



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

Por

Ana Lúcia Ferreira Fernandes de Carvalho

Porto, junho de 2024



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

Por

Ana Lúcia Ferreira Fernandes de Carvalho

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Porto, junho de 2024

RESUMO

O conceito de criança tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, ocupando hoje um lugar de destaque na sociedade e, em particular, na família. Devido às suas particularidades, a criança requer diferentes tipos de cuidados de enfermagem, que dependem do seu estado de saúde, da sua fase de desenvolvimento e da sua cultura. Isso exige que os Enfermeiros que cuidam destas crianças possuam um conjunto de competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que visem prestar cuidados de excelência ao binómio criança e família. Integrado no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório, a elaboração deste relatório, tem como objetivo apresentar o percurso desenvolvido ao longo do estágio, em contexto de cuidados intensivos neonatais, serviço de urgência pediátrica e cuidados de saúde primários. Foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, de modo a demonstrar como atingi as competências específicas propostas para este ciclo de estudos, através dos objetivos que tracei nos diferentes contextos de estágio e das atividades que desenvolvi para os alcançar, fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Ao longo deste percurso, ficou demonstrado o destaque de várias áreas de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Entre elas, a comunicação com a criança e família, as situações de especial complexidade, os cuidados centrados no desenvolvimento, a promoção da parentalidade, a parceria de cuidados, a promoção da saúde infantil e juvenil. Foi igualmente reconhecido o papel incontestável do enfermeiro especialista nas áreas de Gestão, Formação e Investigação com o objetivo de garantir a segurança e excelência dos cuidados. Este processo formativo constituiu um contributo fundamental para a aquisição e consolidação de competências e para o meu crescimento pessoal e profissional, o que permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados que presto à criança, jovem e sua família.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Competências, Cuidado à Criança e Família, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

The child notion has been evolving over time, occupying nowadays an obvious place in the society, particularly, in the family. Due to their particularities, children require different types of nursing care, that depend on their health status, stage of development and culture. This requires that nurses who care for these children have a set of specific skills in Child and Pediatric Health Nursing, which aim to provide excellent care to the child and family. As part of the 16th Master's Degree in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at the Porto Health Institute of the Universidade Católica Portuguesa, within the scope of the Curricular Unit - Final Internship and Report, this report was prepared, with the aim of present the journey developed throughout the internship, in the context of neonatal intensive care, pediatric emergency services and primary health care. A descriptive and critical-reflexive methodology was used, to demonstrate how I achieved the specific skills proposed for this cycle of studies, through the goals I set in the different internship contexts and the activities I developed to achieve them, based on the best scientific evidence available. Along this path, the importance of several areas of expertise of nurses specializing in child and pediatric health was demonstrated. Among them, communication with the child and family, situations of special complexity, developmental centered care, the promotion of parenting, care partnerships, the promotion of child and youth health. The undeniable role of the specialist nurse in the areas of Management, Training and Research was also recognized, ensuring safety and excellence in care. This training process made a fundamental contribution to my skills acquisition and consolidation and to my personal and professional growth, which allowed me to improve the quality of care I provide to children, young people and their families.

Keywords: Specialist Nurse, Skills, Child and Family Care, Child and Pediatric Health Nursing.

“Valorize a paixão onde quer que a encontre”

Berry Brazelton

AGRADECIMENTOS

Terminar este percurso envolveu desafios, sacrifícios e gratidão.

Gostaria de expressar o meu sincero obrigado a todos os que me acompanharam e partilharam este caminho comigo:

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei por me terem tornado melhor
enfermeira.

À Professora Doutora Constança Festas, a minha orientadora, pela disponibilidade, pela
orientação, pela confiança e incentivo.

A todos os profissionais com quem me cruzei pela partilha.

Aos meus colegas de trabalho, pela ajuda e motivação.

Aos meus colegas de curso, pelos bons momentos vividos, pelos desabafos e
principalmente pela amizade construída.

À minha companheira de curso, pelo caminho trilhado em equipa.

Aos meus amigos, pelo já está quase.

Aos meus pais, por serem uns excelentes pais, o meu maior suporte.

Ao meu marido, pela paciência, pelo incentivo e apoio incondicional e principalmente
por acreditar em mim.

Ao meu filho, por todos os dias me ensinar a ser melhor pessoa.

LISTA DE SIGLAS

AES – Ação de Educação para a Saúde

ASCJR – Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CMEEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CPTAS – Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECTS – European Credit Transfer System

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OBS – Sala de Observações

PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SC – Supervisão Clínica

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

SUPP – Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
2. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS: PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO	21
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	25
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	29
4.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	30
4.2 DOMÍNIO DA GESTÃO	73
4.3 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	79
4.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	86
5. CONCLUSÃO.....	91
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
APÊNDICES.....	107
APÊNDICE I – Folheto informativo “Alimentação no 1º ano de vida”.....	109
APÊNDICE II – Sessão de Educação para a Saúde “Alimentação no 1º ano de vida”	113
APÊNDICE III – Ação de Educação para a Saúde “Saúde Oral – a história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos”.....	123
APÊNDICE IV – Formações realizadas durante o CMEEESIP.....	143
APÊNDICE V – Ação de Formação ao Grupo de Pares “Desenvolvimento Infantil e Juvenil”	147
APÊNDICE VI – Revisão Integrativa da Literatura.....	169
APÊNDICE VII – Póster “Importância da presença da família em situações de emergência pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura”.....	191

1. INTRODUÇÃO

Integrado no segundo ano do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEEESIP), do Instituto de Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa (UCP), surge a elaboração deste relatório, no âmbito da Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório. Esta Unidade curricular decorreu ao longo de dois semestres e previa um total de 840h, correspondendo a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS), distribuídas por componente de estágio (360h), seminários (20h) e orientações tutoriais (20h), totalizando 400h de contacto e foram também realizadas 440h de trabalho autónomo (que engloba além do estudo e pesquisa individual – 240h, a elaboração deste relatório – 200h).

Relativamente à componente de estágio desta unidade curricular e de acordo com o plano de estudos, esta realizou-se em dois contextos distintos. Em contexto hospitalar, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com uma carga horaria prevista de 90h e num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrico (SUPP), também com 90h. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF), num total previsto de 180h de contacto. Em todos eles foram ultrapassadas as horas de contacto previstas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “*O estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista*” (2021, p. 2) pois permite que as aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidados, contribuindo para todo este processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos.

Relativamente ao presente relatório, este pretende apresentar o percurso desenvolvido ao longo do estágio para consecução dos objetivos gerais do plano de estudos e das competências gerais para obtenção do grau de Mestre, como:

- *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências*

adquiridas no curso de licenciatura de enfermagem, incluindo no domínio da investigação;

- *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;*
- *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

Para além da obtenção do grau de Mestre, estas competências irão simultaneamente, possibilitar a conquista do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Este relatório, além de servir como instrumento de avaliação, pretende, principalmente, expor e refletir sobre o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Utilizando uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, procuro demonstrar como atingi as competências específicas propostas para este ciclo de estudos, através dos objetivos que tracei nos diferentes contextos de estágio e das atividades que desenvolvi para os alcançar, fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Estruturalmente está organizado em 5 capítulos, iniciando-se pela presente introdução e seguidamente, o segundo capítulo diz respeito a competências previamente desenvolvidas, tendo em conta o meu percurso formativo e profissional e no terceiro capítulo, faço uma contextualização do estágio final. O quarto capítulo, encontra-se organizado em quatro subcapítulos que correspondem aos quatro principais domínios de atuação do enfermeiro, o domínio da prestação de cuidados, da gestão, da formação e da investigação, onde realizo uma análise descritiva e crítico-reflexiva sobre as atividades

realizadas para desenvolver as competências previstas no plano de estudos. Em seguida, no quinto capítulo, apresento a conclusão com uma apreciação global sobre o relatório e o meu percurso de aprendizagem. Por fim, incluo todas as referências bibliográficas mencionadas ao longo do relatório, segundo a norma de referência da *American Psychological Association*, 6ª edição e os apêndices que complementam o relatório e facilitam a compreensão de algumas das atividades desenvolvidas.

2. DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS: PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO

A constante evolução científica e tecnológica dos últimos tempos, reflete-se numa maior exigência e complexidade em cuidados de enfermagem, que por sua vez, impõe ao enfermeiro a procura de conhecimentos e competências por meio de uma aprendizagem contínua (Lourenço, Gonçalves, Sequeira, Melo, & Gouveia, 2022). Nesta perspectiva, o processo de aprendizagem em enfermagem, bem como o exercício profissional, deve ser entendido como um processo contínuo e evolutivo.

Foi tendo em conta esta premissa que ingressei neste CMEEESIP porque, embora o conhecimento reflexivo desenvolvido ao longo da minha carreira profissional me tenha dotado de competências em determinados domínios, foi apenas com o equilíbrio entre o saber da prática e o conhecimento empírico adquirido durante a componente teórica deste curso que consegui consolidar conhecimentos e competências, bem como adquirir novas, durante a realização do estágio final.

Devido à minha experiência profissional de 14 anos na área da pediatria, obtive a creditação ao estágio do segundo semestre, do primeiro ano, *A Saúde da Criança e Família – Vigilância e decisão clínica*, correspondendo a 12 ECTS, de acordo com o regulamento geral deste curso.

O meu fascínio pela pediatria começou quando iniciei funções num SUPP e aí permaneci durante 6 anos. A paixão pela área continuou, desta vez um serviço de pediatria que engloba Urgência Pediátrica (UP), internamento médico-cirúrgico e consulta de pediatria, desde há 8 anos até à atualidade.

No serviço de internamento de pediatria presto cuidados a crianças e jovens desde um mês de idade até aos 18 anos, sempre acompanhados pelos pais ou pessoa de referência. Funciona como internamento de pediatria médica e cirúrgica com especialidades como cirurgia, otorrinolaringologia e ortopedia. Os cuidados prestados são sempre planeados, tendo em conta a especificidade e necessidades de cada criança/jovem e sua família. Neste

sentido, utilizo a minha capacidade de juízo clínico para aplicar o processo de enfermagem na avaliação das necessidades, formulando diagnósticos de enfermagem, planeando e executando intervenções adequadas de forma a dar resposta a essas necessidades. Envolve sempre os pais ou cuidadores, dotando-os de conhecimentos e habilidades com vista a alcançar a maior autonomia possível no cuidar, promovendo a otimização da saúde do binómio. Posteriormente, procedo à sua avaliação e utilizo a plataforma informática S-Clínico como ferramenta para registo dos cuidados prestados.

O acolhimento de uma criança/jovem e família é uma prioridade no sentido de minimizar o impacto da hospitalização e da doença. Em relação às crianças, procuro eliminar ou minimizar o stress causado pela separação, perda de controlo, lesão corporal e dor. Quanto aos pais, informo-os sobre o que esperar, bem como o que esperamos deles, incentivando a sua participação nos cuidados ao seu filho, promovendo as relações familiares e destacando a importância do seu papel na saúde da criança (Sanders, 2014).

Em qualquer contexto assistencial, a minha prestação de cuidados baseia-se nos cuidados centrados na família, trabalhando em parceria com a criança/família, negociando a sua participação em todo o processo de cuidar, promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). O papel parental é também um foco constante no meu dia-a-dia, que avalio e procuro promover através de apoio e capacitação dos pais, com a intenção de favorecer a sua autonomia nos cuidados ao seu filho.

Com o estabelecimento de uma comunicação efetiva com a criança/jovem e sua família permite-me criar de uma relação terapêutica baseada na confiança. Para isso, utilizo técnicas de comunicação adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança, procurando também, através da escuta ativa, compreender os pais. Transmito segurança e respeito pelas crenças e individualidade de cada binómio, garantindo assim um ambiente acolhedor e colaborativo.

A doença ou o trauma podem ser geradores de dor, angústia e stress na criança/jovem e família, assim procuro fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, usando medidas farmacológicas e não farmacológicas para prevenção e alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Relativamente à UP, esta procura dar resposta a situações agudas de doença ou trauma, desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de vida, abrange áreas de atuação como sala de emergência, triagem, decisão clínica e sala de observações. Aqui, o

reconhecimento precoce de situações de instabilidade das funções vitais é uma exigência diária, pois a triagem, por exemplo, é o local de primeiro contacto com a criança, onde rapidamente tenho de avaliar o seu estado clínico e usando o pensamento crítico, tomar a decisão sobre qual o nível de prioridade a lhe atribuir. Na sala de emergência, onde lido com situações de risco de vida, é essencial responder de forma rápida e eficaz, usando técnicas e conhecimentos em suporte avançado de vida. Além disso, é fundamental a procura constante por evidências científicas atualizadas, considerando a diversidade e complexidade das patologias apresentadas pelas crianças e jovens.

Ao longo destes anos de exercício profissional, desenvolvi algumas competências na área de gestão, uma vez que colaboro e participo em funções relacionadas com a gestão do serviço quando sou destacada como responsável de turno e de supervisão quando oriento alunos da licenciatura ou participo na integração de novos colegas no serviço.

Como já referi, apesar da minha experiência profissional me dotar de algumas competências nesta área tão específica como é a área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, estas competências são insuficientes para me qualificar como enfermeiro especialista. Portanto, percebi a relevância da formação contínua para a aquisição e aprimoramento de conhecimentos e competências, em áreas que a prática por si só não consegue suprir. Ao escolher este caminho, desenvolvi a capacidade de autoconhecimento e a assertividade, fundamentais na prática de enfermagem, procurando alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente (Ordem dos Enfermeiros, 2019), aspirando à minha evolução enquanto pessoa e profissional.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

A experiência do Estágio Final foi crucial para fortalecer e ampliar os meus conhecimentos. Ao longo deste período, pude não só consolidar os saberes previamente adquiridos como adquirir novos. Os locais de estágio proporcionaram um ambiente propício para a aplicação prática do conhecimento teórico e adquirir novas competências e habilidades. Este processo de aprendizagem contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional, preparando-me de forma mais sólida e abrangente para desafios futuros como EEESIP.

Este estágio decorreu no período de 4 de setembro de 2023 até 8 de março de 2024 em contextos distintos. Em contexto hospitalar, numa UCIN e num SUPP. Em contexto de CSP, numa UCC e numa USF.

O primeiro contexto decorreu numa UCIN, de 4 de setembro até 14 de outubro de 2023, perfazendo 94h de contato direto e 60h de trabalho autónomo. Esta UCIN, está situada num hospital da zona Norte do país e tem como foco principal o cuidado ao Recém-Nascido (RN) desde as 24 semanas de gestação até aos 28 dias de vida bem como às suas famílias. Oferece cuidados especializados, intensivos e intermédios de elevada qualidade aos RN, procurando sempre integrar as suas famílias que podem permanecer na unidade 24h por dia. A taxa de ocupação da unidade, enquanto decorreu o estágio, foi 64,84% (informação cedida pela administrativa da unidade).

Fazem parte da equipa multidisciplinar 32 enfermeiros, onde 5 são EEESIP, incluindo a Enfermeira Gestora, 1 é Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 4 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O número mínimo de enfermeiros por turno são 4, mas podem ser sempre mais tendo em conta a ocupação da unidade. Esta divide-se em dois locais principais de prestação de cuidados, a unidade de cuidados intensivos e a unidade de cuidados especiais neonatais. Os RN são encaminhados para as diferentes áreas de acordo com a sua patologia, instabilidade

clínica, necessidade de intervenções ou terapêuticas invasivas, sendo considerados RN de alto risco ou médio risco, tendo em conta critérios definidos pelo hospital em questão, em norma interna. A estrutura física das duas áreas é *open space*, com incubadoras e berços respetivamente, acompanhado de cadeirão para o familiar, ambos dispõem de um posto de controlo para monitorização e registo de parâmetros vitais dos RN. Existem ainda dois quartos de isolamento fora destas áreas.

Além disso, o serviço dispõe de um pequeno laboratório para análises rápidas, um lactário, onde as mães podem realizar extração mecânica de leite materno, um gabinete dedicado ao acondicionamento e preparação de medicação e um armazém avançado para o armazenamento de material essencial à unidade. Uma copa de leites, uma copa para profissionais, vários gabinetes, um vestiário para profissionais e um dormitório com várias camas destinadas aos pais dos RN.

O segundo contexto decorreu também em contexto hospitalar, num SUPP, no período de 16 de outubro até 18 de novembro de 2023, totalizando 102h de contato e 60h de trabalho autónomo. Este SUPP localiza-se num hospital na zona Norte do país e presta assistência a crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias de vida, em situações de doença ou trauma grave, seja em atendimento primário ou referenciado (Diário da República, 2014b), onde a afluência diária rondou as 300 crianças por dia, com um pico de afluência entre as 15h e as 19h.

Fazem parte da equipa multidisciplinar 54 enfermeiros, dos quais 17 são EEESIP, incluindo a Enfermeira Gestora. São distribuídos por equipas e em todos os turnos exercem funções 8 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas de atendimento e onde o chefe de equipa é sempre um EEESIP.

