento-da-sbp-a-ser-realizado-em-belo-horizonte/>
- Silva, A. R., Garcia, P. N., & Guariglia, D. A. (2013). Método Canguru E Os Benefícios Para O Recém-Nascido. *Revista Hórus*, Vol: 8; N°2, 1-10.
- Silva, M. A. (Janeiro de 2011). Intenções Dominates nas Concepções de Enfermagem. Porto.
- SNS. (Fevereiro de 2009). *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 02 de Junho de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/ACONTECIMENTO-EXTRAORDINA%CC%81RIO-Relato%CC%81rio-GCRCSP-Fev-2009.pdf>
- SNS. (s.d.). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido em 8 de Julho de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/introducao.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Obtido em 6 de Janeiro de 2020, de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Souza, L. P., Silva, C. C., Brito, J. C., Santos, A. P., Fonseca, A. D., Lopes, J. R., . . . Souza, A. A. (2012). O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *Journal of the Health Sciences Institute*, 354-358.
- WHO. (24 de Abril de 2019). Obtido em 25 de Maio de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Ação de Educação para a Saúde: Comportamentos Aditivos sem
Substância – Dependência de Ecrãs



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde

COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM SUSTÂNCIA

Dependência de Ecrãs

Trabalho elaborado por:

Ana Sousa, N° 330318001

Sob orientação: Enf.^a

Docente Orientadora: Prof^ª Isabel Quelhas

Mestrado em Enfermagem / A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica

Porto, Junho de 2019

INDICE

INTRODUÇÃO.....	3
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	4
SELEÇÃO DE CONTEÚDOS.....	4
FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS.....	7
METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	8
RECURSOS.....	9
AVALIAÇÃO	9
PLANO DA AÇÃO.....	10
CONCLUSÃO.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	14
APÊNDICES	20
APÊNDICE I.....	21
APÊNDICE II	27

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, da Unidade Curricular: A saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica, a decorrer no contexto de Cuidados de Saúde Primários – UCC, foi solicitada por um agrupamento de escolas colaboração para a realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES).

A necessidade encontrada pelo agrupamento, surge do tempo dedicado pelas crianças aos ecrãs, considerando como ecrãs: televisão, computador, playstation, tablet e telemóvel. Esta AES foi solicitada para as crianças do jardim-de-infância e 1º ciclo.

Para a sua realização foi necessário uma revisão da literatura sobre o tema, bem como, a busca de estratégias lúdicas para que conseguíssemos conquistar a atenção e interesse das crianças.

Defini como objetivos da realização da AES:

- Desenvolver competências comunicacionais com as crianças;
- Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde;
- Aprimorar competências no planeamento e execução de ações de educação para a saúde.

O presente trabalho encontra-se dividido em sete capítulos, sendo eles, análise de situação, seleção de conteúdos, formulação de objetivos, metodologia/seleção de estratégias, recursos e avaliação e plano da ação.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (Carta de Ottawa, 1986)

De entre as várias componentes que integram o processo de promoção da saúde, ressalta, neste caso, a educação para a saúde que *“Em contexto escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo.”* (DGE, s.d.)

O pedido de colaboração do agrupamento de escolas, que identificou a necessidade da UCC intervir e abordar o tema dos comportamentos aditivos sem substância – dependência de ecrãs, revelou-se desde logo um projeto interessante e desafiador, que abracei com grande dedicação. Era crucial conseguir cativar as crianças e essencialmente, fazê-las refletir e capacita-las para que possam posteriormente fazer as suas próprias opções de forma consciente.

SELEÇÃO DE CONTEÚDOS

A seleção de conteúdos focou os principais conceitos relacionados com o tema, nomeadamente, o ser saudável, os comportamentos aditivos, a atividade física e posterior síntese dos pontos-chave para repensar as práticas diárias, particularmente, as vantagens

e desvantagens do uso dos ecrãs e o tempo máximo aconselhável para o uso saudável dos ecrãs.

Saudável, do dicionário “que goza de boa saúde, física ou mental; que é bom para a saúde”, pretende-se que entendam que o conceito não está apenas ligado à alimentação como associam facilmente, mas também, aos comportamentos que adotam ao longo da vida, um deles, revela-se imprescindível para um crescimento saudável e para a manutenção da saúde, a atividade física.

A atividade física é muitas vezes confundida com exercício físico e/ou com desporto, segundo a DGS “*O termo mais abrangente, atividade física, contempla qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (os principais músculos), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. Exercício físico compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico (ex. melhorar a saúde) e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição. É geralmente uma prática planeada. O termo desporto associa-se ao jogo e à competição, correspondendo ao sistema organizado de movimentos e técnicas corporais executados no contexto de atividades competitivas regulamentadas.*”

A OMS alerta para crescerem saudáveis as crianças devem, brincar mais e de forma ativa, dormir melhor e passar menos tempo sentadas. Considerando que, o tempo máximo que passam em frente aos ecrãs deva ser:

- Crianças até ao ano de idade não é aconselhável ser expostos a ecrãs;
- 2 - 4 anos não devem passar mais de 1h por dia;
- Maiores de 6 anos não devem passar mais de 2h por dia.

Para além do tempo existem limites na utilização, não devem utilizar ecrãs aquando a alimentação e não devem utilizar os ecrãs nas 2 horas antes de dormir, não só dificulta o adormecer pela constante estimulação cerebral como prejudica a qualidade de sono, podendo surgir pesadelos e terrores noturnos.

Opostamente a estes comportamentos regrados e saudáveis, as crianças e os jovens, que estão constantemente a ser bombardeados de forma aliciante pela tecnologia e pela era digital, em que vivemos, assumem muitas vezes um comportamento aditivo.

“Por comportamentos aditivos sem substância (jogo, internet e outros) entende-se toda a conduta repetitiva que produz prazer e alívio tensional, sobretudo nas suas primeiras etapas, e que leva a uma perda de controlo da mesma, perturbando severamente a vida quotidiana, a nível familiar, laboral ou social, que pode acentuar-se no tempo e conduzir a uma dependência.” (DGS, 2015)

É de suprema importância que seja perceptível, que embora a boa utilização dos ecrãs constitua uma oportunidade de adquirir conhecimentos e informações uteis, a má utilização, torna-os suscetíveis a situações desagradáveis e/ou perigosas como o facto de estarem constantemente expostos a adições, provocações – cyber-bullying, assédio e perseguições.

“A Saúde Escolar deve estar atenta a todos estes consumos no contexto escolar, sensibilizar a comunidade educativa para importância da prevenção e da identificação dos efeitos imediatos, a médio e a longo prazo das adições e dependências, das consequências a nível físico, psicológico, familiar e social e do seu impacto no rendimento escolar. Numa perspetiva de melhoria de competências para lidar com o risco, a Saúde Escolar deve trabalhar em parceria, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, mas também a vinculação familiar, escolar e social.” (DGS, 2015)

No quadro seguinte estão resumidos os riscos e as oportunidades do uso da internet, recurso muito usado, mesmo em crianças de idades precoces:

Riscos e oportunidades

		Conteúdo: <i>Criança como receptor</i>	Contacto: <i>Criança como participante</i>	Conduta: <i>Criança como actor</i>
RISCOS	Comerciais	Publicidade, spam, patrocínios	Seguir/recolher informação pessoal	Apostas, downloads ilegais, hacking
	Agressividade	Conteúdos violentos/macabros/odiosos	Ser vítima de bullying, assédio ou perseguição	Exercer bullying ou assédio sobre outro
	Sexuais	Conteúdos pornográficos/sexuais prejudiciais	Conhecer estranhos, namoros online	Criar/fazer upload de material pornográfico
	Valores negativos	Informação/conselhos racistas ou prejudiciais (e.g. drogas)	Auto-mutilação, persuasão indesejada	Fornecer conselhos e.g. sobre suicídio/pro-anorexia
OPORTUNIDADES	Educação, aprendizagem e literacia digital	Recursos educacionais	Contacto com outros que partilham os mesmos interesses	Aprendizagem por iniciativa própria ou colaborativa
	Participação e envolvimento cívico	Informação global	Troca entre grupos de interesses	Formas concretas de envolvimento cívico
	Criatividade e auto-expressão	Diversidade de recursos	Ser convidado/inspirado a criar ou participar	Criação de conteúdo gerado pelo usuário
	Identidade e relações sociais	Aconselhamento (pessoal/saúde/sexual etc)	Redes sociais, partilha de experiências com outros	Expressão de identidade

Figura 1: Riscos e Oportunidades (CEJ, 2018)

FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Dotar os formandos de conhecimentos sobre comportamentos aditivos sem substância.

Objetivos Educacionais:

- Repensar sobre a utilização dos tempos livres;
- Perceber qual o limite máximo de tempo (em horas) aconselhado;
- Perceber as vantagens e desvantagens da utilização dos ecrãs (TV, telemóvel, tablet, computador...).

METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Na fase inicial da AES o método escolhido foi o expositivo, aqui será realizada uma breve síntese do tema.

Seguidamente foi eleita uma abordagem mais dinâmica, método demonstrativo, participativo e ativo, recorrendo a uma atividade lúdica, um jogo impresso num tapete/lona. As equipas são constituídas pelos elementos de uma primeira turma que defrontará uma segunda turma. Os representantes/delegados de turma serão os peões do jogo tendo a missão de saltar o número de casas que sair no dado.

O jogo apresenta quatro casas distintas, caracterizadas por ilustrações:

- Casa do pensar
- Casa das ideias
- Casa do saber
- Casa da energia

Nas três primeiras casas serão realizadas perguntas que se respondidas de forma correta permite à equipa continuar o jogo, se respondidas de forma errada terão de cumprir uma consequência que implica atividade física e/ou raciocínio.

A última casa enumerada, a Casa da Energia, implica que toda a turma cumpra uma tarefa que implique gasto de energia.

Se durante a AES for perceptível o défice acentuado de conhecimento ou a presença de dúvidas, existe ainda uma apresentação de PowerPoint (Apêndice I) onde de forma sucinta estão abordados os principais tópicos.

No final será apresentado um vídeo sobre a utilização dos ecrãs e da internet.

RECURSOS

Para a realização da AES "Dependência de Ecrãs" foram necessários os seguintes recursos:

- RECURSOS HUMANOS: uma estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sob orientação de uma enfermeira da UCC;
- RECURSOS FÍSICOS: pavilhão desportivo da escola;
- RECURSOS MATERIAIS: Tapete (lona) com o jogo impresso, Dado "gigante", Legos, arcos, Cordas, Bolas e Cartões com as perguntas/desafios.
- RECURSOS FINANCEIROS: aquisição de materiais para a realização dos cartões e aquisição de legos, suportado pela própria.

AVALIAÇÃO

Dado o grande número de turmas e crianças abrangidas nesta AES, a avaliação será realizada aquando a realização da atividade lúdica, em que são realizadas perguntas (Apêndice II), testando os conhecimentos sobre o tema.

PLANO DA AÇÃO

Formador	Ana Sousa - Estudante do MEESIP sob orientação da Enf ^a . <input type="text"/>
Tema	Comportamentos aditivos sem substância – <i>Dependência de Ecrãs</i>
Grupo alvo	Crianças do agrupamento de escolas de <input type="text"/>
Data	6, 7, 11 e 12 de Junho de 2019
Local	Pavilhão Desportivo da Escola
Duração	30 min para turmas de jardim de infância e 1ºano; 45min para turmas de 2º, 3º e 4ºano.
Objetivo Geral	Dotar os formandos de conhecimentos sobre comportamentos aditivos sem substância.
Objetivos Educacionais	<ul style="list-style-type: none">- Repensar sobre a utilização dos tempos livres;- Perceber qual o limite máximo de tempo (em horas) aconselhado;- Perceber as vantagens e desvantagens da utilização dos ecrãs (TV, telemóvel, tablet, computador...).

FASES	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
			Metodologia	Recursos	
Introdução	5'	-Apresentação dos formadores; -Breve síntese do tema.	Método expositivo.	Computador portátil e projetor.	Não aplicável.
Desenvolvimento	20'/35'	Através da realização de uma atividade lúdica: jogo onde os delegados de turma são os peões e a equipa tem que responder acertadamente às questões ou cumprir um desafio (atividade física), serão abordadas as seguintes questões: - Conceitos: saudável, atividade física, comportamentos aditivos...	Método demonstrativo, participativo e ativo ² ;	Tapete (lona) com o jogo impresso; Dado “gigante”; Legos, arcos, cordas, bolas; Cartões com as perguntas.	Avaliação de conhecimentos através da realização de perguntas do jogo.

² Se surgir uma turma com muitas dúvidas ou com défice de conhecimento, será utilizado o método expositivo, com recurso a uma apresentação PowerPoint.

		<ul style="list-style-type: none"> - Vantagens e desvantagens do uso dos ecrãs; - Tempo aconselhável para o uso saudável dos ecrãs; - Sugestões de como passar o tempo livre. 			
Conclusão	5'	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilização para o que deixam de fazer quando passam muito tempo agarrados aos ecrãs; -Esclarecimento de dúvidas. 	Reprodução de um vídeo.	Computador portátil e projetor.	Não aplicável.

CONCLUSÃO

O presente planeamento permitiu a organização detalhada de toda a ação de educação para a saúde, permitindo a junção de vários métodos e estratégias para que seja possível captar a atenção e manter o interesse na mesma.

O constrangimento mais relevante foi, inicialmente, o número muito grande de participantes e o reduzido espaço de tempo para realizar as AES a todos, dado a aproximação do término do ano letivo. A estratégia adotada para contornar esta situação foi a escolha do jogo, onde seria possível abordar duas turmas, uma contra a outra. O que futuramente até poderá revelar-se um ponto a favor, pois estimula a competitividade e irá aumentar o esforço e a atenção para acertar nas perguntas, seguir o jogo e poder chegar primeiro ao final do jogo para ganhar.

Por saber, desde o início, que é um assunto sensível, pois a maioria das crianças gosta efetivamente dos seus jogos, programas de televisão e etc, foi eleita esta abordagem do que seria mais saudável, das vantagens e desvantagens do uso, de forma, a que reflitam nas suas ações e tomem decisões conscientes no futuro.