O serviço inclui dois gabinetes de triagem, onde é realizada a primeira observação da criança e o sistema adotado para o efeito é o *Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS). É um processo rápido de avaliação da criança, baseado nas suas características fisiológicas, psicossociais e de desenvolvimento, nas suas diferentes idades, permitindo estabelecer uma prioridade de atendimento, tendo em conta a gravidade da situação. Após a triagem a criança/jovem é encaminhada para as diferentes especialidades dependendo do motivo que a levou ao serviço de urgência, podendo ser direcionada imediatamente para a sala de emergência em caso de prioridade emergente ou aguardar nas diversas salas de espera disponíveis no SUPP. O serviço inclui também diversos gabinetes médicos, uma

sala de pequena cirurgia/ortopedia e um gabinete de enfermagem. Existe ainda uma área de internamento de curta duração/Sala de Observações (OBS) com 11 camas, uma de isolamento, e mais 4 vagas adicionais na área designada como laranja (no mesmo espaço físico), para doentes instáveis. No serviço estão também disponíveis vários espaços de apoio como copas, sala de reuniões, armazéns de material necessário ao funcionamento do SUPP, sala de sujos e casas de banho.

Durante o período do estágio, a estrutura física da urgência foi temporariamente alocada em contentores provisórios, devido à reestruturação da infraestrutura da urgência pediátrica que se encontrava em curso.

O terceiro contexto decorreu em CSP, mais especificamente numa UCC e numa USF pertencentes à Administração Regional de Saúde do Norte, no período de 20 de novembro de 2023 até 8 de março de 2024, realizando 196h de contato em que 49h foram na USF e mais 120h de estudo e trabalho individual.

A UCC iniciou a sua atividade em 2011 e tem como missão “*contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra*” (Ministério da Saúde, 2024). A sua área geográfica contempla 22 freguesias, distribuídas por 122,45Km², abrangendo 55464 utentes, onde 2907 são crianças com idades iguais ou inferiores a 6 anos.

Para conseguir atender às necessidades desta comunidade a equipa da UCC dota-se de 12 enfermeiros, 3 EEESIP, 2 Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2 Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e 5 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, mais um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista, um assistente social e 2 secretários clínicos.

São desenvolvidas inúmeras atividades na UCC mas os EEESIP concentram-se principalmente em atividades relacionadas com Saúde Escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), Saúde Mental, Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)), cursos de promoção da parentalidade, como a massagem infantil, preparação para a parentalidade e amamentação, e no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) através da Equipa Local de Intervenção (ELI) do qual a minha tutora faz parte.

Quanto à USF, esta iniciou a sua atividade em 2007 e tem inscritos 14209 utentes, sendo 2532 com idades até aos 19 anos. Conta com uma equipa de 8 enfermeiros, onde apenas um é EEESIP, e pertencem à equipa multidisciplinar mais 8 médicos de medicina geral e familiar, 5 internos e 6 secretários clínicos. São prestados cuidados segundo o modelo de enfermeiro de família, enquanto parte da equipa multiprofissional de saúde, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as etapas da vida e em todos os contextos da comunidade (Diário da República, 2014a). Aqui acompanhei a EEESIP apenas em atividades relacionadas com crianças e jovens como consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, consultas de planeamento familiar e rastreio de saúde visual infantil, tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Estes contextos de estágio, bem distintos e com características muito próprias, proporcionaram-me uma variedade de experiências, cada uma única e igualmente enriquecedora, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, que descreverei ao longo deste relatório.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O CMEEESIP na UCP tem como objetivo possibilitar a aquisição e integração de novos conhecimentos, capacidades e habilidades, desenvolvendo competências avançadas, necessários para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família.

De forma a conferir reconhecimento de um enfermeiro como enfermeiro especialista, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) diz-nos que este 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, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Diário da República, 1996, p. 2960).

Assim, a Ordem dos Enfermeiros (2018b, p. 19192) define que as competências específicas de um EEESIP são:

- “a) Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;*
- b) Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;*
- c) Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.*

Contudo, as competências transversais a todos os enfermeiros especialistas abrangem os Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; da Melhoria Contínua da Qualidade; da Gestão dos Cuidados; e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, tendo por base os objetivos e competências gerais deste curso de mestrado e as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros para a certificação do enfermeiro especialista, decidi organizar e agrupar as competências deste plano de estudos do curso de mestrado, que procurei desenvolver durante o estágio nestes domínios de atuação do

enfermeiro, nomeadamente a Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação, reconhecendo que algumas competências podem ser aplicáveis a mais que um domínio. Apresento também os objetivos específicos traçados e as atividades desenvolvidas para os alcançar, acompanhados de uma breve descrição e reflexão crítica, associada à fundamentação teórica.

4.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Os cuidados em enfermagem são cada vez mais complexos e abrangem um amplo espectro de suporte que os enfermeiros oferecem aos seus utentes. Este suporte inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento de doenças agudas ou crônicas, a reabilitação e a reinserção social, tanto a nível individual, familiar como comunitário (Diário da República, 1996). Portanto, este domínio da prestação de cuidados torna-se elementar para todo o percurso de aprendizagem e aquisição de competências de um EEESIP. Este, desenvolve a sua atividade centrando-se no binómio criança/família, visando sempre a satisfação das suas necessidades. Realiza o seu trabalho em parceria com a criança e família/pessoa significativa, seja qual for o contexto em que se encontre, numa perspetiva de nível avançado, com segurança e competência, atendendo às características próprias, às necessidades decorrentes do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança, promovendo a saúde e a parentalidade, bem como reconhecendo e atuando em situações de especial complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Competência desenvolvida
<ul style="list-style-type: none"><i>Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</i>

Objetivo:

- Conhecer a estrutura, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar e interdisciplinar dos diferentes contextos.

Reflexão:

O conhecimento da estrutura física, da dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar e interdisciplinar nos diferentes contextos é crucial para o sucesso da integração numa nova equipa. Só com uma integração eficaz na orgânica funcional de cada contexto seria possível a realização dos objetivos propostos, o desenvolvimento de novas competências e um cuidado mais competente (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Nos diferentes contextos a experiência de acolhimento foi bastante semelhante, fui recebida pela Enfermeira Gestora do serviço que me apresentou ao enfermeiro(a) tutor(a) e restantes elementos da equipa presentes nesse dia. Realizamos uma visita guiada pelo serviço e apresentaram-me de forma geral a dinâmica organizacional e as particularidades de cada contexto, o que me permitiu estabelecer uma relação de confiança para que me sentisse confortável para aprender com a equipa.

Além disso, tive o cuidado e a oportunidade de consultar as normas, protocolos e folhetos informativos vigentes nos serviços. Só através de uma atuação consistente e uniforme se pode garantir uma prática de enfermagem segura e com iguais níveis de qualidade (Administração Central de Sistemas de Saúde, IP, 2011). Isso, por sua vez, serviu de elemento facilitador na minha integração na equipa multidisciplinar uma vez que me permitiu atuar com segurança e responder prontamente quando necessário. Consequentemente, também transmitiu maior confiança tanto à criança quanto à família uma vez que todos procedíamos de igual forma.

Fui muito bem recebida em todos os ambientes de prática e as equipas multidisciplinares mostraram-se extremamente recetivas, compartilhando conhecimento e experiências, bem como inquietações e preocupações relacionadas aos cuidados. Experimentei um profundo sentimento de pertença às equipas, o que sem dúvida facilitou a minha integração. Assumi uma postura responsável e competente, demonstrando interesse e um enorme desejo de experienciar e colaborar em situações novas e enriquecedoras, adquirindo conhecimentos e competências em cada oportunidade.

No serviço de neonatologia, os meus tunos decorreram sobretudo na UCIN, o que já havia despertado em mim um grande interesse, mas ao mesmo tempo, constituiu um grande desafio devido à especificidade dos cuidados em questão e pela particularidade deste tipo de doentes e famílias. A complexidade dos casos e a sensibilidade exigida no tratamento

dos RN e suas famílias tornaram essa experiência intensiva e enriquecedora, proporcionando-me uma visão mais profunda e abrangente da prática de enfermagem neonatal.

De salientar que a UCIN tinha um ambiente, extremamente tranquilo e controlado. Os ruídos e a luz eram reduzidos ao mínimo e os cuidados eram meticulosamente planejados de forma a minimizar as manipulações frequentes, entre qualquer elemento da equipa. A luz intensa e contínua é um fator de stress para o RN e o alto nível de ruído pode dificultar a manutenção dos estados de sono, impactando o adequado desenvolvimento do RN. Também o plano de cuidados ao RN deve ser conhecido por todos, permitindo agrupá-los e estruturá-los ao longo das 24h, conforme nos diz Ramos, Vilaça e Mendes (2020). Aqui o método de trabalho adotado era o método de trabalho individual. Este implica uma abordagem de assistência integral ao cliente, onde um único enfermeiro assume a responsabilidade total pelo cuidado de um grupo de clientes durante um turno. A organização dos cuidados de enfermagem é orientada pelas necessidades individuais de cada um, destacando a centralidade do cliente como foco principal do cuidado (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021). O número de RN atribuídos a cada enfermeiro variava de acordo com o seu grau de dependência de cuidados, sendo que na UCIN nunca ultrapassava 2 por turno. Desta forma, o enfermeiro era responsável, durante esse turno, por todos os cuidados prestados aquele RN e respetiva família.

No que diz respeito ao estágio no SUPP, foi aquele em que me integrei com maior facilidade. Isso deveu-se ao facto de trabalhar diariamente num Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) e de ter iniciado a minha atividade profissional neste mesmo serviço há alguns anos. Apesar de agora o fazer como estudante deste curso de mestrado, essa experiência prévia foi, sem dúvida, facilitadora no meu processo de integração. Embora reconheça que nenhum serviço seja imutável e tenha observado mudanças e avanços nos cuidados de enfermagem, o facto de ainda conhecer muitos profissionais da equipa interdisciplinar e multidisciplinar, muitos dos circuitos permanecerem iguais, conhecer o próprio sistema de triagem, que seria aqui o grande desafio, resultou numa fácil e rápida adaptação ao serviço.

No SUPP foi possível compreender a realidade da prestação de cuidados às crianças criticamente doentes e às suas famílias. O enfermeiro especialista enfrenta um desafio constante, exigindo competência, sensibilidade e respeito, dado o estado de saúde delicado da criança e a sua dependência em relação à equipa de cuidados. Esta experiência

evidenciou a complexidade da situação, não apenas devido à instabilidade hemodinâmica frequente, mas também à diversidade e complexidade das patologias apresentadas pelas crianças e jovens. Torna-se essencial uma constante atualização de conhecimentos e a busca contínua por evidências científicas atualizadas para garantir uma prestação de cuidados adequada e de qualidade a cada situação clínica e a cada criança.

Durante o estágio, tive oportunidade de experienciar diversas áreas de assistência à criança e ao jovem no SUPP, incluindo triagem, sala de pequena cirurgia/ortopedia, gabinete de enfermagem, OBS/sala laranja e sala de emergência. No entanto, a grande maioria dos meus turnos decorreram na triagem e acompanhando o chefe de equipa. Esta experiência revelou-se particularmente vantajosa para mim por ser a área que mais se diferencia do meu trabalho habitual. O sistema de triagem adotado é inovador e exclusivo desta urgência em toda a zona norte do país, além disso, a possibilidade de colaborar com a gestão de equipas e do serviço permitiu-me desenvolver novas competências.

Relativamente à metodologia de trabalho no SUPP, esta é bastante particular. Cada enfermeiro é responsável por uma área de trabalho e devido à excessiva afluência do serviço e à necessidade de resposta rápida num curto espaço de tempo a um grande número de crianças e famílias o método funcional era bastante utilizado. Os enfermeiros concentram-se na execução de tarefas específicas ao cliente (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021), mas assumindo sempre a responsabilidade pelo cuidado das crianças e famílias daquela área de trabalho, visando atender às suas necessidades de forma segura e global. Neste contexto, também se destaca o método de trabalho em equipa, no qual os enfermeiros são organizados em grupos e coordenados por líderes. Estes garantem a otimização das habilidades e qualificações individuais de cada profissional, assegurando uma prestação de cuidados integrais às crianças e famílias sob a sua responsabilidade (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021). Aqui o papel do chefe de equipa é fundamental, pois ele tem sempre uma visão geral de tudo o que se passa no SUPP, adequando a sua atuação juntamente com todos os membros da equipa, tendo em conta a imprevisibilidade do serviço.

No SUPP destaco a implementação de um projeto liderado pelo diretor de serviço em colaboração com a equipa de enfermagem e os profissionais da área informática. Este projeto consistia em disponibilizar, na sala de emergência, um conjunto de protocolos de atuação para diversas situações, como paragem cardiorrespiratória, trauma, convulsão, dificuldade respiratória, entre outras. Quando uma criança chegava à sala de emergência,

esses protocolos eram projetados numa televisão para que todos os membros da equipa os seguissem de forma consistente. Essa abordagem facilitava a coordenação entre a equipa e garantia uma atuação segura, reduzindo os erros em situações de elevado stress.

Durante o período de estágio, deparei-me com a circunstância peculiar de a estrutura física da unidade de urgência estar alocada em contentores temporários. Esta configuração revelou-se desafiadora tanto para mim quanto para os profissionais e utentes envolvidos. O ambiente resultante apresentava-se frio e impessoal, caracterizado por barreiras relacionadas com a estrutura física e a limitação de espaço disponível. Esta condição não apenas impactou a dinâmica de trabalho, mas também afetou a qualidade da interação entre profissionais de saúde e utentes, evidenciando a importância de um ambiente adequado e acolhedor para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Esta condição foi transitória, pelo período que decorreram as obras.

O último contexto de estágio decorreu em CSP, constituindo, inegavelmente, o desafio mais significativo de todo o percurso. Deparei-me com uma realidade profundamente distinta daquela que conhecia, caracterizada pela novidade, exigindo de mim uma capacidade de adaptação excecional, mas no qual cada momento e interação representavam uma oportunidade de crescimento profissional.

Na UCC, estabelece-se uma proximidade ímpar com a comunidade, dado que esta constitui o cerne dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental ao planear e executar cuidados de forma autónoma, incorporando exclusivamente intervenções autónomas. Segundo a definição do REPE (1996, p. 2961), as intervenções autónomas referem-se a "*ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais*". Essa abordagem destaca o papel proativo e independente dos enfermeiros da UCC na prestação de cuidados direcionados à comunidade.

Da UCC fazem parte vários recursos e são implementados diversos projetos inovadores, representando um compromisso contínuo com a excelência na prestação de cuidados de saúde. Durante o meu período de estágio, em estreita colaboração com a minha tutora, concentrei-me especialmente na área da educação para a saúde, contribuindo de forma significativa para a promoção e manutenção da saúde tanto a nível individual como coletivo. Destacam-se, neste âmbito, iniciativas como o curso de preparação para a

parentalidade, o curso de massagem infantil e o apoio à amamentação, que visam proporcionar às famílias as ferramentas e o suporte necessários para um início de vida saudável para os seus filhos. Além disso, destaco também o trabalho na área da saúde escolar, através da implementação de programas como o PNSE, o PASSE, o PRESSE, bem como iniciativas relacionadas com a saúde mental e o PNPSO. Por fim, destaco ainda o papel fundamental desempenhado pelas Equipes Locais de Intervenção Precoce, que visam identificar e intervir precocemente em situações de risco ou vulnerabilidade nas crianças e suas famílias, promovendo o seu desenvolvimento saudável e integral.

Na USF, pude observar uma sinergia notável entre o enfermeiro, o médico e o administrativo em benefício das famílias atendidas. Ficou claramente evidente o trabalho em equipa e a colaboração multidisciplinar, especialmente durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. A organização eficaz dessas consultas permitia uma coordenação harmoniosa entre enfermeiro e médico, possibilitando que a consulta médica e de enfermagem ocorressem quase simultaneamente, na mesma sala. Essa abordagem não apenas reduzia o desconforto da criança e dos pais, evitando que a criança permanecesse desnecessariamente despida por longos períodos e tornando as consultas mais ágeis, mas também diminuía a necessidade de os pais repetirem informações. Além disso, permitia uma avaliação eficiente do desenvolvimento e crescimento da criança realizadas por ambos os profissionais, promovendo uma abordagem holística e coordenada aos cuidados de saúde infantil.

Competência desenvolvida
<ul style="list-style-type: none">• <i>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.</i>

Objetivos:

- Desenvolver competências sobre técnicas de comunicação com a criança e família;
- Desenvolver competências relacionais com a criança e família.

Reflexão:

Phaneuf (2002) destaca a comunicação como uma ferramenta base para a construção da relação de ajuda, a qual é uma modalidade essencial de intervenção nos cuidados de enfermagem.