Pretende-se que esta AES possa constituir uma ferramenta, baseada no conhecimento e evidências atuais, para as nossas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (1981). Lei 21/81. *Diário da República n.º 189/1981, Série I de 1981-08-19*, 2129 - 2129.
- Bastos, M. A. (2011). *Parceria de Cuidados em Pediatria Observada à Luz da Investigação. V Seminário de Investigação em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.*
- Bastos, M. A. (2012). *Dor em Pediatria: Papel do Enfermeiro... Evidência e Boas Práticas. Workshop: Gestão da dor-Um direito dos doentes/um desafio para os enfermeiros.*
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor.* Coimbra: ESenfC.
- Batalha, L. M. (2013). *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década.* *Saúde & Tecnologia*, 16-21.
- Carta de Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* Ottawa, Canadá. Obtido em 31 de Maio de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers.* *Journal of Advanced Nursing*, 1058-1062.
- CEJ. (Julho de 2018). *Centro de Estudos Judiciários.* Obtido em 30 de Maio de 2019, de CEJ: www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/eb_InternetCrianças2018.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (12 de Maio de 2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.* Obtido em 02 de Junho de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- DGE. (s.d.). Obtido em 23 de Maio de 2019, de Direção-Geral da Educação: [https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude](http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude)
- DGS . (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa.
- DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.* Lisboa.

- DGS. (18 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa.
- DGS. (12 de Agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar/>
- DGS. (23 de Outubro de 2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma Número 002/2015*. Lisboa.
- DGS. (8 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017*.
- Diário da República. (16 de Abril de 2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*, pp. 15438-15440.
- Diário da República. (5 de Agosto de 2014). *Dec. Lei nº 118/2014 de 5 de agosto*, pp. 4069-4071.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018*, pp. 19192-19194.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018*, pp. 19192-19194.
- Diário da República. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento Nº140/2019*, pp. 4744-4750.
- Diário da República Eletrónico. (22 de Agosto de 2007). Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Decreto-Lei n.º 298/2007 - Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22*, pp. 1-16.
- Ferreira, P. S. (2014). *A Relação entre a Qualidade da Vinculação e o Desenvolvimento Emocional de Crianças em Idade Pré-Escolar*. ISPA - Instituto Universitário.
- Fonseca, J. G., Machado, M. J., & Ferraz, C. L. (2007). Distrofia Muscular de Duchenne: Complicações respiratórias e seu tratamento. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 109-120.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de investigação: da conceção à realidade*. Loures: Lusociência.
- Greco, R. M. (2004). RELATO DE EXPERIÊNCIA: Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira Enfermagem, Brasília (DF)*, 504-507.

- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental. *NASCER E CRESCER: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, XXIV, 99-102.
- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Obtido em 4 de Novembro de 2019, de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Nona Edição ed.). Loures: Lusociência.
- ICN - International Council of Nurses. (2016). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. (O. d. Enfermeiros, Trad.) Lusodidacta.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Referência: Revista de Enfermagem*, 109-118.
- Maas, T. (2006). O Processo de Transição do Ser Adolescente Hospitalizado com Doença Crónica Sob a Ótica da Enfermagem. Coritiba.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2010). Comunicação e Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12-14.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As Especificidades da Comunicação na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37-44.
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 6*, 113-121.
- Miranda, A. R., Oliveira, A. R., Toia, L. M., & Stucchi, H. K. (2015). A Evolução dos Modelos de Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada nos Últimos Trinta Anos: do Modelo Centrado na Doença ao Modelo Centrado na Criança e Família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba V. 17, Nº 1*, 5 - 9.
- Monahan, F. D., Sands, J. k., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença* (Oitava Edição ed., Vol. Vol III). Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. Lisboa. Obtido em 12 de Dezembro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros . (2011). *Guia Orientador de Boa Prática - Caderno OE; Serie I; Número 3; Volume 3* . Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática - Caderno OE; Serie I; Número 3; Volume 1*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* . Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (Julho de 2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!* Obtido em 2019 de Junho de 02, de https://www.ordemenfermeiros.pt/.../Estudo%20UCC%20SRSul%202013_3dez2014.pt
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização. Guia Orientador de Boa Prática - Cadernos OE; Serie I, Número 8*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. Lusodidacta.
- Pinheiro, G. M., Macedo, A. P., & Costa, N. M. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência; Série IV; N° 2* , 101-109.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (Quinta Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Rêgo, M. A., Bezerra, M. d., & Martinez, C. R. (Julho-Dezembro de 2017). Adolescência X Doenças Crônicas: a Contribuição da Psicologia no Trabalho com Adolescentes Hospitalizados. *Revista Expressão Católica Saúde, V.2, N. 2*, 17-25.
- REPE. (4 de Setembro de 1996). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Decreto-Lei n°161/96, de 4 de Setembro: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/.../nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Santos, G. F., Assunção, J. J., Lima, A. B., & Tófoli, I. (Jul-Dez de 2010). Estilos de Liderança: Enfoque na Teoria X e Teoria Y de Douglas Mcgregor. *Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano - LINS - SP*, 22-35.
- Santos, M. (17 de Maio de 2019). *Sociedade Portuguesa de Neuropediatria*. Obtido de <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/distrofia-muscular-de-duchenne>
- Santos, P. M., Silva, L. F., Depianti, J. R., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os Cuidados de Enfermagem na Percepção da Criança Hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 646-653.
- SBP. (15 de Outubro de 2018). Obtido em 28 de Maio de 2019, de Sociedade Brasileira de Pediatria: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/tempo-maximo-de-uso-de-telas-para-criancas-e-adolescentes-sera-um-dos-temas-tratados-em-evento-da-sbp-a-ser-realizado-em-belo-horizonte/>
- Silva, A. R., Garcia, P. N., & Guariglia, D. A. (2013). MÉTODO CANGURU E OS BENEFÍCIOS PARA O RECÉM-NASCIDO. *Revista Hórus, Vol: 8; N°2, 1-10*.
- Silva, M. A. (Janeiro de 2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem*. Porto.
- SNS. (Fevereiro de 2009). *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 02 de Junho de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/ACONTECIMENTO-EXTRAORDINARIO-RelatoRIO-GCRCSP-Fev-2009.pdf>
- SNS. (s.d.). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido em 8 de Julho de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/introducao.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Obtido em 6 de Janeiro de 2020, de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Souza, L. P., Silva, C. C., Brito, J. C., Santos, A. P., Fonseca, A. D., Lopes, J. R., . . . Souza, A. A. (2012). O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *Journal of the Health Sciences Institute*, 354-358.
- WHO. (24 de Abril de 2019). Obtido em 25 de Maio de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

APÊNDICES

APÊNDICE I



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LESDOVA-PORTO

Autores: Ana Sousa (estudante MESIP) e [] (Enfª UCC)

Junho de 2019

A DEPENDÊNCIA DE ECRÃS

DESENVOLVIMENTO

Para crescerem saudáveis devem:

- Brincar mais e de forma ativa
- Dormir melhor
- Passar menos tempo sentadas

OMS, 2019

A Atividade Física ajuda-te a ter **OSSOS** e **MÚSCULOS** mais fortes e saudáveis!!





**ESTES SÃO OS INIMIGOS Nº1 DA
ATIVIDADE FÍSICA**



Estar muito tempo em frente aos ecrãs:

- ☹️ Contribui para o desenvolvimento da **OBESIDADE**
- ☹️ Problemas de **CONCENTRAÇÃO**
- ☹️ Atraso no desenvolvimento da **FALA**
- ☹️ Pior desempenho na **LEITURA**





Enquanto estás em frente ao ecrã:



Não brincas com os teus amigos e família!



Não praticas atividade física!



Não conversas com as pessoas que gostas!

Temos que encontrar o EQUILIBRIO



Diminuir o tempo a ver TV, Videojogos e Internet



Brincar mais com os amigos, fazer puzzles, ler livros, andar de bicicleta



Recomendações

Tempo em frente aos ecrãs:

- ✓ 2 - 4 anos não devem passar mais de 1h por dia
- ✓ Maiores de 6 anos não devem passar mais de 2h por dia

Não deves comer a olhar para um ecrã (telemóvel, Tablet, TV...);

Não deves utilizar os ecrãs nas 2 horas antes de dormir.



O QUE É MAIS SAUDÁVEL?



VIDEO



APÊNDICE II

CASA DO PENSAR

- O que é mais saudável?
 - o Passar os tempos livres a jogar futebol/saltar à corda?
 - o Ver tv ou jogar no telemóvel?
- O que te ajuda a crescer de forma mais saudável?
 - o Brincar com os teus amigos?
 - o Estar no sofá a ver TV?
- A Atividade Física ajuda no nosso desenvolvimento?
- Quanto tempo (horas) podem passar em frente aos ecrãs?
- Quais são os maiores inimigos da atividade física?
- Antes de ir dormir é uma boa hora para jogar, ver TV ou vídeos no telemóvel?

CASA DAS IDEIAS

- Quando estás em casa e está a chover, que atividades saudáveis poderás fazer?
- Diz uma consequência (negativa) de estar muito tempo em frente aos ecrãs?
- Completa a frase: Quando estou em frente aos ecrãs estou a deixar de ...
- Diz o nome de 3/5 jogos tradicionais que conheças.
- A internet também tem vantagens, diz uma coisa boa que a internet nos dá.
- Indica 3 problemas que podem surgir do uso excessivo de telemóveis, computadores, tablets.

CASA DO SABER

- O facto de passares muito tempo em frente aos ecrãs contribui para o desenvolvimento de obesidade? Verdadeiro/Falso?
- As crianças para crescerem saudáveis têm que dormir bem, brincar de forma ativa e passar menos tempo sentadas? Verdadeiro/Falso?
- Os jogos podem aumentar a agressividade e a ansiedade das crianças? Verdadeiro/Falso?
- Durante as refeições devemos ver televisão ou vídeos no telemóvel? Verdadeiro/Falso?

- Que nome damos a pessoas que passam muitas horas a jogar e não conseguem parar?
- Se passares muito tempo em frente aos ecrãs isso pode trazer problemas de concentração e piorar o teu desempenho na escola. Verdadeiro/Falso?

CASA DA ENERGIA

- Salta 5/10 vezes à corda!
- Dá duas voltas ao pavilhão a correr!
- Encontra uma amiga e faz um jogo de mão!
- Constrói uma torre com 10 legos!
- Dá 10 saltos em polichinelo!
- Salta com os pés juntos de arco em arco até ao final (6 arcos)!

AVALIAÇÃO DA AES COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM SUBSTÂNCIA – DEPENDÊNCIA DE ECRÃS

Dado o grande número de turmas abrangidas a avaliação foi realizada no decorrer de um jogo, onde eram efetuadas perguntas que testavam o conhecimento das crianças e lhes permitia avançar ou não no jogo, os resultados obtidos foram:

1º Centro Escolar:

EQUIPAS	RESULTADOS
JI A Vs JI B	89% Respostas certas / 84% Respostas certas
1º ano A Vs 1º ano B	75% Respostas certas / 86% Respostas certas
2ºano A Vs 2ºano B	86% Respostas certas / 80% Respostas certas
3ºano A Vs 3ºano B	93% Respostas certas / 86% Respostas certas
4ºano A Vs 4ºano B	90% Respostas certas / 88% Respostas certas

2º Centro Escolar:

EQUIPAS	RESULTADOS
JI A Vs JI B	76% Respostas certas / 89% Respostas certas
1º ano A Vs 1º ano B	75% Respostas certas / 80% Respostas certas
2ºano A Vs 2ºano B	86% Respostas certas / 70% Respostas certas
3ºano A Vs 3ºano B	88% Respostas certas / 84% Respostas certas
4ºano A Vs 4ºano B	88% Respostas certas / 90% Respostas certas

3º Centro Escolar:

EQUIPAS

RESULTADOS

JI A Vs JI B

79% Respostas certas / 64% Respostas certas

1º ano Vs 2º ano

85% Respostas certas / **88% Respostas certas**

3ºano A 4ºano

86% Respostas certas / **90% Respostas certas**

4º Centro Escolar:

EQUIPAS

RESULTADOS

JI A Vs JI B

88% Respostas certas / 76% Respostas certas

1º ano Vs 2º ano

80% Respostas certas / **90% Respostas certas**

3ºano A 4ºano

85% Respostas certas / **90% Respostas certas**

Com a avaliação foi possível avaliar em que questões apresentavam mais dúvidas e reforçar o ensino nesse ponto. O que revelou ser o maior déficit de conhecimento respeita, de forma transversal, à pergunta: *Quanto tempo (horas) podem passar em frente aos ecrãs?*. Surgiram algumas turmas que referiram que embora tivessem conhecimento que não se devia estar com os *gadgets* aquando as refeições e antes de ir para a cama não sabiam explicar o porquê e referiam que os pais também o faziam. Mas foi notório o trabalho dos pais e dos profissionais que contactam com estas crianças porque a maioria já apresentava bastantes conhecimentos sobre o tema.

Esta atividade permitiu-me observar *in locu*, um dado curioso, como no mesmo concelho crianças parecem estar expostas a estímulos e adquirem por isso um desenvolvimento tão distinto. Permitiu-me concluir, apesar da amostra reduzida, que as mesmas crianças de quarto ano, por exemplo, numa escola eram peritas em saltar à corda e numa escola distinta não o sabiam fazer, atribui um pouco esta característica, alvo da minha reflexão,

ao contexto em que estavam inseridas. As escolas inseridas em contextos mais urbanos pareciam mais ligadas aos dispositivos eletrônicos e menos hábeis nos jogos e atividade física enquanto as escolas inseridas em contextos mais rurais demonstravam perícia absoluta em todos os jogos embora também possuíssem dispositivos eletrônicos e usufruíssem deles.