É inegável a interligação entre cuidar e comunicar, sendo crucial compreender que a eficácia da comunicação terapêutica demanda um comprometimento genuíno com o bem-estar das pessoas e um sincero interesse em compreender as situações que enfrentam. Nesse sentido, o foco principal da prestação de cuidados deve sempre ser a pessoa, garantindo assim que ela se sinta compreendida e cuidada, condição indispensável para uma comunicação terapêutica efetiva (Coelho, 2015).

Como já foi dito, a comunicação assume um papel de extrema relevância na prática de enfermagem, sendo uma competência essencial para os enfermeiros, pois desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados de qualidade às pessoas. Em relação ao EEESIP, “*comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis*” (2018b, p. 19193) faz parte das suas competências específicas. Pois estabelecer uma relação terapêutica com as crianças e suas famílias, fundamentada na confiança, empatia e respeito mútuo, só é possível através de uma comunicação clara e eficaz.

Entende-se comunicação como um processo dinâmico de troca e partilha de informações, sentimentos e emoções entre indivíduos. Esse intercâmbio ocorre tanto de forma consciente quanto inconsciente, através de expressões verbais e não verbais, bem como pelas ações dos intervenientes. Ao participarmos desse processo, somos capazes de captar e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções da outra pessoa, criando laços significativos com ela (Phaneuf, 2002).

Compreender que a comunicação é uma presença constante em todas as nossas interações é essencial, ainda que seja um processo desafiador e complexo. No contexto da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é crucial dominar técnicas de comunicação e implementar estratégias adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança, tendo em consideração as suas crenças e contexto sociocultural. Além disso, é fundamental envolver a família nesse processo de construção da relação, garantindo assim uma abordagem holística e centrada na criança/família. Essas estratégias foram implementadas com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica eficaz, onde a

confiança, segurança e participação dos envolvidos como parceiros nos cuidados fossem promovidas, tendo em consideração a individualidade de cada um.

Atendendo às diferentes formas de comunicar, “*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, p. 1). Desta forma, a observação cuidadosa e atenta do RN e latente torna-se essencial para identificar e responder adequadamente às suas necessidades, facilitando a comunicação. Nesse sentido, adotei uma postura serena, com uma abordagem suave e tranquila, sempre pedindo permissão antes de tocar e assegurando toques seguros e reconfortantes. Mantive um tom de voz calmo e suave, procurando minimizar os ruídos externos que pudessem perturbar o RN. Além disso, estive atenta aos momentos em que o RN se mostrava mais recetivo, procurando promover o seu conforto e reorganização durante a prestação dos cuidados, especialmente na UCIN. Com o latente, conforme Honckenberry (2014b) nos refere, esforcei-me por promover o contacto visual entre ele e os pais, sempre que possível. Procurei que os pais ou a pessoa de referência fossem a principal fonte de contacto e manipulação do latente, sempre que a situação o permitisse, como forma de reduzir a ansiedade e evitar o choro.

Nos diferentes contextos de estágio, foi possível consciencializar os pais sobre essa forma específica de comunicação e a importância de reconhecer as interações dos filhos como uma maneira de expressão. Ajudei os pais a interpretar as alterações comportamentais e o choro dos seus bebés de forma a poderem responder às suas necessidades, incentivando o contacto físico e a tranquilidade nas suas interações.

No que diz respeito às crianças do pré-escolar, é importante ter em mente o seu pensamento egocêntrico. Portanto, a comunicação deve ser focada nelas mesmas, tornando inútil usar exemplos baseados nas experiências de outros (Hockenberry M. J., 2014b). Prestei especial atenção ao vocabulário que usava, optando por usar frases curtas e simples para garantir que a minha comunicação fosse clara, evitando o uso de analogias. As crianças desta idade “*fazem leituras diretas e concretas daquilo que ouvem e veem. São incapazes de abstrair e, por isso, fazem interpretações literais das palavras*” (Hockenberry M. J., 2014b, p. 128). Dei-lhes oportunidade de manipular os objetos antes de os usar nelas e tentei mantê-los fora do seu campo de visão quando não eram

necessários, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo pelo desconhecido (Hockenberry M. J., 2014b). As crianças desta faixa etária estão especialmente atentas ao ambiente ao seu redor, atribuindo significados a cada gesto e movimento (Hockenberry M. J., 2014b). Isso levou-me a ter um cuidado especial com a minha comunicação não verbal, garantindo que fosse coerente com a minha comunicação verbal.

Já as crianças de idade escolar, tendem a acreditar menos no que veem e mais no que sabem. Procuram explicações e justificações para tudo, demonstram interesse no funcionamento de instrumentos, procedimentos e atividades. Necessitam de informações antecipadas sobre o que vai acontecer, porque vai acontecer e como vai acontecer (Hockenberry M. J., 2014b). Daí a importância de explicar e preparar a criança antes de qualquer procedimento, além de permitir que colabore sempre que possível. Permitti-lhes participar no procedimento segurando uma ligadura ou retirando um penso, por exemplo, não só promovia a sua sensação de controlo e autonomia como também contribuía para reduzir a ansiedade e o medo associados às intervenções de enfermagem. Isto é ainda mais relevante quando falamos de procedimentos dolorosos ou que lhes possam causar desconforto, uma vez que as crianças desta faixa etária estão particularmente preocupadas com a integridade do seu corpo (Hockenberry M. J., 2014b). Além disso, é fundamental proporcionar-lhes oportunidades para expressar as suas dúvidas, preocupações e sentimentos, ouvindo atentamente e transmitindo tranquilidade. É importante estar sensível à sua linguagem não-verbal, observando gestos, postura, expressão facial, e garantir que a comunicação verbal esteja alinhada com a não-verbal. Isso ajuda a estabelecer uma comunicação eficaz e empática, permitindo que a criança se sinta compreendida e apoiada nas suas preocupações.

Em todos os momentos priorizei a sinceridade nas informações transmitidas e nas minhas ações, nunca mentindo à criança nem criando falsas expectativas, favorecendo a confiança no profissional de saúde.

A brincadeira também nunca foi esquecida, uma vez que "*brincar é a linguagem universal da criança*" (p. 130) e pode ser utilizada para o ensino, como uma forma de expressar sentimentos ou para alcançar um objetivo terapêutico (Hockenberry M. J., 2014b). No SUPP, durante intervenções como realização de radiografias, por exemplo, recorria a expressões como "sorri, quero que fiques bonito na foto", ou ao colocar um cateter venoso periférico, explicava que era "o lança-teias do Homem-Aranha, é um segredo nosso, não contes a ninguém". Estimulei ainda o uso de jogos e distrações, assim como recompensas

para reforçar comportamentos positivos, como autocolantes ou diplomas, elogios e música. Estas estratégias favoreceram a interação entre o enfermeiro e a criança. Além disso, simular os procedimentos em brinquedos ou até mesmo nos próprios pais revelou-se eficaz para promover a aceitação das intervenções. Incentivar a presença e participação dos pais nos cuidados também minimiza a angústia da separação e promove a parceria nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No que diz respeito à comunicação com o adolescente, esta torna-se desafiante devido à oscilação entre ser criança e adulto que estes vivenciam. A relação de confiança não é garantida devido às variações na forma como os adolescentes comunicam e reagem aos acontecimentos, que podem alternar entre cooperação, hostilidade e raiva. A confidencialidade é essencial para eles e rejeitam facilmente quem procura impor valores contraditórios aos seus. No entanto, encontram-se dispostos a discutir as suas preocupações com um adulto que não seja da família, vendo com agrado a possibilidade de interagir com o enfermeiro, sem a presença dos pais (Hockenberry M. J., 2014b). Assim, procurei sempre ouvi-los atentamente, demonstrando disponibilidade e curiosidade pelos seus interesses e preocupações. Evitei fazer julgamentos ou críticas, optando antes por valorizar e elogiar os seus aspetos positivos. Em muitas situações, o silêncio foi uma escolha deliberada, permitindo-lhes espaço para se expressarem sem pressões ou interrupções. Valorizei o sigilo e a privacidade, conseguindo estabelecer com o adolescente uma relação de confiança e uma maior colaboração nos cuidados.

Em relação aos pais, mostrei-me sempre disponível para apoiá-los, estimulando o diálogo e transmitindo segurança na informação que lhes fornecia, procurando ser assertiva. Ao mesmo tempo, tentava equilibrar a informação que transmitia com aquilo que os pais eram capazes ou desejavam receber, uma vez que o excesso de informação pode aumentar a ansiedade e prejudicar a comunicação (Hockenberry M. J., 2014b).

Evitei fazer juízos de valor e recorri à escuta ativa, reconhecida como "*a componente mais importante para efetivar a comunicação*" (p. 125), ajudando a identificar problemas e preocupações. Noutras situações, privilegiei o silêncio, pois permitia aos pais expressarem os seus pensamentos e sentimentos e procurarem respostas para as suas questões (Hockenberry M. J., 2014b).

Na UCIN ou durante as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), adotei a estratégia de utilizar principalmente perguntas abertas, uma vez que estas

permitem uma maior expressão de informação por parte dos pais, revelando muitas vezes preocupações ou problemas que poderiam estar encobertos (Hockenberry M. J., 2014b). Ao formular questões mais abrangentes, como "Como tem sido a vossa experiência?" ou "O que come o seu bebé?", muitas vezes iniciavam-se verdadeiros diálogos, nos quais os pais compartilhavam uma variedade de perspetivas sobre a sua experiência ou expressavam as suas dúvidas em relação ao cuidado do seu filho. Em relação ao SUPP, especialmente na triagem, a entrevista requer uma abordagem mais direcionada, com perguntas pertinentes que permitam uma avaliação rápida e eficaz do estado da criança. Este primeiro contacto com o meio hospitalar é crucial, pois uma abordagem inicial inadequada pode afastar alguém do serviço de saúde. Uma escuta desatenta pode resultar numa interpretação errada do problema apresentado, enquanto informações técnicas ou inadequadas podem ser mal compreendidas, comprometendo a qualidade da assistência prestada (Sequeira, 2016).

Uma abordagem adequada neste momento inicial pode contribuir para estabelecer confiança, transmitir segurança e garantir uma experiência positiva para a criança e para os pais. Isso implica não apenas uma comunicação clara e acolhedora, mas também uma atitude empática, que demonstre compreensão e respeito pelas preocupações e necessidades da família.

No SUPP e na UCIN, deparei-me frequentemente com a admissão de pessoas de outros países. Esta realidade exigiu uma adaptação linguística e cultural, muitas vezes recorrendo a meios informáticos para minimizar as barreiras na comunicação. Quase diariamente contactava com diferentes culturas, crenças e formas de lidar com a saúde e a doença. Assim, procurei agir com respeito e compreensão por cada indivíduo, abstendo-me de fazer juízos de valor e adequando as intervenções a cada situação específica (Diário da República, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Competências desenvolvidas
<ul style="list-style-type: none">• <i>Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;</i>

- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.*

Objetivo:

- Desenvolver competências na promoção e avaliação do desenvolvimento da saúde infantil.

Reflexão:

A criança é um ser em desenvolvimento psicomotor, cognitivo, emocional e social. O objetivo da vigilância de saúde infantil e juvenil prende-se com a avaliação desse desenvolvimento de forma a detetar precocemente quaisquer perturbações e as suas implicações na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Neste sentido, os CSP desempenham um papel fundamental na realização deste desígnio através da CESIJ. Esta consulta torna-se um momento privilegiado de interação entre o enfermeiro e a criança/família. Deve ir além da simples avaliação dos dados antropométricos que precede a consulta médica, realizando uma avaliação abrangente ou estabelecendo um plano de cuidados de enfermagem, com o propósito de ajudar a criança ou jovem/família, são ou doente, e os grupos sociais a que pertence, a manter, melhorar e/ou recuperar a saúde, levando-os a atingir a máxima capacidade de autocuidado, tão rapidamente quanto possível (Fernandes & Andrade, 2020). Assim, além da vigilância do crescimento e desenvolvimento psicomotor, a promoção da saúde e prevenção de doença realizadas na CESIJ devem integrar os cuidados antecipatórios e o incentivo ao cumprimento do PNV. Está descrito no regulamento das competências específicas do EEESIP que este deve promover o crescimento infantil e juvenil, avaliando e demonstrando conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. Deve ser capaz de informar as famílias sobre cuidados antecipatórios, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança e do jovem, assegurando que atinjam a melhor condição de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Para Melo (2021), a Consulta de Enfermagem torna-se numa estratégia para aplicar o processo de enfermagem sendo crucial que o enfermeiro esteja plenamente consciente do que abordar na consulta, saber quais os focos centrais da sua atenção, identificando os possíveis diagnósticos de enfermagem com a prescrição e implementação de intervenções e posterior avaliação dos resultados dessas mesmas intervenções. Com este processo mental de decisão clínica bem organizado, a consulta é efetivamente uma interação terapêutica e não uma simples conversa que se poderia ter com qualquer outra pessoa ou profissional de saúde (Melo, 2021).

Em contexto de CSP, na USF tive oportunidade de participar e realizar várias consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil considerando todo o processo de decisão clínica. Iniciando pela avaliação, o que é avaliado (área de atenção e dimensões de diagnóstico) e como avaliar (critérios da atividade de diagnóstico); o que diagnosticar (diagnóstico de enfermagem); o que fazer (intervenções de enfermagem); e por fim, que resultados (avaliação dos resultados obtidos) (Melo, 2021). Assim foi possível realizar CESIJ com qualidade tendo por base este processo de decisão clínica bem organizado.

Realizei estas CESIJ de forma cada vez mais autónoma, abrangendo crianças de quase todas as idades-chave estabelecidas pela Direção-Geral de Saúde no PNSIJ 2013, com a exceção dos adolescentes. Estas idades-chave correspondem a momentos significativos da vida do bebé, da criança ou do adolescente, como as fases do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade (Direção-Geral da Saúde, 2013). Saliento a avaliação e interpretação dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento segundo o PNSIJ. Avaliei e registei no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil os dados antropométricos e avaliei as respetivas curvas de crescimento no sentido de monitorizar o estado nutricional e o crescimento das crianças. Um desenvolvimento dentro dos parâmetros normais, de forma equilibrada é fundamental para uma vida adulta saudável tendo assim implicações significativas na saúde das populações (Direção-Geral da Saúde, 2013). Avaliei o desenvolvimento infantil tendo por base a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, conforme recomendado pelo PNSIJ, para as idades preconizadas. Este processo começava assim que a criança e família entravam no consultório, através de uma observação crítica da criança enquanto estava no colo dos pais ou brincava. Esta observação inicial, realizada sem que a criança se apercebesse, permitia obter conclusões importantes e geralmente fíáveis sobre o seu desenvolvimento conforme se encontra descrito no PNSIJ da Direção-

Geral da Saúde (2013). A aquisição de diferentes competências psicomotoras e comportamentais é um processo dinâmico e contínuo, onde a ordem de aparecimento das diferentes funções é sempre constante, mas a velocidade dessa aquisição é variável de criança para criança (Direção-Geral da Saúde, 2013). Daí a importância de um EEESIP na realização de CESIJ uma vez que este possui conhecimentos e competências no que diz respeito ao desenvolvimento típico, às variações normais e aos sinais de alerta, a fim de poder identificar não apenas problemas patológicos e encaminhá-los adequada e oportunamente para uma intervenção eficaz, mas também questões fisiológicas que possam ser resolvidas com medidas simples (Pinto, 2009; Direção-Geral da Saúde, 2013). Assim, fui capaz de implementar medidas para promover e estimular o desenvolvimento, fornecendo informações e orientações aos pais sobre como estimular o seu filho, para que cada criança possa alcançar o máximo das suas potencialidades (Direção-Geral da Saúde, 2013). Também promovi os cuidados antecipatórios como um fator crucial de promoção da saúde e prevenção de doença, fornecendo aos pais conhecimentos e habilidades em áreas como alimentação, sono, vacinação, acidentes, entre outras recomendadas no PNSIJ. Desta forma, fui capaz de maximizar o desenvolvimento das capacidades parentais e de otimizar o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013; Fernandes & Andrade, 2020).

A observação da criança e família, a forma com interagem ou se comportavam, não transmitia apenas informações importantes sobre o desenvolvimento da criança, mas também revelava aspetos essenciais sobre o papel parental. Durante o decorrer da consulta, com a utilização de perguntas abertas, ou mesmo com a perceção de alguma alteração no crescimento ou desenvolvimento, foi possível detetar inseguranças dos pais e responder às suas dúvidas, promovendo comportamentos promotores de saúde. Considerando o desenvolvimento e capacidade cognitiva da criança, esta educação para a saúde foi também dirigida à própria criança no sentido de promover o seu desenvolvimento pessoal e social e incentivar a sua autodeterminação, com progressiva responsabilização pelas suas escolhas em relação à saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Um grande número de CESIJ realizadas foram de latentes entre os 6 meses e 1 ano de idade e uma das temáticas que gerava muitas dúvidas na consulta era a alimentação no primeiro ano de vida. Neste sentido, elaborei um folheto informativo sobre alimentação no 1º ano de vida do bebé (Apêndice I) e foi identificada também a mesma necessidade

pela UCC, tendo desenvolvido uma sessão comunitária de educação para a saúde sobre o mesmo tema, com distribuição do mesmo folheto. Pois a informação deve ser continuada, para além da consulta presencial, podendo ser abordada individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, como distribuição de material informativo, sessões de educação para a saúde, envolvendo crianças, jovens e famílias (Direção-Geral da Saúde, 2013; Fernandes & Andrade, 2020).