APÊNDICE II – Ação de Formação: Distrofia Muscular de Duchenne



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Planeamento da Ação de Formação

(Enfermeiros – UCC)

DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Trabalho elaborado por:

Ana Sousa, N° 330318001

Sob orientação: Enf.^a

Docente Orientadora: Prof^ª Isabel Quelhas

Mestrado em Enfermagem / A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica

Porto, Maio de 2019

INDICE

INTRODUÇÃO.....	3
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	4
SELEÇÃO DE CONTEÚDOS.....	4
DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.....	5
INCIDÊNCIA.....	5
DIAGNÓSTICO.....	5
EVOLUÇÃO	6
TRATAMENTO.....	7
PROGNÓSTICO	7
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DOENTE E FAMÍLIA	8
FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS.....	11
METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	12
RECURSOS.....	12
AValiação	12
PLANO DA AÇÃO.....	13
CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	16
APÊNDICES	21
APÊNDICE I.....	22
APÊNDICE II.....	83

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, da Unidade Curricular: A saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica, a decorrer no contexto de Cuidados de Saúde Primários, surgiu a referenciação de um adolescente com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD).

Dada a complexidade da patologia e da assistência ao doente e família, emergiu, desde logo, a necessidade da equipa dos enfermeiros aprofundarem e atualizarem conhecimentos no que respeita à patologia e assistência de enfermagem, pelo que, me foi proposta a execução de uma ação de formação ao grupo de pares –

Para isto, foi realizada uma revisão da literatura, de forma a aprofundar conhecimentos a cerca da patologia, bem como, a atualização do conhecimento em enfermagem integrando as últimas evidências na assistência de enfermagem nesta situação.

Defini como objetivo da realização desta sessão:

- Desenvolver competências comunicacionais com o grupo de pares;
- Desenvolver competências no planeamento e execução de sessões de formação.

O presente trabalho encontra-se dividido em sete capítulos, sendo eles, análise de situação/escolha do tema, seleção de conteúdos, formulação de objetivos, metodologia/seleção de estratégias, recursos e avaliação e plano da ação.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A Distrofia Muscular de Duchenne é uma anomalia genética recessiva, ligada ao cromossoma X, é resultado de uma mutação do gene que codifica a distrofina, localizado no cromossoma X, na região Xp21. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007) Sendo a proteína distrofina essencial para o funcionamento da fibra muscular, a sua ausência leva a degeneração muscular progressiva e irreversível. (Santos M. , 2019)

Devido a evolução da doença, ao aumento contínuo da dependência e ao mau prognóstico – o óbito acontece entre os 20 e os 30 anos de vida (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007), aquando a referenciação de um adolescente para a equipa da UCC onde decorre o atual estágio, revelou-se imperativo para os profissionais unirem esforços e conhecimentos de forma a conseguirem apoiar e assegurar ao adolescente e à família os cuidados de enfermagem idóneos. Surge assim a oportunidade de contribuir com uma ação de formação onde fosse possível aprofundar conhecimentos e partilhar experiências e saberes, de forma a potenciar a assistência de enfermagem.

SELEÇÃO DE CONTEÚDOS

A seleção de conteúdos prendeu-se não só na importância de conhecermos a patologia mas também perceber como decorre a sua evolução, permitindo aos profissionais prestar também cuidados antecipatórios, preparando e trabalhando possíveis estratégias para contornar a inevitável dependência. Para isto, sumariamente, serão abordados os seguintes pontos teóricos:

DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

A DMD surge na sequência de uma anomalia genética, do tipo recessivo, no cromossoma X. Existe uma mutação do gene da distrofina ou gene DMD e a proteína distrofina não é produzida.

A distrofina é essencial para o funcionamento da fibra muscular e a sua ausência causa degeneração muscular progressiva e irreversível, visto que, a par da perda das fibras musculares surge a incapacidade das fibras se regenerarem.

À medida que vão existindo menos fibras musculares, vai havendo uma fraqueza gradual, atingindo os vários músculos do corpo. As fibras musculares são substituídas por necrose e tecido adiposo. (Santos M. , 2019)

INCIDÊNCIA

A DMD é a causa mais comum de distrofia muscular e representa cerca de um terço dos doentes numa consulta de doenças neuromusculares em idade pediátrica. Afeta cerca de 1 em cada 3.800 a 6.300 recém-nascidos do sexo masculino.

1/3 dos casos é decorrente de novas mutações e 2/3 herdados de mãe portadora, que é assintomática. (Santos M. , 2019)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado através do estudo da história familiar, da avaliação física do doente e da realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente:

- Doseamento sanguíneo do nível de enzimas musculares esqueléticas (nomeadamente CK);
- Biopsia muscular;
- Estudo DNA;

- Exames que podem fornecer informações adicionais e/ou diagnóstico diferencial: histologia muscular, microscopia eletrônica, eletrocardiografia, tomografia computadorizada. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

EVOLUÇÃO

A DMD normalmente apresenta manifestações clínicas desde a primeira infância, embora possam existir variações na evolução. A suspeita da patologia surge quando a criança começa a andar, devido ao déficit de equilíbrio, à dificuldade e atraso na deambulação e no subir escadas, à diminuição da força muscular progressiva nos membros inferiores e às quedas frequentes. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

Numa fase inicial, um dos sinais de alerta para a família é a tendência que a criança tem para andar nas pontas dos pés o que leva ao desenvolvimento dos gastrocnêmios, à palpação mais volumosos e endurecidos. (Santos M. , 2019)

Surge precocemente o comprometimento da musculatura esquelética, aliado ao déficit motor da cintura pélvica e progressivamente outros grupos musculares, nomeadamente, cintura escapular e glúteo, o que leva a compensação com aumento da lordose lombar. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

A forma que as crianças adotam para se levantarem do chão é peculiar, denominada por manobra de Gower, para subir o tronco apoiam as mãos nos joelhos e o processo surge como uma escalada até à extensão do troco. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

A DMD vai apresentando manifestações clínicas nos diversos sistemas corporais, nomeadamente:

- Sistema Ortopédico: surgem deformações ortopédicas, devidas às posições viciosas que adotam. Este processo acontece de forma progressiva e nada tem que ver com anomalias genéticas, surge exclusivamente por desuso (mesmo a rarefação óssea visualizada nos ossos longos e chatos). A manifestação com consequências clínicas mais relevantes é a escoliose que surge associada a rotação do tronco. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

- Sistema Cardíaco: as manifestações mais frequentes, são, fibrose miocárdica focal (principalmente na parede do ventrículo esquerdo), cardiomiopatia dilatada (ventrículo esquerdo – causa de dispneia e restantes sintomas de insuficiência cardíaca congestiva), arritmias ventriculares e falência ventricular direita que conseqüentemente causa alterações respiratórias e hipertensão pulmonar. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)
- Sistema Respiratório: a fraqueza dos músculos respiratórios, nomeadamente, diafragmático, intercostais e acessórios é a razão da tosse ineficaz e respiração superficial – hipoventilação. A infeção pulmonar e a insuficiência respiratória são causas frequentes do óbito. (Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

TRATAMENTO

Existe controvérsias quanto à execução de exercícios físicos (treino de força e resistência muscular), alguns autores apontam que são deletérios, outros defendem que estes desaceleram a evolução da doença (Santos, Assunção, Lima, & Tófoli, 2010)

O tratamento foca essencialmente:

- Manutenção da função dos músculos não afetados;
- Fisioterapia para amplitude de movimento;
- Ortóteses, coletes, uso de cadeira de rodas;
- Artrodese;
- Alívio cirúrgico de contraturas;
- Exercícios respiratórios;
- Terapêutica farmacológica, nomeadamente corticoides (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010)

PROGNÓSTICO

A causa de morte está frequentemente relacionada com complicações cardíacas e/ou respiratórias.