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil estão alinhadas com o esquema cronológico preconizado no novo PNV, com o objetivo de reduzir o número de deslocações aos CSP e assim, aumentar tanto a adesão ao esquema vacinal quanto a assiduidade nas próprias consultas (Direção-Geral da Saúde, 2013). Em todas as CESIJ promovi a adesão ao PNV e aproveitava para verificar se o boletim de vacinas se encontrava atualizado e, quando necessário, realizava a vacinação no mesmo momento, conforme recomendado.

Para “*a promoção da vacinação como um direito, um dever e um ato de cidadania*” (p. 15), torna-se essencial investir na informação dos cidadãos e profissionais de saúde. Esse investimento capacita para a tomada de decisões cada vez mais esclarecidas e participativas, além de fomentar a crescente partilha de informações credíveis sobre as vacinas e a vacinação (Direção-Geral da Saúde, 2020). Elucidei os pais e as crianças sobre a importância da vacinação na prevenção de doenças que têm um impacto significativo na saúde individual e comunitária. Informei sobre as vacinas do PNV, bem como sobre vacinas extraplano, administrei vacinas às crianças adotando medidas para garantir uma adequada gestão da dor, tranquilizando tanto as crianças quanto os pais. Além disso, informei sobre cuidados pré e pós vacinação, expliquei os potenciais efeitos adversos e como atuar em caso de ocorrência, mostrando disponibilidade para esclarecer quaisquer dúvidas e receios manifestados. Procedi ao registo informático da imunização bem como no boletim de vacinas da criança e validei o próximo agendamento.

Neste contexto de estágio também tive oportunidade de participar no Rastreio de Saúde Visual Infantil, integrado no PNSIJ e no Programa Nacional para a Saúde da Visão. Este rastreio, tem como objetivo identificar crianças entre os 2 e os 5 anos de idade, com alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia que é um reconhecido problema de saúde pública. O seu diagnóstico precoce pode ter efeitos positivos no crescimento e desenvolvimento infantil, na aprendizagem e autoconfiança da criança, aumento da produtividade e diminuição de custos de tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2018b).

Diagnosticar precocemente doenças que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, faz parte das competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Resumindo, acredito que consegui desenvolver competências na promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, aplicando intervenções adequadas com base nas necessidades identificadas e nas particularidades de cada criança e família.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito do apoio à Parentalidade.

Reflexão:

Tornar-se pai ou mãe é um dos maiores desafios da vida adulta que os seres humanos enfrentam, devido à responsabilidade que acarreta, às mudanças que implica e à necessária adaptação que o nascimento de uma criança exige no seio da família (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A parentalidade assume especial relevância para o EEESIP, pois é um foco de enfermagem primordial, independentemente do seu contexto de atuação. E segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 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”* (Internacional Council of Nurses, 2019).

Neste sentido, o nascimento de um filho e a sua integração na unidade familiar é um momento de transição especialmente crítico para as famílias, exigindo mudanças nos papéis desempenhados e nas próprias relações familiares, os casais passam a assumir o papel de pai e mãe, além de marido e mulher (Hockenberry M. J., 2014a). No entanto, o processo de parentalidade não se limita ao início da vida da criança, mas acompanha todo o seu ciclo vital, ajustando-se ao seu crescimento e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). A parentalidade adapta-se continuamente às necessidades específicas dos filhos, ao mesmo tempo que procura corresponder às expectativas familiares, sociais e culturais atribuídas aos pais/cuidadores (Nunes, 2020).

Baseando-me na Teoria das Transições de Meleis, a transição para a parentalidade destaca-se como uma das mais importantes transições do tipo desenvolvimental, pois envolve uma fase de transição da vida que abrange o ciclo vital. O casal tem de ter capacidade de aprendizagem de novos papéis e funções com o objetivo de modificar comportamentos e adquirir novas competências para desempenhar o novo papel. A transição ocorre ao longo de um período variável de tempo (duração), que envolve o movimento de um estado estável para outro estável (mudança) (Meleis, 2010). Neste contexto, o papel do EEESIP como facilitador deste processo de transição vivido pelos pais é de suma importância. Sendo o profissional mais próximo da criança e da família, tem uma posição privilegiada ao prestar apoio aos pais na adaptação a esta nova realidade.

Em todos os contextos de estágio, assumi a responsabilidade de promover e apoiar a adaptação dos pais à parentalidade ao colaborar com a família na adaptação ao seu novo papel, proporcionando apoio, ensino, instrução e treino, dotei-os de conhecimentos e habilidades, capacitando-os para que fossem os melhores cuidadores do seu filho (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Inicialmente, incentivei os pais a expressarem suas preocupações, dúvidas e inseguranças, adotando uma postura de escuta ativa para compreender as suas necessidades, forças e fragilidades, de forma a planear os cuidados centrados nas suas necessidades. Avaliei o desenvolvimento das competências parentais e promovi os cuidados antecipatórios sobre vários domínios (desenvolvimento, alimentação, eliminação, sono, higiene, segurança, entre outros) para melhorar a compreensão dos pais sobre cada fase de desenvolvimento da criança, antecipando problemas e demonstrando estratégias de resolução. A educação para a saúde desempenhou um papel crucial ao capacitar os pais para seu papel parental, facilitando a troca de conhecimentos, dúvidas, expectativas e medos, aumentando a confiança e tranquilidade dos pais (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

No sentido de contribuir para o processo de transição e desempenho da parentalidade, na assistência ao RN e sua família, implementei estratégias favorecedoras da vinculação e ligação mãe/pai – filho, em todos os contextos por onde passei. Pois a promoção da vinculação de forma sistemática, principalmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais deve ser uma prioridade do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Neste sentido, além da formação adequada sobre as competências do seu bebé, promovi a amamentação, proporcionei o contato pele-a-pele, através do método canguru e a participação dos pais nos cuidados ao RN (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

É consensual a nível mundial que o leite humano é a melhor forma de alimentar as crianças, é a alimentação ideal para RN de termo e Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT), saudáveis ou com patologias, devido às suas inúmeras vantagens tanto para a mãe quanto para o RN (Vilaça & Ramos, 2020). Por isso, é fundamental promover a amamentação conforme preconizado nas competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Em todos os contextos, promovi e incentivei a amamentação através da transmissão de informações, aconselhamento e estímulo da motivação. A amamentação oferece vivências de momentos únicos de relacionamento que enriquecem a vinculação e a ligação mãe-filho (Vilaça & Ramos, 2020). Em situações onde a amamentação não era possível ou não era mesmo recomendada, situações de dificuldade respiratória no SUP ou casos de RN internados na UCIN, por exemplo, incentivei as mães a extraírem o leite materno, proporcionando o material necessário e ensinando sobre cuidados a ter com o armazenamento e transporte do leite, que continuava a ser o alimento de eleição para o seu bebé.

O internamento de um filho na UCIN é uma situação inesperada, que gera sentimentos negativos nos pais e pode comprometer a criação de laços afetivos entre o filho e os pais, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança (Santos, et al., 2019). Portanto, é responsabilidade do EEESIP implementar medidas que promovam a vinculação e ligação mãe/pai-filho, proporcionando experiências positivas num ambiente tão hostil e complexo como a UCIN. Sempre que a condição clínica do RN ou RNPT o permitia, incentivava os pais a realizarem o contacto pele-a-pele, através do método canguru explicando todas as vantagens para eles e para o bebé. Este método consiste na colocação do RN sobre o peito do pai ou da mãe, em contacto pele com pele, deve ocorrer de modo crescente e por tempo indeterminado, com auxílio de uma faixa para segurança do RN e uma manta para aquecimento. Os seus benefícios incluem a promoção da vinculação; a estimulação do aleitamento materno; diminuição do tempo de internamento; melhor regulação térmica do RN; aumento da confiança dos pais no cuidado ao RN, entre outros (Santos, Silva, & Oliveira, 2017).

Na UCC a promoção da parentalidade realizada pelo EEESIP é mais evidente nos cursos de massagem infantil, preparação para a parentalidade e amamentação. Pude assistir e colaborar em quatro sessões do curso de massagem infantil, consolidando conhecimentos adquiridos durante a componente teórica deste curso de mestrado. O curso de massagem infantil tem como objetivo principal promover a interação entre os pais e o bebé através

da vinculação segura. Este curso ajuda a construir relações de amor e respeito, desenvolvendo uma sintonia emocional e a capacidade de os pais responderem às necessidades do bebê, conhecendo a singularidade do seu filho (International Association of Infant Massage, 2024). Estas sessões também se tornavam momentos privilegiados para esclarecimento de dúvidas dos pais em relação a diversos assuntos como amamentação, sono, segurança, entre outros.

No apoio à parentalidade, na UCC, também tive oportunidade de planejar e realizar uma sessão de educação para a saúde relativa ao tema “Alimentação no 1º ano de vida” (Apêndice II), onde promovi o conhecimento dos pais e os capacitei para o desempenho do seu papel parental, tendo em conta as suas necessidades. Estiveram presentes 14 pessoas, mães e futuras mães.

Ao longo do estágio e transversal a todos os contextos a promoção da parentalidade foi um foco nos meus cuidados à criança e família. Consegui desenvolver competências no âmbito do apoio à transição e ao desempenho da parentalidade, repleta de desafios, ainda mais exigentes no caso de doença ou internamento da criança. A relevância do EEESIP está na sua habilidade em identificar e criar o máximo de oportunidades para promover um desenvolvimento saudável do exercício da parentalidade contribuindo significativamente para o fortalecimento dos laços familiares e para o bem-estar geral da criança e da família.

Objetivo:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família segundo o Modelo de Parceria de Cuidados.

Reflexão:

Cuidados Centrados na Família e Parceria de Cuidados são dois conceitos basilares para quem cuida em Pediatria. São indissociáveis, uma vez que a Parceria de Cuidados é frequentemente referida como um atributo central dos Cuidados Centrados na Família (Monteiro & Cerqueira, 2020) e baseiam-se na premissa de que as famílias e os profissionais de saúde atuam como parceiros nos cuidados prestados à criança, reconhecendo a significativa influência da família na sua saúde e bem-estar (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Desenvolvido por Anne Casey, em 1988, o Modelo de Parceria de Cuidados apoia-se no reconhecimento e no respeito pela perícia da família no cuidado ao seu filho, encorajando-se a manutenção de rotinas familiares durante a hospitalização (Casey, 1995). Envolve uma relação de confiança entre a criança, família e os enfermeiros, que permitirá uma aceitação e compreensão mútua das capacidades, limitações e vontades de cada interveniente, a cada momento do processo. Profissionais de saúde e pais estão em igualdade, com papéis claramente definidos, onde ambos negociam, partilham cuidados e tomam decisões em conjunto. Sendo que parceria, é diferente e muito mais do que cuidados prestados pelos pais, pois o enfermeiro é o profissional especializado que fornece cuidados relacionados com as necessidades de saúde, enquanto os pais são os especialistas no comportamento do seu filho e nos cuidados familiares que atendem às suas necessidades básicas (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Segundo Mendes e Martins (2012), nesta relação de parceria é fundamental reconhecer a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas também para o desenvolvimento do próprio cuidar, onde é valorizada a parentalidade. Pois só através desta parceria entre enfermeiro e família é possível promover uma parentalidade mais segura e um desenvolvimento infantil mais saudável (Bento, Ferreira, & Amendoeira, 2020)

Consequentemente, com o objetivo de promover a melhor condição de saúde possível, está explícito no regulamento das competências específicas do EEESIP, que este trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoas significativas em qualquer contexto de cuidados de saúde, considerando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (2018b). Foi transversal a todos os contextos de prática por onde passei a aplicação deste modelo de cuidados e foi respeitando estes princípios que cuidei da criança em parceria com a sua família. Procurei capacitar e empoderar os pais de forma a envolverem-se nos cuidados, respeitando os limites de sua perícia, disponibilidade e vontade, assim como, sempre que possível, os desejos da criança. Beneficiei do conhecimento que os pais têm sobre o seu filho, para conseguir responder de forma mais eficaz às necessidades da criança. O nível de participação e envolvimento nos cuidados variou conforme o contexto de cuidados de saúde e, sobretudo, da necessidade e preferências de cada binómio, resultando num processo negociado e individualizado (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A doença e hospitalização constituem uma situação geradora de risco, inquietação e stress, especialmente na UCIN, onde a instabilidade e fragilidade do RN pode condicionar a parceria de cuidados. Assumi o papel de promover e facilitar este processo de parceria, considerando um planeamento prévio das intervenções, baseado na negociação e partilha de decisões, tornando-os progressivamente mais capazes de se envolverem nos cuidados aos seus filhos. Inicialmente encorajei o toque e aplicação de medidas de conforto e gradualmente incentivei e capacitei os pais para a realização de atividades como a troca de fralda ou a alimentação por sonda. Supervisionei os pais em todos os cuidados prestados, orientei e apoiei a família com o objetivo de os capacitar ao longo do internamento para atenderem às necessidades dos seus filhos com mestria. Este modelo diminui os sentimentos de culpa e impotência demonstrados pelos pais perante a doença e hospitalização dos filhos. Ao participarem nos cuidados os pais mostravam-se satisfeitos, com uma maior sensação de controlo da situação e mais confiantes o que também contribuiu para reduzir a sua ansiedade e insegurança no momento da alta (Monteiro & Cerqueira, 2020).

No SUPP negociei e incentivei a participação da criança e da família nos cuidados a prestar, de acordo com a sua vontade e nunca como uma imposição. Foi sempre permitida e encorajada a presença e envolvimento dos pais nos procedimentos no sentido de transmitir segurança e maior estabilidade emocional para enfrentar a dor pela criança (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados embora inicialmente concebido para o contexto da criança hospitalizada, é aplicável a todos os contextos em que a criança/família se encontrem, conforme já referido. Em CSP, na CESIJ também promovi a participação ativa e acordo de todos os intervenientes na procura de objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012). Esta consulta exige a partilha de conhecimentos, pelos pais, que detém o melhor conhecimento sobre os seus filhos e pelo enfermeiro, que fornece conhecimentos aos pais sobre as necessidades desenvolvimentais da criança, empoderando e capacitando os pais na promoção da autonomia para cuidar dos seus filhos. Valores como respeito e valorização das competências parentais, capacitação e negociação são fundamentais na promoção da saúde, prevenção de doença e desenvolvimento saudável das crianças nos primeiros anos de vida (Mendes & Martins, 2012; Bento, Ferreira, & Amendoeira, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados é elementar em qualquer contexto de cuidados em pediatria e deve ser encarado como uma verdadeira parceria entre profissionais e família

e não como uma delegação ou transferência de cuidados. Acredito ter alcançado o objetivo de promover essa parceria através de uma base sólida de confiança mútua, com negociação e envolvimento nos cuidados prestados, com partilha de informação e respeito pelo conhecimento e vontade dos pais e da criança/jovem.

Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da Saúde Escolar.

Reflexão:

O PNSE é um instrumento orientador das políticas nacionais no que diz respeito à promoção de saúde em ambiente escolar e estabelece que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação, devendo ter oportunidade de frequentar uma escola promotora da saúde e bem-estar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O PNSE foi concebido com o objetivo de promover estilos de vida saudável e elevar a literacia em saúde na comunidade educativa, melhorar a qualidade do ambiente escolar e diminuir os riscos para a saúde, promover a saúde e prevenir a doença da comunidade educativa, mitigando o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos, bem como estabelecer parcerias para a qualificação profissional, investigação e inovação em promoção e educação para a saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015). No fundo, vem responsabilizar as escolas, não só pela educação dos seus alunos, mas também pela garantia de aprendizagens relacionadas com a saúde, reforçando o conceito de literacia em saúde, fundamental para a tomada de decisões responsáveis em relação à saúde por parte das crianças e jovens (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). A escola é, sem dúvida o local de eleição para promover oportunidades de educação para a saúde e prevenção de doença, não só por ser o local onde as crianças passam grande parte do seu tempo, mas também por ser um local privilegiado na aquisição de conhecimentos. Assim, através de diferentes estratégias, a intervenção de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, no meio escolar, torna-se crucial no sentido de promover conhecimentos e habilidades em saúde nas crianças e nos jovens (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Este é o foco primordial do trabalho desenvolvido pela equipa de saúde escolar numa UCC, do qual o EEESIP faz parte. O desenvolvimento de atividades neste domínio destacou-se durante o meu estágio neste contexto, exigindo a articulação dos

conhecimentos obtidos na fase teórica deste curso de mestrado sobre o PNSE, com a sua efetiva implementação na prática.