- 75% dos casos a causa de morte advém de infecção pulmonar e insuficiência respiratória.
- 55– 20% morrem por falência cardíaca.
- 55 – 90% morrem por IR entre os 16 e os 19 anos

O óbito ocorre entre a 2ª e 3ª década de vida (maioritariamente antes dos 21 anos).
(Fonseca, Machado, & Ferraz, 2007)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DOENTE E FAMÍLIA

Pretende-se a abordagem geral de um portador da DMD e da sua família de forma a repensar a assistência de enfermagem e a potenciar os cuidados, estando mais atentos a determinados focos de atenção.

Seguidamente é possível a observação de um exemplo genérico de plano de cuidados:

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Auto cuidado	Défice no autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Definir estratégias para promover a autonomia; - Providenciar/aconselhar equipamentos facilitadores (cadeira de rodas, cadeira higiénica...); - Ensinar sobre posicionamentos e transferências (atendendo às possíveis deformidades).
Adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a adesão ao regime terapêutico; - Estimular adesão regime terapêutico.

Sistema respiratório	Processo do sistema respiratório comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre tratamento respiratório, nomeadamente, Cough Assist e Ventilação Não Invasiva (se for o caso); - Treinar utilização Cough Assist e VNI; - Avaliar a adaptação e adesão ao tratamento respiratório.
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde; - Dotar de conhecimentos sobre grupos de apoio (Ex: Associação Portuguesa de Neuromusculares).
Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desempenho do papel de prestador de cuidados;
Precaução de Segurança	Conhecimento de precaução de segurança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas; - Ensinar pais e/ou cuidadores sobre prevenção de queda; - Promover ambiente seguro.
Apoio da família	Apoio da família não eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Promover comunicação expressiva de emoções na família;

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover envolvimento da família alargada; - Avaliar stress parental e se necessário redefinir papéis familiares; - Otimizar apoio familiar.
Aceitação do Estado de Saúde	Aceitação do Estado de Saúde não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar escuta ativa; - Promover comunicação expressiva de emoções; - Encorajar aceitação.
Peso corporal	Peso corporal alterado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar peso corporal; - Ensinar sobre alimentação; - Vigiar estado nutricional; - Referenciar para outros profissionais de saúde (se necessário).
Dor	Risco de dor	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre avaliação da dor; - Instruir sobre técnicas de alívio da dor (farmacológicas e não farmacológicas); - Promover posicionamento antiálgico; - Promover conforto.

<p>Úlcera de pressão</p>	<p>Risco de úlcera de pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre pontos de pressão, nomeadamente, exercidos por dispositivos médicos; - Aplicar dispositivos de alívio de pressão; - Incentivar posicionamentos frequentes; - Ensinar sobre cuidados à pele e vigilância da pele; - Estimular mobilidade (ativa e/ou passiva).
---------------------------------	-----------------------------------	---

FORMULAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Dotar os formandos de conhecimentos sobre a patologia (Distrofia Muscular de Duchenne) e atualizar o conhecimento em enfermagem integrando as últimas evidências na assistência de enfermagem.

Objetivos específicos:

- Deter conhecimentos sobre a Distrofia Muscular de Duchenne (definição, incidência, diagnóstico, evolução, tratamento e prognóstico);
- Identificar principais focos de atenção de enfermagem.

METODOLOGIA/SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A ação de formação terá por base o método expositivo, com recurso a uma apresentação Power Point (Apêndice I) que aborda os diferentes pontos teóricos e a demonstração de vídeos que pretendem simplificar a compreensão da evolução da DMD e a utilização de Cough Assist, um dos dispositivos utilizados no tratamento respiratório.

RECURSOS

Para a realização da ação de formação “Distrofia Muscular de Duchenne” foram necessários os seguintes recursos:

- RECURSOS HUMANOS: uma estudante do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- RECURSOS FÍSICOS: sala de reuniões da UCC;
- RECURSOS MATERIAIS: um computador portátil, uma tela e um projetor;

AVALIAÇÃO

Para que seja possível a avaliação da ação de formação, foi elaborado um questionário (Apêndice II) e será solicitado o preenchimento por parte de cada participante.

PLANO DA AÇÃO

Formador	Ana Sousa - Estudante do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica sob orientação da Enf ^a . <input type="text"/>
Tema	Distrofia Muscular de Duchenne
Grupo alvo	Enfermeiros da UCC <input type="text"/>
Número de participantes	7
Data	20 de Maio de 2019
Horário	13h
Local	Sala de reuniões da UCC
Duração	60 min.
Objetivo Geral	Dotar os formandos de conhecimentos sobre a patologia (Distrofia Muscular de Duchenne) e atualizar o conhecimento em enfermagem integrando as últimas evidências na assistência de enfermagem.
Objetivos Específicos	Pretende-se que os formandos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Deter conhecimentos sobre a Distrofia Muscular de Duchenne (definição, incidência, diagnóstico, evolução, tratamento e prognóstico);- Identificar principais focos de atenção de enfermagem.

Fases	Duração	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos
<i>Introdução</i>	5'	-Apresentação do formador; -Enquadramento e pertinência da formação; -Apresentação dos conteúdos a abordar: Sumário.	Método expositivo.	Computador, projetor e tela.
<i>Desenvolvimento</i>	40'	-Definição de DMD; -Incidência, diagnóstico, evolução, tratamento, prognóstico; -A assistência de enfermagem ao doente e família.	Método expositivo.	Computador, projetor e tela.
<i>Conclusão</i>	10'	-Síntese dos principais conceitos; -Promover a discussão; -Esclarecimento de dúvidas.	Método expositivo. Discussão orientada.	Computador, projetor e tela.
<i>Avaliação</i>	5'	-Solicitação do preenchimento do questionário de avaliação da sessão.	Questionário de avaliação.	Questionário de avaliação.

CONCLUSÃO

O presente planeamento possibilitou a organização de conteúdos e estratégias a apresentar na formação ao grupo de pares, com vista, na promoção de uma prática de cuidados baseada na mais recente evidência.

A seleção de conteúdos acabou por se revelar mais complexa devido à informação dispar encontrada, nomeadamente no tratamento, onde estudos suportam a teoria que a execução de treinos de força e resistência são deletérios, por outro lado, outros apontam-nos como benefício por desacelerarem a evolução da doença.

A complexidade das diversas patologias, nomeadamente, a DMD, constitui um desafio constante para os enfermeiros, quer para que consigam apoiar a criança e família nas transições que implicam – saúde/doença, desenvolvimental e situacional – quer pela luta continua para manter o máximo de independência possível e encontrar estratégias adaptativas.