Desta forma, pude conhecer os seis eixos estratégicos que constituem o PNSE que se relacionam e articulam com os fatores que influenciam a saúde, a nível individual e coletivo. Os três primeiros, capacitação, ambiente escolar e saúde e condições de saúde, são nucleares e os outros três, qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias, são transversais e complementares (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O processo de capacitação para a tomada de decisão, no sentido de promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia em saúde, engloba não só as crianças e os jovens, mas toda a comunidade educativa (docentes e não docentes, pais, encarregados de educação) (Direção-Geral da Saúde, 2015). Assim, a educação para a saúde organiza-se em torno de programas conscientemente construídos, envolvendo estratégias de comunicação adequadas ao público-alvo, de forma a melhorar os conhecimentos em saúde, conduzindo a atitudes e comportamentos mais saudáveis (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Neste sentido, tive oportunidade de acompanhar e colaborar com a EEESIP nas sessões de educação para a saúde, para alunos, docentes e não docentes. Pois é responsabilidade da equipa de saúde escolar planear e implementar ações de educação para a saúde, integradas em programas/projetos próprios, conforme as necessidades identificadas no ambiente escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Assisti e participei em duas sessões da área de intervenção da educação para os afetos e a sexualidade, que se articula com o PRESSE, que apoia a implementação de educação sexual nas escolas, no sentido de contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, com a redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências (Direção-Geral da Saúde, 2015). Este deve envolver toda a comunidade educativa, desde o pré-escolar até ao ensino secundário, no entanto as sessões educativas em que participei, foram realizadas a turmas de 8º e 9º anos. Uma das sessões abordou o tema "violência no namoro" com os alunos do 8º ano, enquanto outra sessão foi sobre "HIV" com os alunos do 9º ano. No âmbito deste programa também tive oportunidade de colaborar na educação para a saúde e educação sexual através do gabinete de informação e apoio ao aluno numa escola de 2º e 3º ciclo. Um espaço na escola onde qualquer aluno pode procurar informação ou esclarecer dúvidas sobre

qualquer assunto relacionado com a sua saúde, seja individualmente ou em grupo. Também estava disponível online, garantindo sempre segurança e confidencialidade. Uma vez que o adolescente prefere discutir as suas preocupações com um adulto fora do círculo familiar, acolhe positivamente a possibilidade de interagir com o enfermeiro sem a presença dos pais (Hockenberry M. J., 2014b). Além disso, o EEESIP da equipa de saúde escolar, sendo uma figura já conhecida e confiável para os adolescentes, facilitava essa interação, promovendo um ambiente onde os jovens se sentiam à vontade para procurar orientação e esclarecimento sem constrangimentos.

No que diz respeito à educação postural, também tive a oportunidade de participar e colaborar em duas sessões programadas sobre o tema, pois é um fator crucial que influencia as condições de saúde musculoesquelética ao longo da vida, tornando necessária uma intervenção sistemática que promova hábitos posturais adequados (Direção-Geral da Saúde, 2015). Foram duas sessões complementares a duas turmas do 4º ano, em colaboração com a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Outra área de intervenção de relevância é a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância. Aqui, a saúde escolar deve estar atenta a todos esses consumos no meio escolar, consciencializando a comunidade educativa sobre a importância da prevenção e identificação dos efeitos imediatos, a médio e longo prazo, das adições e dependências. Deve abordar as consequências físicas, psicológicas, familiares e sociais, bem como o impacto no desempenho escolar. A saúde escolar deve atuar em parceria, visando melhorar as competências para lidar com os riscos, considerando a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, além de promover a vinculação familiar, escolar e social (Direção-Geral da Saúde, 2015). No âmbito desta temática, tive a possibilidade de assistir a uma sessão sobre "tabagismo" integrada no Programa Escolas Livres de Tabaco, dirigida a quatro turmas do 8º ano. A sessão visava prevenir a iniciação ao consumo de tabaco entre os jovens em contexto escolar, dotando-os de conhecimentos e reforçando competências para uma autogestão adequada da saúde. Tão ou mais importante do que trabalhar com os próprios jovens, é trabalhar com os contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, pais, escola e restante comunidade (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No que concerne a uma área de intervenção igualmente importante, higiene corporal e saúde oral, são essenciais para a saúde geral, bem-estar, qualidade de vida e interação

social. A higiene corporal, compreendida como o conjunto de práticas de cuidado pessoal, não só promove a saúde como também melhora a autoestima e o bem-estar físico, mental e social (Direção-Geral da Saúde, 2015). Neste contexto, tive a oportunidade de participar em duas sessões de educação para a saúde sobre higiene das mãos a alunos dos 6 aos 12 anos de idade. Embora o meu estágio neste ambiente de prática, tenha decorrido a meio do ano letivo e apenas me tenha permitido integrar nos programas/projetos que já se encontravam a decorrer, em relação à saúde oral pude planear e realizar uma Ação de Educação para a Saúde (AES) de forma completa e estruturada com o tema “Saúde Oral – a história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos” (todo o material de apoio a esta sessão pode ser consultado no Apêndice III deste relatório). Percorri todos os passos de um processo de planeamento com identificação de necessidades, definição de prioridades, desenvolvimento das ações e avaliação de processo (Direção-Geral da Saúde, 2015). Foi realizada num jardim de infância a 4 turmas com crianças dos 3 aos 6 anos de idade. O tema desta AES foi identificado como uma necessidade pelas educadoras e procurou dar resposta ao cumprimento do PNPSO. Em relação às crianças e aos jovens, este programa tem como objetivos prevenir e tratar precocemente as doenças orais, promover a progressiva capacitação em literacia em saúde oral e a promoção de estilos de vida saudáveis, nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam (Ministério da Saúde, 2005). Assim, com esta sessão procurei desenvolver conhecimentos e capacidades nas crianças relativamente à saúde oral e consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável, pois esta é essencial para a promoção da saúde oral (Direção-Geral da Saúde, 2021). Para o planeamento e realização desta AES pesquisei e sistematizei informação atualizada sobre o tema, procurei adequar a metodologia e os recursos utilizados, bem como das estratégias comunicacionais, à faixa etária e ao estágio desenvolvimental das crianças em questão. Pois “*é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica*” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 29). Por isso utilizei uma história com recurso a áudio (retirado da plataforma do projeto “SOBE+” (Saúde Oral e Bibliotecas Escolares)) e várias imagens, a demonstração da correta técnica de escovagem dos dentes foi realizada num modelo dentário tridimensional e recorri ao jogo e observação como estratégias de avaliação.

Esta parceria entre as escolas e as equipas de saúde, onde ambas trabalham em conjunto no sentido de alcançar os objetivos delineados pelo PNSE, revela-se positiva na promoção

da literacia em saúde e fortalece uma relação próxima onde pude constatar que o enfermeiro estabelece um contacto assíduo no meio escolar, tornando-se um elemento reconhecido e requerido.

Ainda neste contexto de estágio, foi possível conhecer o processo de sinalização e referenciação da criança com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), dado que o apoio à criança com NSE é uma das áreas de intervenção do PNSE do eixo estratégico condições de saúde. Assim, a equipa de saúde escolar promove a mobilização de recursos e colabora estreitamente com a comunidade educativa, oferecendo apoio contínuo e capacitando-a, visando prevenir precocemente fenómenos de estigmatização ou mesmo de exclusão (Direção-Geral da Saúde, 2015). Faz parte das competências do EEESIP apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Para responder a essas necessidades de saúde identificadas na criança, é elaborado um Plano de Saúde Individual. Este plano inclui as medidas de saúde a implementar, considerando os fatores ambientais que possam facilitar ou dificultar a aprendizagem, com o objetivo de potenciar o seu desempenho escolar. A referenciação destas crianças à equipa de saúde escolar pode ser exercida por profissionais de saúde, pela escola, pais ou encarregados de educação (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Não tive oportunidade de assistir ou participar na elaboração de um Plano de Saúde Individual, mas pude consultar um e assistir a uma AES que fazia parte das medidas a implementar desse plano. Foi uma referenciação à UCC de uma criança de 6 anos com Diabetes Mellitus tipo-1, com bomba de perfusão subcutânea contínua de insulina, por parte da professora da criança. O público-alvo da sessão foram docentes e não docentes da escola e estiveram presentes a médica da especialidade da diabetes da criança e a mãe, pois sendo a principal cuidadora da sua filha, conhece melhor do que ninguém as suas necessidades de saúde. Foram abordados temas como regime terapêutico, hipoglicemia e hiperglicemia, que cuidados a ter e como atuar. Foi efetuada também demonstração da correta técnica para pesquisa de glicemia capilar, utilização de glucagon e a funcionalidade da bomba utilizada pela criança, com respetivo treino, para avaliar a capacitação dos participantes. Uma vez que, as orientações atuais preveem que toda a comunidade escolar deve estar envolvida nos cuidados às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo-1, sendo necessária formação e treino dos mesmos para apoio à manutenção do tratamento e à gestão de situações agudas decorrentes da doença (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Este acompanhamento do EEESIP e de toda equipa de saúde escolar na implementação do PNSE revelou-se uma oportunidade essencial não só para o meu desenvolvimento profissional, mas também para compreender a importância da saúde escolar e os benefícios significativos que pode representar ao atender a necessidades reais do meio educativo. Este processo exige um elevado nível de planeamento e sistematização, com a identificação de necessidades específicas e objetivos bem definidos, no sentido de empoderar e capacitar as crianças e os jovens, a sua família e consequentemente a sociedade em geral, para a tomada de decisões conscientes e responsáveis em saúde, promovendo um desempenho escolar favorável.

Competências desenvolvidas

- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.*

Objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e à família em situações de particular exigência devido à sua complexidade;
- Desenvolver capacidade de ação em situações imprevistas e de elevada complexidade;
- Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, incapacidade ou alteração da funcionalidade.

Reflexão:

Uma das competências específicas do EEESIP remete-se ao “*cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (p. 19193). Situações essas, que requerem uma particular exigência obrigando o enfermeiro à mobilização de competências e recursos de forma oportuna, para a resolução das necessidades de saúde que se apresentam (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Elas podem ocorrer em todos os níveis de cuidados, abrangendo um vasto leque de situações, desde instabilidade de sinais vitais com risco de morte até à promoção da adaptação à doença crónica ou oncológica, deficiência ou incapacidade. Nesse sentido, irei abordar a minha experiência na UCIN e no SUPP. A especificidade dos cuidados que são prestados numa UCIN, especialmente com o RNPT, bem como a imprevisibilidade das situações de urgência e emergência, conferem a estes contextos uma elevada complexidade. A necessidade de uma intervenção rápida e eficaz por parte dos enfermeiros, juntamente com o desafio diário de lidar com esta imprevisibilidade e exigência, requer um treino rigoroso, conhecimentos profundos e habilidades específicas para garantir uma resposta adequada.

Askin & Wilson (2014) definem um RN de alto risco como aquele que apresenta uma morbidade e mortalidade superiores à média dos RN, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer. Esta condição é geralmente resultado de circunstâncias ou condições adicionais que interferem no curso normal dos eventos associados ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina. Neste sentido, as situações complexas e de grande imprevisibilidade no serviço de neonatologia são uma constante e segundo os mesmos autores, exigindo que a assistência ao RN doente e imaturo seja baseada em conhecimento especializado e competências em diversas áreas (2014).

Como já tenho referido ao longo deste relatório, a neonatologia provou ser um desafio para mim devido à fragilidade e instabilidade destes RN, principalmente os prematuros tão imaturos e tão dependentes de quem os cuida, mas ao mesmo tempo seres complexos, recetivos e reativos à estimulação social e sensorial que simultaneamente influenciam e moldam os seus ambientes (Askin & Wilson, 2014). Até mesmo a prestação de cuidados dentro de uma incubadora, um espaço tão restrito como tecnológico, representou um desafio na minha aprendizagem. Desafio esse, que consegui ultrapassar ao aproveitar todas as oportunidades e seguir as sugestões e orientações dos enfermeiros mais experientes.

Fui adquirindo uma autonomia progressiva nos cuidados que eram centrados no RN e na sua família através de um modelo holístico do cuidar em enfermagem. Ao longo dos últimos anos as UCIN's têm vindo a evoluir para um modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento. Este modelo destaca a importância de uma relação privilegiada entre profissionais de saúde e a família do RN, com o objetivo de apoiar a relação dos pais com seu bebé e atender às necessidades neurobiológicas dos RNPT

(Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). A Dra. Heidelise Als, no início dos anos 80, desenvolveu um modelo inovador de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, conhecido como o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP). Este programa foi criado com o objetivo de reduzir o impacto negativo da UCIN nos bebês prematuros, proporcionando um ambiente mais próximo possível do útero materno e tornou-se numa filosofia na prestação de cuidados nas UCIN's. É uma abordagem personalizada para o cuidado neonatal, baseada nas informações obtidas a partir dos comportamentos do RN. Esta abordagem permite a criação de um plano de cuidados individualizado que não reforça apenas as capacidades do RN, mas também procura reduzir a discrepância entre a imaturidade cerebral do RNPT e as experiências vivenciadas numa unidade de neonatologia. O objetivo principal deste programa de cuidados centrado no desenvolvimento é promover experiências que favoreçam o desenvolvimento cerebral e, ao mesmo tempo, mitigar, a longo prazo, os efeitos negativos da prematuridade tanto para a criança quanto para a família (Santos A. O., 2011; Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

Tendo em conta estas premissas, permiti que o RNPT fosse tratado como um participante ativo nos cuidados que recebe. Pois segundo Ramos, Vilaça e Mendes (2020) esses cuidados devem ser vistos como um esforço conjunto, fundamentado no relacionamento entre o RN e sua família, onde ambos estão em harmonia e contribuem mutuamente para o desenvolvimento um do outro.

Segundo os mesmos autores (2020), os elementos-chave desta filosofia para os cuidados ao RN e família, são um meio ambiente tranquilo, medidas de conforto e controlo da dor, oportunidades de contacto pele-a-pele e aleitamento materno, agrupamento de cuidados, pais como parceiros e bebê como parceiro ativo no seu próprio cuidar.

Procurei cumprir ao máximo estes critérios na unidade. A luz e o ruído eram minimizados ao máximo, muitas vezes utilizando uma capa protetora na própria incubadora e os movimentos eram tranquilos e o mais suaves possível, especialmente perto da incubadora e durante os cuidados ao RN. Os cuidados eram agrupados e planeados pela equipa de forma a perturbar o mínimo possível o sono do RN e valorizava-se a contenção para facilitar a regulação e o conforto do RN, quase sempre utilizando ninhos. Nos bebês clinicamente estáveis, priorizava-se o contacto pele-a-pele. Todos os cuidados eram realizados em parceria entre enfermeiros e pais, que tinham um quarto no serviço e um cadeirão junto à incubadora para seu conforto. Antes de qualquer intervenção era

observado o comportamento do RN, para respeitar os sinais de conforto ou stress que nos evidenciava.

As intervenções realizadas numa UCIN ao longo de 24 horas são inúmeras e não posso descrever todas detalhadamente, mas destaco a minha participação nos cuidados ao RNPT em Ventilação Não Invasiva (VNI) e todas as intervenções associadas, como a sua verificação diária e os cuidados com a pele para prevenir úlceras por pressão. Fototerapia, colocação de cateteres epicutâneos, umbilicais e venosos, na entubação orogástrica e na aspiração de secreções, entre outras. Além disso, desenvolvi habilidades na assistência a RN em situações de emergência no bloco de partos.

Os focos de atenção mais comuns nos cuidados a estes RNPT passavam pela integridade cutânea, limpeza das vias aéreas, controlo da temperatura, risco de infeção, conforto e papel parental. Dada a elevada fragilidade cutânea destes bebés, havia uma preocupação e um cuidado redobrado na sua vigilância. A remoção de qualquer adesivo era com recurso a um spray próprio para o efeito, com extrema cutela. Os sensores de avaliação de saturações e temperatura eram trocados de local em todos os turnos e às vezes mais do que uma vez e o cuidado com a pressão das máscaras faciais e *prongs* nasais da VNI, sendo estes alternados em todos os turnos, eram medidas para evitar lesões cutâneas. A limpeza das vias aéreas era outra área de atenção, onde procedi à permeabilização das narinas com soro fisiológico ou mesmo à aspiração de secreções quando necessário. O controlo da temperatura era outro aspeto crucial no cuidado ao RN uma vez que o risco de arrefecimento corporal e hipotermia era uma constante. A monitorização da temperatura corporal do RN, a temperatura e humidade das incubadoras era um aspeto a ter em atenção. Devido à imaturidade do sistema imunitário do RNPT, o risco de infeção é significativamente maior. Portanto, seguir rigorosamente normas e protocolos de controlo de infeção foi fundamental para garantir a segurança do RN, como por exemplo a lavagem e desinfeção das mãos e dos materiais, além do cumprimento de normas assépticas durante a realização de procedimentos invasivos. Além disso, a consciencialização dos pais e outras pessoas que contactam com o RN sobre essa questão foi enfatizada em todas as oportunidades. O conforto do RN foi também uma prioridade em todas as abordagens. Isso incluía a contenção para a sua regulação durante a manipulação, o posicionamento, bem como o uso de lençóis limpos e sempre esticados, além da proteção contra os estímulos luminosos e auditivos, mantendo as portas das incubadoras fechadas sempre que possível. E tendo em conta que os pais são sempre os

melhores cuidadores dos seus filhos, mesmo nesta situação inesperada, cheia de incertezas e angústia, existia a preocupação em envolvê-los nos cuidados, promovendo a parentalidade, considerando as suas experiências e vivências, respeitando-as e valorizando-as como contributos importantes nos cuidados ao seu filho (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020).