Pretende-se que a ação de formação contribuía com as ferramentas teóricas necessárias para a potencialização dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (1981). Lei 21/81. *Diário da República n.º 189/1981, Série I de 1981-08-19*, 2129 - 2129.
- Bastos, M. A. (2011). *Parceria de Cuidados em Pediatria Observada à Luz da Investigação. V Seminário de Investigação em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.*
- Bastos, M. A. (2012). *Dor em Pediatria: Papel do Enfermeiro... Evidência e Boas Práticas. Workshop: Gestão da dor-Um direito dos doentes/um desafio para os enfermeiros.*
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor.* Coimbra: ESenfC.
- Batalha, L. M. (2013). *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década.* *Saúde & Tecnologia*, 16-21.
- Carta de Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* Ottawa, Canadá. Obtido em 31 de Maio de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers.* *Journal of Advanced Nursing*, 1058-1062.
- CEJ. (Julho de 2018). *Centro de Estudos Judiciários.* Obtido em 30 de Maio de 2019, de CEJ: www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/familia/eb_InternetCrianças2018.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (12 de Maio de 2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários.* Obtido em 02 de Junho de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- DGE. (s.d.). Obtido em 23 de Maio de 2019, de Direção-Geral da Educação: <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>
- DGS . (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa.
- DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.* Lisboa.
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).* Lisboa.

- DGS. (12 de Agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar/>
- DGS. (23 de Outubro de 2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma Número 002/2015*. Lisboa.
- DGS. (8 de Fevereiro de 2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017*.
- Diário da República. (16 de Abril de 2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*, pp. 15438-15440.
- Diário da República. (5 de Agosto de 2014). *Dec. Lei nº 118/2014 de 5 de agosto*, pp. 4069-4071.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018*, pp. 19192-19194.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento nº422/2018*, pp. 19192-19194.
- Diário da República. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento Nº140/2019*, pp. 4744-4750.
- Diário da República Eletrónico. (22 de Agosto de 2007). Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Decreto-Lei n.º 298/2007 - Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22*, pp. 1-16.
- Ferreira, P. S. (2014). *A Relação entre a Qualidade da Vinculação e o Desenvolvimento Emocional de Crianças em Idade Pré-Escolar*. ISPA - Instituto Universitário.
- Fonseca, J. G., Machado, M. J., & Ferraz, C. L. (2007). Distrofia Muscular de Duchenne: Complicações respiratórias e seu tratamento. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 109-120.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de investigação: da conceção à realidade*. Loures: Lusociência.
- Greco, R. M. (2004). RELATO DE EXPERIÊNCIA: Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira Enfermagem, Brasília (DF)*, 504-507.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental. *NASCER E CRESCER: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, XXIV*, 99-102.

- Guimarães, M. S., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. Obtido em 4 de Novembro de 2019, de <https://journaldedados.files.wordpress.com> > 2016/10
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Nona Edição ed.). Loures: Lusociência.
- ICN - International Council of Nurses. (2016). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. (O. d. Enfermeiros, Trad.) Lusodidacta.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Referência: Revista de Enfermagem*, 109-118.
- Maas, T. (2006). O Processo de Transição do Ser Adolescente Hospitalizado com Doença Crônica Sob a Ótica da Enfermagem. Curitiba.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2010). Comunicação e Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12-14.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As Especificidades da Comunicação na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37-44.
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 6*, 113-121.
- Miranda, A. R., Oliveira, A. R., Toia, L. M., & Stucchi, H. K. (2015). A Evolução dos Modelos de Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada nos Últimos Trinta Anos: do Modelo Centrado na Doença ao Modelo Centrado na Criança e Família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba V. 17, Nº 1*, 5 - 9.
- Monahan, F. D., Sands, J. k., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença* (Oitava Edição ed., Vol. Vol III). Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. Lisboa. Obtido em 12 de Dezembro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros . (2011). *Guia Orientador de Boa Prática - Caderno OE; Serie I; Número 3; Volume 3* . Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática - Caderno OE; Serie I; Número 3; Volume 1*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (Julho de 2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!* Obtido em 2019 de Junho de 02, de https://www.ordemenfermeiros.pt/.../Estudo%20UCC%20SR%20Sul%202013_3dez2014.pt
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização. Guia Orientador de Boa Prática - Cadernos OE; Serie I, Número 8*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. Lusodidacta.
- Pinheiro, G. M., Macedo, A. P., & Costa, N. M. (2014). *Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência; Série IV; N° 2 , 101-109*.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (Quinta Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Rêgo, M. A., Bezerra, M. d., & Martinez, C. R. (Julho-Dezembro de 2017). *Adolescência X Doenças Crônicas: a Contribuição da Psicologia no Trabalho com Adolescentes Hospitalizados. Revista Expressão Católica Saúde, V.2, N. 2, 17-25*.
- REPE. (4 de Setembro de 1996). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/.../nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Santos, G. F., Assunção, J. J., Lima, A. B., & Tófoli, I. (Jul-Dez de 2010). *Estilos de Liderança: Enfoque na Teoria X e Teoria Y de Douglas Mcgregor. Universitari@ - Revista Científica do Unisaesiano - LINS - SP, 22-35*.
- Santos, M. (17 de Maio de 2019). *Sociedade Portuguesa de Neuropediatria*. Obtido de <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/distrofia-muscular-de-duchenne>

- Santos, P. M., Silva, L. F., Depianti, J. R., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os Cuidados de Enfermagem na Percepção da Criança Hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 646-653.
- SBP. (15 de Outubro de 2018). Obtido em 28 de Maio de 2019, de Sociedade Brasileira de Pediatria: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/tempo-maximo-de-uso-de-telas-para-criancas-e-adolescentes-sera-um-dos-temas-tratados-em-evento-da-sbp-a-ser-realizado-em-belo-horizonte/>
- Silva, A. R., Garcia, P. N., & Guariglia, D. A. (2013). MÉTODO CANGURU E OS BENEFÍCIOS PARA O RECÉM-NASCIDO. *Revista Hórus*, Vol: 8; N°2, 1-10.
- Silva, M. A. (Janeiro de 2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem*. Porto.
- SNS. (Fevereiro de 2009). *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 02 de Junho de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/01/ACONTECIMENTO-EXTRAORDINARIO-RelatoRIO-GCRCSP-Fev-2009.pdf>
- SNS. (s.d.). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido em 8 de Julho de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/introducao.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Obtido em 6 de Janeiro de 2020, de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Souza, L. P., Silva, C. C., Brito, J. C., Santos, A. P., Fonseca, A. D., Lopes, J. R., . . . Souza, A. A. (2012). O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *Journal of the Health Sciences Institute*, 354-358.
- WHO. (24 de Abril de 2019). Obtido em 25 de Maio de 2019, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

APÊNDICES

APÊNDICE I



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO



DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Autor: Ana Sousa – Estudante de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização
em Saúde Infantil e Pediátrica

Maio de 2019

Sumário

- ↳ Distrofia Muscular de Duchenne
- ↳ Incidência
- ↳ Diagnóstico
- ↳ Evolução
- ↳ Tratamento
- ↳ Prognóstico
- ↳ Assistência de Enfermagem ao doente e família

Distrofia Muscular de Duchenne

A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) surge na sequência de uma **anomalia genética**, do tipo recessivo, no cromossoma X. Existe uma mutação do gene da distrofina ou gene DMD e a proteína distrofina não é produzida.

A distrofina é essencial para o funcionamento da fibra muscular e a sua ausência causa **degeneração muscular progressiva e irreversível**, visto que, a par da perda das fibras musculares surge a incapacidade das fibras se regenerarem.