Ao adotar este modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento na UCIN, não só melhora a saúde e o bem-estar dos RN, mas também fortalece a relação familiar e capacita os pais para se tornarem os principais cuidadores do seu filho, promovendo um início de vida mais saudável e seguro para o RN.

Este contexto de prestação de cuidados, com a exposição a situações desafiadoras permitiu-me o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, melhorando a capacidade de tomada de decisão em enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento de competências técnicas, científicas e humanas.

Em relação ao SUPP, considerei a atuação em sala de emergência e a triagem como situações de elevada complexidade, porque embora um dos contextos da minha prática diária também seja um SUP, a atuação em sala de emergência é sempre uma situação complexa e imprevisível e o sistema de triagem adotado, CPTAS, apresenta uma abordagem mais personalizada à idade pediátrica e é a única UP da zona Norte que o utiliza.

Triagem pressupõe o estabelecimento de prioridades de atendimento, de forma a assegurar uma resposta eficiente de acordo com a situação clínica (Vaz & Trigo, 2020) e a sua ausência poderá constituir um obstáculo ao correto funcionamento dos serviços de urgência (Direção-Geral da Saúde, 2018a).

Como já referi, o sistema de triagem adotado neste contexto era o CPTAS. É uma escala com cinco níveis de prioridade que avalia a criança em três etapas: primeiro pela impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrico, onde avaliamos a aparência, a circulação e a respiração da criança, apenas observando e ouvindo. Em seguida, passamos à avaliação da queixa ou motivo de consulta, ouvindo as queixas da criança e da família. Por fim, realizamos a avaliação dos sinais vitais tendo em conta a idade, os fatores de risco associados e considerando a dor como um critério preponderante na atribuição de prioridade. Estas prioridades dividem-se em 5 níveis,

associados a cores (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013; Direção-Geral da Saúde, 2018a).

São estas tomadas de decisão baseadas em algoritmos clínicos e a uniformização de procedimentos que permitem aos profissionais de saúde do SUP, devido ao elevado fluxo de pessoas a estes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce das crianças e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, com maior qualidade e segurança (Direção-Geral da Saúde, 2018a).

É durante a triagem que ocorre o primeiro contacto da criança e da família com o ambiente hospitalar, em particular com o enfermeiro. É essencial que o EEESIP aproveite este momento para estabelecer um contacto acolhedor, transmitindo confiança e segurança, diminuindo os sentimentos de ansiedade, agressividade ou impaciência dos pais ou da criança. Uma experiência positiva neste momento inicial tem um impacto significativo na relação terapêutica e na qualidade da prestação de cuidados (Vaz & Trigo, 2020). Além disto, o EEESIP deve também conseguir realizar, em apenas alguns minutos, uma avaliação padronizada e completa da criança. O objetivo não é estabelecer um diagnóstico, mas atribuir um nível de gravidade que determinará o tempo e o tipo de resposta necessários. O sistema de triagem pediátrica deve considerar as particularidades da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (Direção-Geral da Saúde, 2018a).

Para um desempenho eficaz como enfermeiro triador, especialmente num contexto muitas vezes caótico devido à elevada afluência no SUP, é essencial que este possua conhecimentos teórico-práticos que permitam uma avaliação rápida e precisa. Além disso, o enfermeiro deve ter capacidade de trabalhar sob pressão e organização para tomar decisões rápidas com base na colheita de dados através de entrevista e observação. A competência comunicacional é também exigida, adequando a linguagem e direcionando as suas questões de forma assertiva, enquanto transmite calma e demonstra interesse genuíno pelas preocupações dos pais. A destreza, paciência, dinamismo, agilidade mental, liderança e experiência também são requisitos para conseguir detetar sinais subtis que podem culminar num problema grave (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013; Vaz & Trigo, 2020).

O papel do enfermeiro na triagem também envolve a gestão eficiente dos recursos, determinando o local adequado para encaminhar a criança, a implementação de protocolos de tratamento ou medidas iniciais de assistência (como a administração de medicação para dor ou febre), detém também a autonomia para reavaliar a criança (retriagem) e registar a sua tomada de decisão em local próprio.

A triagem é sem dúvida um exercício muito específico e complexo que combina eficácia e rapidez para fornecer uma resposta objetiva e em tempo oportuno. Devido à complexidade deste processo, os enfermeiros triadores no SUPP eram EEESIP e tinham, pelo menos, três anos de experiência no serviço.

Tive a oportunidade de realizar a triagem de centenas de crianças utilizando o sistema CPTAS. As queixas mais comuns foram a febre, presente em qualquer altura do ano, e a dificuldade respiratória, especialmente prevalente durante o inverno, altura do ano em que nos encontrávamos. Vômitos e/ou diarreia, dor ou inflamação numa extremidade e traumatismos também foram frequentes. Consegui aprofundar o conhecimento e experiência no que respeita ao processo de triagem, ganhando destreza na aplicação do sistema CPTAS. Tendo em conta que qualquer visita ao SUPP, mesmo que breve, é sempre acompanhada de uma elevada carga emocional (Vaz & Trigo, 2020), procurei ter sempre uma atitude empática e assertiva. Informava os pais e a criança, de forma concisa, sobre o desenrolar do seu processo no SUPP. Esclarecia-os sobre o tempo de atendimento previsto naquele momento e transmitia-lhes calma, especialmente quando os tempos de espera eram longos. Além disso, esclarecia-os que poderiam sempre recorrer a nós para obter mais informações ou caso o estado da criança se alterasse. Uma vez que este é o primeiro contacto entre os profissionais de saúde e a criança/pais, a comunicação e a relação estabelecida foram extremamente importantes para garantir que todo o atendimento decorresse de forma tranquila, justa e segura, num ambiente de confiança.

O posto de triagem representa uma enorme responsabilidade para o enfermeiro, uma vez que é nesse ponto de entrada que se inicia o processo de avaliação e decisão sobre a urgência dos cuidados necessários. O enfermeiro desempenha um papel crucial ao determinar a prioridade dos cuidados a serem prestados a cada criança. A minha participação neste processo possibilitou o desenvolvimento de competências específicas neste contexto. A necessidade de decisão rápida, porém segura e eficaz, foi fundamental para o aprimoramento da minha capacidade de tomada de decisão.

Outro tipo de situações imprevistas e complexas que pude experienciar no SUPP, foram situações de emergência, onde tive oportunidade de colaborar com o EEESIP nos cuidados à criança gravemente doente em sala de emergência.

Uma das situações foi um latente de 9 meses com uma primeira convulsão febril complexa, encaminhado para o SUPP acompanhado pelos bombeiros, que após administração de medicação endovenosa acabou por reverter. Ficou em vigilância no OBS. Outra foi um latente de 7 meses, transferido de um hospital privado por meningite bacteriana, com alteração do estado de consciência e anúria. Após estabilização também ficou internado, em isolamento, no OBS. Uma última situação foi um adolescente de 15 anos, politraumatizado, vítima de acidente de viação, consciente, mas com períodos de desorientação. Veio acompanhado por médico e enfermeiro, da Viatura de Emergência Médica e Reanimação, imobilizado em plano duro, com colar cervical.

Nestas situações, mostrou-se logo evidente o treino desta equipa, quando rapidamente se organizou, dividindo-se entre os membros que colaboram na sala de emergência e aqueles que permanecem nos outros setores para garantir a continuidade dos cuidados. Foi evidente a eficiência com que a equipa se ajustou às diferentes funções na sala de emergência, como a gestão da via aérea, a preparação de medicação e a monitorização.

Com a rápida intervenção da equipa, liderada pelo EEESIP, tendo em conta o estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados necessários e adequados ao estado de saúde daquela criança, bem como a comunicação assertiva e eficaz entre a equipa multidisciplinar, constatei a exigência deste tipo de atuação a nível organizacional, técnico e comunicacional.

A competência emocional também não pode ser descurada, pois a carga emocional que recai sobre todos os intervenientes numa situação de emergência é intensa. O enfermeiro necessita de uma melhor preparação para lidar com as exigências emocionais da prática, visto que, além de gerir as suas próprias emoções, procura também ajudar os pais e a criança a gerir as deles. Isto só é possível através de um processo de introspeção, compreendendo as suas próprias emoções e promovendo um ambiente seguro e afetuoso para gerir as emoções dos outros (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015).

Estas experiências proporcionaram-me a oportunidade de melhorar a minha capacidade de resposta e de estabelecer prioridades durante situações complexas e imprevistas. Comprovei a atuação de complementaridade funcional no seio da equipa, com o objetivo

comum da estabilização da criança. Além disso, ajudaram-me a compreender a dinâmica de atuação em situação crítica e a importância das competências técnicas, científicas e emocionais necessárias para atuar de forma segura, eficaz e coordenada, prestando melhores cuidados de saúde às crianças, adolescentes e suas famílias. É inegável o valor do EEESIP numa UP.

Em relação a este contexto, gostaria também de abordar as questões relacionadas com doenças crónicas, incapacitantes ou alterações da funcionalidade, uma vez que estas constituem um processo experiencial complexo. Isso deve-se à diversidade e às consequências que essas condições acarretam nas experiências terapêuticas de crianças/jovens e suas famílias (Charepe, 2020).

Deparei-me, diariamente, com crianças e jovens com agudização da sua doença crónica ou com o diagnóstico inaugural de uma doença crónica (Epilepsia, Diabetes, Asma, Cardiomiopatia, Atraso do Desenvolvimento Psicomotor, entre outras), o que acarreta múltiplos desafios decorrentes das exigências intrínsecas às necessidades de saúde destas crianças, bem como à gestão da sua condição de saúde (Charepe, 2020).

O diagnóstico de doença crónica ou incapacitante desencadeia uma variedade considerável de reações ao diagnóstico, na utilização de mecanismos de defesa e no tempo para lidar com o diagnóstico. Essa diversidade de reações é observada tanto entre diferentes famílias quanto entre os próprios elementos da mesma família. O apoio dos profissionais de saúde pode ajudar no processo de aceitação e reintegração, fase em que há o desenvolvimento de expectativas realistas em relação à criança e reintegração da vida da família com a doença ou deficiência (McElfresh & Merk, 2014).

No SUPP, são os enfermeiros que estão junto destas crianças/jovens e famílias quando acabam de receber o diagnóstico de doença crónica, o que me levou a promover uma escuta ativa, dando espaço para a expressão de emoções e sentimentos e permiti o esclarecimento de dúvidas em relação à doença.

Os pais são os prestadores de cuidados essenciais na gestão do impacto da doença crónica na criança ou jovem e a forma como estes reagem e se ajustam a este processo, impacta invariavelmente a adaptação da própria criança. Através destes modelos comportamentais, os pais influenciam a forma como estas crianças e jovens interpretam as suas emoções, reagem ao medo do desconhecido, sintomatologia e efeitos adversos da medicação ou necessidade de procedimentos clínicos (Charepe, 2020).

Como a promoção da adaptação da criança/jovem e da família à doença crónica, deficiência ou incapacidade é uma das competências definidas no regulamento das competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018b), procurei apoiar e capacitar os pais e as crianças/jovens com habilidades e conhecimentos sobre a doença. Acreditando que esta poderia ser uma estratégia facilitadora da adaptação da criança/jovem à sua condição, esforcei-me por compreender o que já sabiam sobre a doença e o que gostariam de saber, ajustando a quantidade de informação transmitida conforme necessário. Incentivei a participação da criança nos cuidados de acordo com a sua capacidade, envolvendo-a nas decisões sempre que possível. Isso ajudou a criança a sentir-se mais envolvida, menos insegura e com uma maior sensação de controlo. Esta autonomia, este *empowerment* da família e da criança em relação à doença traduzir-se-ão numa menor procura dos serviços de saúde, especialmente das urgências (Charepe, 2020).

Acredito que demonstrei competência ao lidar com situações de elevada complexidade e imprevisibilidade que surgiram durante o estágio. Estas situações proporcionaram-me oportunidades valiosas para refletir criticamente e pesquisar na literatura explorando temas que eram desconhecidos para mim até então e impulsionando assim o meu processo de aprendizagem.

Objetivo:

- Desenvolver competências na gestão e controlo da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas no RN, na criança e no jovem.

Reflexão:

“A ideia de dor e de sofrimento é uma das muitas preocupações de pais e enfermeiros quando uma criança tem um problema de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 9).

Dor é um fenómeno complexo e pode ser definida como uma experiência multidimensional desagradável, que inclui tanto componentes sensoriais quanto emocionais da pessoa que a sente. Além disso, a dor está associada, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. Nota-se, portanto, uma grande variabilidade na perceção e expressão da dor, mesmo diante da mesma estimulação dolorosa (Direção-Geral da Saúde, 2003). Quando a dor é experienciada por crianças, ainda mais complexo se torna, pois, a sua experiência de dor é influenciada pela sua idade,

pelo seu nível de desenvolvimento, pela causa e natureza da dor, pela sua capacidade em expressar a dor, pelas suas experiências prévias ou mesmo pelo seu contexto familiar e cultural (Direção-Geral da Saúde, 2010; Jacob, 2014). A preocupação com a dor nas crianças surge do reconhecimento de que elas sentem dor, guardam memórias dessa dor e que a dor não tratada pode ter consequências a longo prazo. A avaliação da dor em crianças tem particularidades específicas, que exigem que seja considerada de forma distinta em relação a outros grupos etários (Direção-Geral da Saúde, 2010).

O controlo da dor é um direito humano essencial e universal. Sendo um fenómeno multidimensional e universal, a dor exige uma resposta personalizada e abrangente para garantir a excelência nos cuidados de saúde (Batalha, 2016). Sendo considerada como 5º sinal vital, o seu controlo, assume-se como um dever e um indicador de boa prática para os enfermeiros. Tornando-se imprescindível reconhecer a presença e intensidade da dor, avaliar, intervir e registar (Direção-Geral da Saúde, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2013). Apesar do avanço significativo no conhecimento sobre a dor nos diferentes estádios do desenvolvimento, a existência de instrumentos de avaliação válidos e da consequente melhoria no tratamento individual nas diversas faixas etárias pediátricas, muitas crianças ainda veem a sua dor subtratada ou inadequadamente tratada. Muito, devido a uma avaliação da dor inconsistente, administração de analgésicos feita de forma defensiva e ao uso pouco criterioso de estratégias não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Jacob, 2014), existindo ainda um longo caminho a percorrer, no que diz respeito à valorização da dor em pediatria.

Durante o meu estágio, em todos os contextos assistências por onde passei, mantive a preocupação constante com a valorização da dor, a sua prevenção, a sua correta avaliação e a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, adequadas para o controlo da dor do RN, da criança e do jovem, como o faço diariamente na minha prática.

É da competência do EEESIP, fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, garantindo a adequação das medidas farmacológicas para controlo da dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades para implementar medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Avaliar a dor, considerando que esta é uma experiência subjetiva, já que a forma como cada pessoa a sente e descreve é única e intransmissível, exige uma intervenção individualizada e torna-se numa tarefa complexa (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Numa

criança, ainda mais, pois a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de um ser humano não sentir dor (Raja, et al., 2020). Na criança no estágio pré-verbal e em crianças com comprometimento cognitivo e da comunicação, a avaliação da dor é difícil e pode mesmo ser um desafio. Uma vez que o indicador mais fiável de dor, o autorrelato, não é possível e conseqüentemente, estão em maior risco de terem a sua dor subtratada (Jacob, 2014). Pois uma dor não identificada não poderá ser tratada e a imprecisão da sua quantificação impede uma avaliação adequada das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Batalha, 2016). Nestes casos, a avaliação da dor deve ser baseada nas mudanças fisiológicas e na observação comportamental, bem como na avaliação subjetiva pelos seus cuidadores (Jacob, 2014; Batalha, 2016).

Durante o estágio, avalei a dor, utilizando a escala que mais se adequava a cada RN/criança/jovem, tendo em conta a sua idade, nível de desenvolvimento e condição de saúde.

No caso da neonatologia, a escala utilizada no serviço era a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), pois é a mais apropriada para RNPT e RN de termo (Direção-Geral da Saúde, 2010), uma vez que é *“composta por seis indicadores de dor; cinco comportamentais e um fisiológico. Avalia a expressão facial, o choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília”* (Batalha, 2016, p. 24). Encontrava-se também em desenvolvimento um novo protocolo no serviço para introduzir a escala Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS), por se mostrar mais eficaz na avaliação da dor em RN em ventilação assistida (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Hoje sabe-se que o RN é capaz de perceber a dor tão ou mais claramente do que os adultos ou crianças mais velhas (Reis, 2009; Costa, et al., 2016), pois possuem todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários para a receção e transmissão do estímulo doloroso (Reis, 2009; Matsuda, Martins, Filho, & Matta, 2013). Isso desmente a crença de que o RN não sentia dor. O reconhecimento da dor em neonatologia é imperatório, pois a exposição repetida à dor devido ao não tratamento ou tratamento inadequado no início de vida pode causar instabilidade fisiológica a curto prazo assim como conseqüências no neurodesenvolvimento do RN a longo prazo, como crescimento reduzido, desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro desadequado e dificuldades no desempenho académico em idade escolar (Cobo, et al., 2022).

Na UCIN, os cuidados que são prestados ao RN, incluem com bastante frequência, além dos cuidados de manutenção, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que estão muitas vezes associados a dor (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Os cuidados centrados no desenvolvimento já contemplam uma série de medidas promotoras do bem-estar e prevenção da dor, no entanto existia a preocupação da equipa no controlo e gestão da dor do RN e RNPT com a implementação de medidas não farmacológicas.

Como já referido anteriormente, procedi à manipulação mínima do RN, com agrupamento de cuidados, respeitando os seus ciclos de sono, promovi a diminuição de estímulos no que diz respeito à luz, ao ruído ou a temperatura do ambiente, o contacto pele-a-pele era incentivado quando possível e a contenção e o ajuste do posicionamento eram implementados em todas as intervenções. Implementei também outras medidas não farmacológicas para alívio da dor como a sucção não nutritiva e a utilização de sacarose a 24% ou o uso de algumas gotas de leite materno, quando possível (Direção-Geral da Saúde, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Jacob, 2014; Batalha, 2016). Não realizei nenhum procedimento, por mais simples que fosse, como uma muda de fralda, sem aplicar alguma destas intervenções. Em procedimentos invasivos, muitas vezes, combinava medidas não farmacológicas com farmacológicas para garantir o máximo conforto e prevenção da dor do RN.

Em contexto de SUPP e USF, nas CESIJ, tendo em conta que a dor é uma experiência pessoal, sempre que possível, dei preferência a escalas de autorrelato como a Numérica ou a Escala de Faces de *Wong-Baker*. Habitualmente, usava a escala numérica para crianças a partir dos 6 anos e a escala de faces a partir dos 4 anos, após explicar o seu funcionamento à criança e confirmar que tinha capacidade cognitiva para compreendê-la.

Quando a autoavaliação não era possível, recorri a escalas de heteroavaliação. Utilizei a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) em crianças com menos de 4 anos e sem capacidade verbal pois inclui indicadores de expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade. É de uso prático por se tratar de uma escala comportamental e a sua comparação com escalas de autoavaliação é fácil porque mede a dor numa escala de zero a dez pontos (Jacob, 2014; Batalha, 2016). Utilizei a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised* (FLACC - R) em crianças com multideficiência ou défice cognitivo, pois esta é especialmente útil, por apresentar uma descrição mais detalhada dos descritores e incorpora comportamentos específicos de dor destas crianças, resultando numa pontuação final também de zero a dez (Batalha, 2016).

Na triagem, a monitorização da dor é sempre exigida, mas é realizada duma forma pouco criteriosa, uma vez que o sistema informático não utiliza escalas adaptadas às características de cada criança. A dor é avaliada numa escala de zero a dez, mas esta avaliação tem em conta a autoavaliação pela criança quando possível, o olhar crítico de cada enfermeiro e a opinião do cuidador. Aqui o treino e experiência do EEESIP, são fundamentais para garantir uma avaliação o mais próximo da realidade possível, pois neste momento eram instituídas medidas de alívio da dor moderada ou forte, nomeadamente, medidas farmacológicas.

No SUPP além da avaliação e registo da dor, apliquei medidas farmacológicas para alívio e controle da dor, procedendo sempre à sua reavaliação após a intervenção. Por exemplo em OBS, quando os procedimentos dolorosos eram programados com alguma antecedência, como uma punção venosa, aplicava creme anestésico tópico para prevenção da dor da criança. Em contexto mais urgente, segui um novo protocolo do serviço, com aplicação tópica de xilocaína spray, onde se aguardava 3min pela sua atuação e consegui constatar excelentes resultados. Para além destas medidas, muitas das vezes até em conjunto, implementei também estratégias não farmacológicas, especialmente antes de procedimentos dolorosos. Nos latentes utilizei a sucção não nutritiva, glicose a 30% (pois não existia sacarose a 24%) e a contenção. Nas crianças maiores, o medo e a ansiedade delas e dos pais são fatores que agravam a dor. Preparei e informei previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo. Também preparei, informei e instruí os pais sobre a conduta que deveriam adotar durante o procedimento, para que pudessem apoiar a criança da melhor forma possível (Direção-Geral da Saúde, 2012). Usei a brincadeira e a distração, muitas vezes com recurso ao telemóvel dos pais, o reforço positivo, nomeadamente com atribuição de recompensa como autocolantes ou diplomas, e o relaxamento, principalmente com adolescentes, com exercícios de respiração forçada (Direção-Geral da Saúde, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Em contexto de CSP, na CESIJ a dor observada esteve principalmente associada à vacinação. Para os bebés, apliquei as medidas anteriormente mencionadas, incluindo a amamentação, que é uma intervenção analgésica de primeira linha para crianças até aos 2 anos, uma vez que reduz o stress e a ansiedade através de conforto físico, sucção, distração ou ingestão de algo doce (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021) (no SUPP, não mencionei a amamentação porque não havia

a tranquilidade e a privacidade necessárias para essa prática). Para as crianças na faixa etária dos 10 anos, implementei estratégias de preparação prévia e técnicas de relaxamento, adequadas ao seu nível de desenvolvimento, para minimizar o desconforto e a ansiedade associados à vacinação.

Estas medidas não farmacológicas são medidas simples, seguras e de baixo custo, passíveis de serem usadas em todos os contextos. O enfermeiro deve ser capaz de instituir medidas não farmacológicas para controlo da dor, provando a sua autonomia e cuidado humanizado.

A dor é um tema altamente estudado e aprofundado, mas a sua avaliação continua a ser uma das atividades mais desafiadoras para o enfermeiro, devido à sua natureza complexa, multidimensional e pessoal (Batalha, 2016). Contudo, considero que ao longo do estágio consegui desenvolver competências no âmbito da gestão e controlo da dor. É imperativo consciencializar a equipa sobre este assunto, uma vez que ainda parece existir uma discrepância entre o conhecimento teórico e a prática clínica.

Objetivos:

- Compreender a dinâmica de intervenção das ELI (no âmbito do SNIPI);
- Compreender a dinâmica de intervenção do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

Reflexão:

Em contexto de CSP, especificamente na UCC, tive a oportunidade de familiarizar-me com o SNIPI e com as atividades desenvolvidas pela ELI. Esta era uma área relativamente nova para mim, o que exigiu uma pesquisa aprofundada sobre o tema.

O SNIPI consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com o objetivo de garantir condições de desenvolvimento para crianças cujas funções ou estruturas corporais limitam o crescimento pessoal, social e a participação em atividades típicas para a idade, bem como para aquelas com risco grave de atraso no desenvolvimento. Envolve a atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade (Diário da República, 2009). Segundo o mesmo decreto-lei, são critérios de

elegibilidade para apoio no âmbito do SNIPI crianças entre os 0 e os 6 anos, nascidas em situações de alto risco e/ou com atrasos ou incapacidades no desenvolvimento psicomotor, bem como as suas famílias. Intervenção Precoce na Infância designa-se como o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família (ações de natureza preventiva e reabilitativa), no âmbito da educação, da saúde e da ação social. As ELI do SNIPI, são equipas multidisciplinares (enfermeiro, médico, educador de infância, psicólogo, assistentes sociais e terapeutas) com objetivos comuns, mas funções diferentes. Detetam e sinalizam, apoiam e implementam, em conjunto com a família e outros agentes educativos, estratégias que promovem um desenvolvimento equilibrado da criança, para atingir o seu máximo potencial de desenvolvimento. Nesse sentido, a ELI elabora o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação que envolve a avaliação da criança nos seus contextos (familiar e outros) e define as medidas e ações a desenvolver e permite organizar toda a informação recolhida, registar todos os aspetos da intervenção bem como o processo que conduz à sua implementação (Diário da República, 2009). Em relação à referenciação, esta deve ser o mais precocemente possível, logo que detetadas crianças em situações de alto risco e/ou com atrasos ou incapacidades no desenvolvimento psicomotor ou problemas comportamentais. Pode ser feita por qualquer pessoa, como profissionais de saúde, os próprios pais, educadores ou serviço social.

A minha enfermeira tutora fazia parte da ELI e tinha um dia da semana destacado para se reunir com o grupo, onde elaboravam e discutiam os PIIP. Não pude participar nestas reuniões devido a questões de confidencialidade e sigilo e também porque a presença de um elemento novo e desconhecido na equipa poderia gerar apreensão da família e comprometer o PIIP delineado.

Contudo, este impedimento permitiu-me compreender o funcionamento deste sistema, não de uma forma tão prática, mas suportado pela pesquisa e discussão com a minha tutora. Consultei processos e esclareci dúvidas, permitindo compreender a dinâmica, articulações e abrangências da ELI, que até ao momento desconhecia e agora reconheço como uma mais-valia na comunidade.

Foi também através destas conversas sobre a ELI, uma vez que as suas ações também passam por, sempre que se justifique, articular com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) ou

outras entidades de proteção infantil (Diário da República, 2009) que pude compreender o funcionamento dos NACJR.

A ASCJR procura promover os direitos da criança e do jovem, através da prevenção de ocorrência de maus-tratos, da deteção precoce de fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou acompanhamento dos casos identificados. Isto, através da criação de equipas pluridisciplinares, tanto nos CSP como nos hospitais com atendimento pediátrico, designadas, respetivamente, NACJR e Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (Diário da República, 2008). *“Estes Núcleos tornaram-se uma referência institucional quanto a maus-tratos em crianças e jovens, tanto na ação preventiva junto da população, como na consultadoria prestada a outros profissionais, na condução de casos e na interlocução com outras entidades de primeira linha com competência em matéria de infância e juventude, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Ministério Público e Tribunais”* (Diário da República, 2017, p. 13904).

Na UCC onde realizei o meu estágio não existia um NACJR, daí, a compreensão da dinâmica funcional do núcleo e a articulação entre instituições, deu-se através do questionamento e partilha de informação com a minha tutora.

O EEESIP exerce o papel fundamental de identificar e assistir crianças e jovens em situações de risco como maus tratos, negligência, comportamentos de risco e abuso, embora não tenha existido uma participação ativa no NACJR, ficou cimentada a sua funcionalidade e fui capaz de demonstrar capacidade para diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco, que possam afetar negativamente o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Neste sentido, durante a realização do CESIJ, procurei estar atenta a sinais de alerta e possíveis situações de risco. Observei a criança e a sua interação com os pais, procurando identificar indicadores físicos ou comportamentais. Além disso, empenhei-me na sensibilização dos pais sobre alterações no desenvolvimento e perturbações emocionais, bem como na prevenção de riscos, especialmente no que diz respeito a comportamentos prejudiciais para a saúde. Isto torna-se significativamente mais fácil para o enfermeiro de família, pois o conhecimento e proximidade que tem com estas famílias, permite-lhe identificar as necessidades ou problemas que possam surgir, além de fortalecer a confiança mútua, promovendo a resolução da situação. O papel do enfermeiro de família

é crucial na educação para a saúde com o intuito de prevenir situações de risco, no acompanhamento da criança e sua família, bem como na sinalização e encaminhamento adequado de crianças para outros profissionais ou para estes recursos na comunidade, conforme necessário.

4.2 DOMÍNIO DA GESTÃO

A gestão é uma área de intervenção de enfermagem crucial para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. Envolve planeamento, organização e controlo da prestação de cuidados, de forma oportuna, segura e abrangente com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados e dar suporte às políticas e diretrizes estratégicas da instituição (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017).

O REPE refere, no seu artigo 9º, relativamente às intervenções dos enfermeiros, que a gestão é uma das áreas em que os enfermeiros desempenham um papel fundamental no exercício das suas funções para a melhoria dos cuidados (Diário da República, 1996). O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), determina que este deve desempenhar também um papel de gestão de cuidados, visando otimizar as respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar e adequar os recursos às necessidades dos cuidados, bem como adotar de um estilo de liderança que assegure a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Competências desenvolvidas
<ul style="list-style-type: none">• <i>Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização;</i>• <i>Colaborar no processo de integração de novos profissionais;</i>• <i>Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;</i>• <i>Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;</i>• <i>Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.</i>

Objetivo:

- Compreender o papel do EEESIP na gestão de cuidados;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão, liderança e supervisão de cuidados de enfermagem.

Reflexão:

A gestão em enfermagem revela-se como a estratégia fundamental para alcançar a máxima qualidade na prática da prestação de cuidados.

Na perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (2001), na incessante procura pela excelência no exercício profissional, os enfermeiros têm um papel primordial em assegurar a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Este objetivo é alcançado através da aplicação de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, promotoras da qualidade.

Atualmente, a gestão vai além das componentes administrativas tradicionais, como planeamento, organização, direção e controlo. Requer uma combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos, tais como liderança, gestão do desempenho, pensamento estratégico, negociação, comunicação, gestão de recursos humanos e melhoria da qualidade (Rocha, Sousa, & Martins, 2016). Esta abordagem resulta da integração entre o gerir e o cuidar, uma vez que a enfermagem é uma profissão centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais, procurando proporcionar cuidados de elevada qualidade. Isso implica o compromisso e a dedicação de todos os membros da equipa, nomeadamente do enfermeiro gestor, que desempenha um papel crucial na organização dos serviços de saúde. O seu foco está na maximização da qualidade dos cuidados, dos profissionais e das instituições de saúde (Rocha, Sousa, & Martins, 2016).

Conforme Canastra e Ferreira (2012, p. 78) destacam, a liderança e a gestão “*são insuficientes sem a complementaridade da outra*”. Assim, a liderança emerge como uma competência fundamental do enfermeiro gestor, pois é essencial a todos os níveis e em todos os contextos, contribuindo para a oferta de serviços de saúde eficazes e significativos para crianças e suas famílias, indivíduos e comunidades. A liderança dos enfermeiros é tão indispensável para a prestação de cuidados de qualidade, quanto as

competências técnicas no cuidado direto aos doentes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2022).

Liderança envolve a habilidade de mobilizar e influenciar pessoas, através da implementação de uma gestão participativa e cooperativa. Implica, também a gestão de recursos humanos e conflitos dentro da equipa, o que exige capacidade de negociação, análise e resolução de problemas, tudo com o objetivo de alcançar a eficiência desejada (Freitas, 2018). Assim, espera-se que um enfermeiro especialista tenha capacidade de liderança, de tomada de decisão e de comunicação na gestão de cuidados e de equipas.

Em contexto hospitalar, existia um elemento de referência no serviço, normalmente denominado enfermeiro responsável ou chefe de equipa, que na ausência do enfermeiro gestor, assumia a responsabilidade pelo serviço durante o seu turno. Este papel era habitualmente desempenhado por um enfermeiro especialista.

Ao longo do meu estágio, pude testemunhar esses atributos no EEESIP ao acompanhar a gestão de cuidados e de recursos, o processo de liderança e gestão de equipas, pois os meus enfermeiros tutores despenhavam, frequentemente o papel de responsável de turno ou chefe de equipa. Ficavam encarregues da gestão dos cuidados e do serviço devido ao seu vasto conhecimento e experiência. Além disso, destacavam-se pela sua proximidade com a equipa e pelo seu envolvimento ativo na prestação de cuidados que lhes permitia o planeamento e coordenação de diversas atividades, estabelecendo um ambiente de confiança e entreajuda dentro da equipa.