À medida que vão existindo menos fibras musculares, vai havendo uma fraqueza gradual, atingindo os vários músculos do corpo.

Incidência

A DMD é a causa mais comum de distrofia muscular e representa cerca de um terço dos doentes numa consulta de doenças neuromusculares em idade pediátrica.

Afeta cerca de 1 em cada 3.800 a 6.300 recém-nascidos do sexo masculino.

(Sociedade Portuguesa de Neuropediatria)

1/3 dos casos é decorrente de novas mutações e 2/3 herdados de mãe portadora, que é assintomática.

Diagnóstico

- ↳ História familiar e avaliação física do doente
 - ↳ Doseamento, sanguíneo, do nível de enzimas musculares esqueléticas (nomeadamente CK)
 - ↳ Biopsia muscular
 - ↳ Estudo DNA
- ↳ Exames que podem fornecer informações adicionais e/ou diagnóstico diferencial: histologia muscular, microscopia eletrónica, eletrocardiografia, tomografia computadorizada.

Evolução da DMD

A linha do tempo da
Distrofia Muscular de
Duchenne

Tratamento

- ↳ Manutenção da função dos músculos não afetados
- ↳ Fisioterapia para amplitude de movimento
- ↳ Ortóteses, coletes, uso de cadeira de rodas
- ↳ Artrodese
- ↳ Alívio cirúrgico de contraturas
- ↳ Exercícios respiratórios
- ↳ Terapêutica farmacológica, nomeadamente esteroides

Existe controvérsias quanto à execução de exercícios físicos (treino de força e resistência muscular), alguns autores apontam que são deletérios, outros defendem que estes desaceleram a evolução da doença.

Prognóstico

- ↳ A causa de morte está frequentemente relacionada com complicações cardíacas e/ou respiratórias
- ↳ 75% dos casos a causa de morte advém de infecção pulmonar e insuficiência respiratória (IR)
- ↳ 10 – 20% morrem por falência cardíaca
- ↳ 55 – 90% morrem por IR entre os 16 e os 19 anos
- ↳ **O óbito ocorre entre a 2ª e 3ª década de vida (maioritariamente antes dos 21 anos)**

Assistência de Enfermagem ao doente e família

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Auto cuidado	Défice no autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Definir estratégias para promover a autonomia; - Providenciar/aconselhar equipamentos facilitadores (cadeira de rodas, cadeira higiénica...); - Ensinar sobre posicionamentos e transferências (atendendo às possíveis deformidades).
Adesão ao regime terapêutico	Não adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a adesão ao regime terapêutico; - Estimular adesão regime terapêutico.
Sistema respiratório	Processo do sistema respiratório comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre tratamento respiratório, nomeadamente, Cough Assist e Ventilação Não Invasiva (se for o caso); - Treinar utilização Cough Assist e VNI; - Avaliar a adaptação e adesão ao tratamento respiratório.

Assistência de Enfermagem ao doente e família

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde; - Dotar de conhecimentos sobre grupos de apoio (Ex: Associação Portuguesa de Neuromusculares).
Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de cuidados comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desempenho do papel de prestador de cuidados;
Precaução de Segurança	Conhecimento de precaução de segurança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas; - Ensinar pais e/ou cuidadores sobre prevenção de queda; - Promover ambiente seguro.

Assistência de Enfermagem ao doente e família

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Apoio da família	Apoio da família não eficaz	-Promover comunicação expressiva de emoções na família; -Promover envolvimento da família alargada; - Avaliar stress parental e se necessário redefinir papeis familiares; -Otimizar apoio familiar.
Aceitação do Estado de Saúde	Aceitação do Estado de Saúde não demonstrado	-Realizar escuta ativa; -Promover comunicação expressiva de emoções; -Encorajar aceitação.
Peso corporal	Peso corporal alterado	-Avaliar peso corporal; -Ensinar sobre alimentação; -Vigiar estado nutricional; -Referenciar para outros profissionais de saúde (se necessário).

Assistência de Enfermagem ao doente e família

Foco	Diagnóstico	Intervenções
Dor	Risco de dor	-Ensinar sobre avaliação da dor; -Instruir sobre técnicas de alívio da dor (farmacológicas e não farmacológicas); -Promover posicionamento antiálgico; -Promover conforto.
Úlcera de pressão	Risco de úlcera de pressão	-Ensinar sobre pontos de pressão, nomeadamente, exercidos por dispositivos médicos; -Aplicar dispositivos de alívio de pressão; -Incentivar posicionamentos frequentes; -Ensinar sobre cuidados à pele e vigilância da pele; -Estimular mobilidade (ativa e/ou passiva).

Cough Assist



How CoughAssist Works

Referências Bibliográficas

Fonseca, J. G., Machado, M. J., & Ferraz, C. L. (2007). Distrofia Muscular de Duchenne: Complicações respiratórias e seu tratamento . *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 109-120.

Monahan, F. D., Sands, J. k., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença* (Oitava Edição ed., Vol. Vol III). Lusodidata.

Santos, Manuela (17 de Maio de 2019). *Sociedade Portuguesa de Neuropediatria* . Obtido de <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/distrofia-muscular-de-duchenne>

Santos, N. M., Rezende, M. d., Terni, A., Hayashi, M. C., Fávero, F. M., Quadros, A. A., Oliveira, A. (2006). Perfil Clínico e Funcional dos Pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne Assistidos na Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM). *Revista Neurociências*, V14, 15-22.



APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Por favor, responda ao seguinte questionário para que seja possível a avaliação desta formação:

	V	F
A Distrofia Muscular de Duchenne é caracterizada por degeneração progressiva e irreversível das fibras musculares.		
Na DMD as fibras musculares são substituídas por fibrose e tecido adiposo.		
Um dos primeiros achados é o aumento do desenvolvimento dos gastrocnemios.		
A causa de morte, em doentes com DMD, está frequentemente relacionada com complicações cardíacas e/ou respiratórias.		
Os cuidados antecipatórios não potenciam o acompanhamento da criança e família.		

A formação correspondeu às expectativas?

Sim ____

Não ____

Muito Obrigada pela Atenção!

AVALIAÇÃO AÇÃO DE FORMAÇÃO – DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Para que fosse possível avaliar a eficácia da ação de formação foi distribuído no final da mesma o seguinte questionário, onde coloco os resultados a azul:

	V	F
A Distrofia Muscular de Duchenne é caracterizada por degeneração progressiva e irreversível das fibras musculares.	100%	0%
Na DMD as fibras musculares são substituídas por fibrose e tecido adiposo.	86%	14%
Um dos primeiros achados é o aumento do desenvolvimento dos gastrocnemios.	100%	0%
A causa de morte, em doentes com DMD, está frequentemente relacionada com complicações cardíacas e/ou respiratórias.	100%	0%
Os cuidados antecipatórios não potenciam o acompanhamento da criança e família.	86%	14%

A formação correspondeu às expectativas?

Sim ___ **(100%)**

Não ___ **(0%)**

Foi possível através da realização do questionário de avaliação, perceber que os formandos adquiriram os conhecimentos que se pretendiam com esta ação de formação e que 100% considerou que a mesma correspondeu às expectativas.

APÊNDICE III – Adesivos Personalizados