Não obstante, o desafio inerente à liderança em enfermagem, prende-se com a capacidade do enfermeiro em reconhecer os diferentes estilos de liderança e aplicá-los de acordo com as características individuais dos membros da equipa e das diversas situações que podem surgir (Fernandes, Contente, Guerreiro, Gouveia, & Melo, 2021). Neste sentido, foi possível perceber diferentes estilos de liderança, ajustados conforme as situações e as necessidades. Em situações de emergência, por exemplo, onde as decisões precisam de ser rapidamente implementadas, era adotado o estilo de liderança autocrático, onde quem determina qual a tarefa que cada um deve executar é o líder (Costa A. P., 2013). Contudo, o estilo democrático, reconhecido como promotor da qualidade da relação interpessoal, da satisfação da equipa e da comunicação autêntica e cordial entre os seus membros (Costa A. P., 2013), era preferencialmente adotado em todos os contextos e na maioria

das situações. Em diversas ocasiões, testemunhei outros membros da equipa procurarem o EEESIP, como consultor para auxiliar ou validar a tomada de decisão em relação aos cuidados. Era notório o seu reconhecimento como perito, detentor de vastos conhecimentos e competências na área de saúde infantil e pediátrica. Além disso, colaborava nas decisões da equipa multidisciplinar, partilhando informação relevante sobre a criança e a sua família, contribuindo para a elaboração do plano de cuidados em conjunto com a equipa médica.

O enfermeiro é solicitado a intervir no seu contexto de ação, seja como prestador de cuidados, coordenador ou gestor de uma equipa de trabalho, para lidar com as situações que surgem no seu contexto de atuação. Assim, a tomada de decisão do enfermeiro, responsável e autónoma, é essencial tanto para a prática como para a gestão. Esta tomada de decisão é influenciada por uma combinação de conhecimento, experiência, ambiente organizacional, Prática Baseada na Evidência (PBE) e, significativamente, pela liderança (Lourenço, Gonçalves, Sequeira, Melo, & Gouveia, 2022).

Enquanto gestor de cuidados, com o objetivo de garantir uma assistência de enfermagem segura e de qualidade à criança e à família, o EEESIP desenvolvia atividades para fortalecer as relações e interações entre a equipa de saúde e o binómio criança/família. Assumia a responsabilidade de mobilizar os recursos necessários para satisfazer as necessidades identificadas no planeamento de cuidados, em todos os contextos por onde passei.

A capacidade de gestão de cuidados baseada na definição de prioridades é uma constante e torna-se extremamente complexa, exigindo habilidades para identificar e priorizar situações de especial complexidade.

Em contexto hospitalar, reconheci no EEESIP um profundo conhecimento da instituição que integravam e dos serviços com que se articulavam, nomeadamente com outras especialidades ou mesmo para a realização de exames. Articulavam recursos e recorriam a diferentes estratégias para garantir a assistência necessária à criança e suas famílias de forma oportuna, mantendo a segurança e a qualidade dos cuidados.

No contexto de CSP, na UCC, o EEESIP assumia a responsabilidade pela prestação integral de cuidados a uma comunidade específica, o que lhe permitia decidir sobre a gestão e planeamento dos cuidados destinados a cada comunidade, com base nos

objetivos estabelecidos. Dentro dos vários projetos abrangidos pela UCC, a minha orientadora era responsável, na área da parentalidade, pelo curso de massagem infantil, em colaboração com outra enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Além disso, estava envolvida no PNSE numa determinada zona geográfica, em conjunto com duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde comunitária e mais uma EEESIP, e também fazia parte da ELI. Desta forma, pude observar e participar na gestão autónoma dos cuidados realizada pelo EEESIP, através da priorização das necessidades identificadas, bem como na coordenação e planeamento de AES, participação em reuniões com diversas entidades, como escolas e juntas de freguesia, articulação com outros recursos da comunidade e equipa multidisciplinar, com o objetivo de responder às necessidades específicas de cada comunidade.

Relativamente à gestão de recursos humanos, na UCIN e no SUPP, o enfermeiro responsável de turno ou chefe de equipa, tinha a seu cargo a elaboração dos planos de trabalho conforme os recursos humanos disponíveis e a complexidade de cuidados e especificidade de cada criança e sua família, bem como áreas de maior afluência no caso do SUPP. Essa distribuição também era baseada nas competências de cada elemento, de forma a garantir que as necessidades de cuidados fossem adequadamente atendidas, o que só era possível mediante um conhecimento aprofundado da equipa de trabalho. Em períodos de maior afluência ou na ausência de algum membro da equipa de enfermagem, também providenciavam o reforço da equipa, no sentido de manter a segurança e qualidade dos cuidados. Além disso, incumbia-lhe a gestão das vagas do serviço, assim como a articulação com outros serviços, como internamento, bloco de partos ou bloco operatório, serviço de cuidados intensivos ou até mesmo outros hospitais, o que era uma necessidade frequente.

Nestes dois contextos, também participei na gestão de recursos materiais. O enfermeiro responsável de turno ou chefe de equipa era responsável pela gestão do material e de equipamentos no seu turno. Em caso de necessidade urgente de algum material ou equipamento, incumbia-lhe providenciar o mesmo ou notificar alguma avaria que pudesse existir. No SUPP, tive ainda a oportunidade de participar na verificação do stock de material clínico e medicação disponível na sala de emergência, bem como na verificação do funcionamento dos equipamentos lá existentes, como ambu, monitores, desfibrilador, entre outros. Esta verificação era uma responsabilidade do chefe de equipa, geralmente

após a utilização da sala, com o objetivo de garantir que a mesma estivesse operacional para uma resposta rápida e segura, sem falhas, em situações de emergência.

Neste sentido, em todos os contextos, a gestão de cuidados e recursos foi demonstrada com recurso a diferentes estratégias, sempre com o objetivo primordial de zelar pela qualidade e segurança dos cuidados prestados. Esta reflexão sobre a mesma, permitiu-me compreender a amplitude da responsabilidade, a necessidade de flexibilidade, a importância da organização e as competências humanas essenciais, exigidas na gestão de um serviço.

Em relação à Supervisão Clínica (SC), é importante destacar o papel significativo desempenhado pelos meus orientadores no que diz respeito à orientação de estudantes e à integração de novos profissionais.

A Ordem dos Enfermeiros (2018a) define SC como um processo dinâmico, organizado, baseado nas relações interpessoais e de carácter formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de orientar a aprendizagem, fomentar a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo tem como propósito favorecer a tomada de decisão autónoma, priorizando a proteção da pessoa, bem como a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Ao supervisor, reconhece-se o conhecimento sólido e pensamento sistematizado, no campo da disciplina e da profissão de enfermagem, assim como na SC. Demonstra competência efetiva e comprovada no exercício profissional nesta área (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Ao integrar o processo de SC, que foi o meu estágio, pude reconhecer estes atributos no EEESIP, que desempenhou um papel fundamental no meu crescimento profissional na área da saúde infantil e pediátrica. Através do desenvolvimento de um novo conjunto de competências, facilitou a minha transição para novas responsabilidades e capacitou-me para intervir de forma autónoma nesta área de especialidade.

No contexto da integração de novos profissionais, a SC também se assume fundamental, como pude constatar durante a minha experiência na UCIN, ao observar de forma participativa o processo de integração de um novo enfermeiro na equipa. Neste processo, o EEESIP responsável pela sua integração, promoveu a confiança e a autonomia do novo

elemento, criando um ambiente propício à partilha de dúvidas, à reflexão sobre práticas, à prestação de ajuda e orientação, facilitando assim a sua integração plena na equipa.

O exercício de enfermagem na SC assume-se, portanto, como uma componente essencial e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde, bem como o aumento da satisfação e desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Durante o meu percurso formativo, pude refletir sobre a importância da supervisão na prestação de cuidados e analisar criticamente o processo de integração de novos profissionais. Utilizando os conhecimentos adquiridos na área da saúde infantil e pediátrica, aliados ao pensamento crítico e à PBE, procurei sempre promover e zelar pela qualidade e a segurança dos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

4.3 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

O domínio da formação concerne ao processo contínuo de aprendizagens e desenvolvimento de competências com o objetivo de prestar cuidados de excelência à criança/jovem e família. Segundo a Ordem dos Enfermeiros a formação é *“um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados”* (2016, p. 1). Neste sentido, no exposto no Artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro, sobre a *“excelência do exercício”*, o enfermeiro deve *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Diário da República, 2015, p. 8080).

Além disso a formação em enfermagem visa também o crescimento pessoal e profissional, individual e coletivo uma vez que faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Competências desenvolvidas

- *Manter, de forma contínua e autônoma, o seu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.*

Objetivos:

- Promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver competências de reflexão crítica sobre a prática especializada de enfermagem.

Reflexão:

O avanço científico, tecnológico, social e cultural, aliado à crescente complexidade dos cuidados de saúde, exigem uma formação contínua por parte dos profissionais. Embora a formação inicial do enfermeiro forneça as competências necessárias para prestar cuidados de saúde seguros, é somente por meio da formação contínua que se alcança a excelência no cuidado. O enfermeiro deve regularmente avaliar sua prática, adotando uma postura reflexiva em relação ao seu trabalho e identificando quaisquer dificuldades que surjam, com o intuito de impulsionar mudanças através da formação. Compromete-se a investir na constante atualização dos seus conhecimentos, visando contribuir para o seu desenvolvimento profissional e alcançar a excelência na prestação de cuidados (Diário da República, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Considerando estas premissas e motivada pela vontade de saber mais, fazer mais e fazer melhor, iniciei este percurso de formação especializada na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A crescente complexidade dos cuidados, juntamente com a exigência atual das crianças e das suas famílias por respostas eficazes por parte dos profissionais de saúde reflete-se na necessidade de adquirir novos conhecimentos e habilidades, por meio da formação para poder fazer a diferença no cuidado à criança, ao jovem e à sua família.

A componente prática deste curso foi um período privilegiado e de grande importância neste processo formativo de aquisição de competências especializadas. Foi através de todas as oportunidades de aprendizagem, de partilha de experiências e de interação com

crianças/famílias e profissionais em estágio que me permitiu estabelecer uma relação entre a teoria e a prática. Assim, tive oportunidade de gerir e mobilizar conhecimentos adquiridos durante a componente teórica deste curso de mestrado, bem como da minha experiência profissional e pessoal de forma a atingir as competências preconizadas nos vários domínios para responder de forma adequada, com segurança e qualidade às necessidades da criança/família.

Durante o estágio desenvolvi a minha capacidade de reflexão na e sobre a prática, reconhecendo a reflexão como um procedimento essencial para a interação entre a teoria e a prática. Através deste processo crítico-reflexivo da minha prática, cultivado ao longo deste curso e fundamentado na minha experiência e maturidade, consegui adquirir e aprimorar competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados à criança e sua família.

Além disso, segundo Pinheiro, Macedo, & Costa (2014) no contexto profissional atual é essencial abandonar o individualismo em prol da valorização da partilha, do confronto de ideias e da reflexão conjunta, o que impulsiona o desenvolvimento profissional. As autoras referem que as passagens de turno, as reuniões e a formação em serviço tornam-se momentos privilegiados de formação em contexto de trabalho uma vez que fomentam a discussão construtiva e a partilha de conhecimentos e experiência.

Durante o estágio, os momentos de partilha e reflexão com os tutores, restantes enfermeiros e membros da equipa multidisciplinar foram fundamentais para a minha aprendizagem, juntamente com a análise da evidência mais recente. Na UCIN destacaram-se temas como a VNI, as escalas da dor em RNPT (usavam exclusivamente a NIPS) e os cuidados centrados no desenvolvimento. Além disso, pude assistir a formações em serviço sobre incubadoras e ventiladores, enriquecendo ainda mais a minha experiência durante o estágio.

No SUPP, senti a necessidade de confrontar as práticas do meu dia-a-dia com as observadas, dada a familiaridade com esse ambiente. Destaco também o sistema de triagem canadiano, que despertou o meu interesse e admiração em comparação com o utilizado no hospital onde trabalho. As medidas de controlo de infeção levantaram determinadas dúvidas por algumas serem diferentes das que pratico habitualmente.

No contexto da saúde escolar, recorri bastante aos conhecimentos adquiridos durante as aulas de mestrado, o que facilitou a busca de informações. No entanto, foi necessário realizar pesquisas adicionais sobre temas como saúde oral, alimentação infantil, saúde mental e SNIPI, entre outros, a fim de aprofundar o meu conhecimento e aplicá-lo de forma eficaz.

Durante este percurso formativo do curso de mestrado mantive uma postura crítica e reflexiva em relação às práticas, sempre empenhada em identificar áreas de melhoria e lacunas no conhecimento. Além de aproveitar os conhecimentos adquiridos ao longo da parte teórica do curso, da minha experiência profissional e das minhas formações anteriores, procurei suprir essas necessidades por meio da pesquisa de evidências atuais e da participação em formações relevantes, que abordassem as questões surgidas na prática clínica. Neste sentido, participei em diversas formações, cursos e conferências, que podem ser consultadas no Apêndice IV deste relatório. Estas iniciativas foram realizadas com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos, especialmente relevantes para os contextos clínicos onde iria decorrer o estágio e para abordar as necessidades que identifiquei na prática clínica. Destaco a oportunidade de estar presente no “*IV Fórum das Especialidades de Enfermagem*”, subordinado ao tema “*Especialidades de Enfermagem na resposta aos ODS*”, promovido pela Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da UCP. Este tipo de eventos, são de veras importantes para a partilha e reflexão de conhecimentos sobre uma variedade de inquietações emergentes da prática clínica. Estas reflexões dos alunos do mestrado em enfermagem culminaram na produção de conhecimento científico, o qual a UCP ofereceu a oportunidade de ser compartilhado com o público interessado. Num contexto semelhante, assisti à “*2ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica*” organizada pelo Centro Hospitalar Universitário de São João. Foi um evento inteiramente dedicado à Investigação em Enfermagem, divulgando mais uma série de trabalhos produzidos por enfermeiros.

Tais eventos desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da profissão de enfermagem, oferecendo oportunidades valiosas para aquisição de novos conhecimentos e troca de experiências, enquanto reforçam o compromisso do enfermeiro com o desenvolvimento profissional contínuo.

Além de que o conhecimento em enfermagem não é estanque e o seu desenvolvimento é permanente, exigindo uma formação contínua, um comprometimento dos enfermeiros de formação e reflexão na ação ao longo da vida. Assim, através das ferramentas que este curso de mestrado me forneceu, assumi a responsabilidade de fomentar um processo contínuo de autodesenvolvimento pessoal e profissional na procura contínua da excelência dos cuidados de enfermagem.

Competências desenvolvidas

- *Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- *Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;*
- *Promover a formação em serviço na área da especialização.*

Objetivo:

- Compreender a importância do papel do EEESIP tem na formação em enfermagem;
- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Reflexão:

Uma profissão complexa como a enfermagem pressupõe uma formação que permita ao profissional desenvolver um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações. Isto é assegurado pela formação inicial, contínua e pós-graduada em enfermagem. Desta forma, num domínio tão específico e abrangente como o da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é essencial manter uma formação contínua que vise o desenvolvimento profissional. Essa formação deve incluir uma descrição minuciosa da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, garantindo assim a prestação dos melhores cuidados à criança/jovem e à família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade, é crucial que o enfermeiro especialista desempenhe o papel de formador em contexto de trabalho. Para tal, é essencial que identifique necessidades formativas, promova a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências de outros enfermeiros, além de avaliar o impacto da formação (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nos diferentes contextos por onde passei pode verificar que existia um departamento de formação que assegurava a formação contínua dos enfermeiros por meio da formação em serviço. Esta deve satisfazer as necessidades de formação dos profissionais de enfermagem do serviço, como um grupo, com um objetivo comum, bem como as necessidades individuais de cada membro desse grupo (Diário da República, 1991).

Em todos os contextos, constatei que o elemento responsável pela formação era um enfermeiro especialista, designado pelo enfermeiro gestor do serviço. Este enfermeiro responsável pela formação, elaborava a planificação e organizava as atividades formativas dentro do próprio serviço, considerando as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem.

Na UCIN a minha enfermeira tutora era a responsável pela formação, proporcionando-me uma visão mais próxima de todo o processo, desde o diagnóstico de necessidades até à organização de grupos de trabalho e à elaboração de estratégias para implementar as ações de formação, bem como todo o processo de avaliação das sessões.

Deste modo, foi possível perceber a importância de identificar as necessidades formativas da equipa, refletindo as dificuldades vivenciadas na prática e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, assim como para a satisfação das crianças/famílias e dos profissionais. Neste sentido, é igualmente elementar estabelecer um conjunto de critérios e estratégias que permitam organizar, planear e implementar todas as ações de formação de maneira eficaz. A avaliação de cada ação de formação, tanto em termos de satisfação como de impacto na prática, constitui uma ferramenta essencial para assegurar que a formação planeada traz benefícios significativos para os serviços, os profissionais e as crianças/famílias.

Durante o decorrer do estágio foi possível consultar os planos de formação dos diversos contextos. Na UCC, em colaboração com a minha tutora, identifiquei as necessidades de formação da equipa de enfermagem, o que me permitiu concretizar uma sessão de

formação ao grupo de pares. Uma vez que a equipa da UCC é formada por 12 enfermeiros, dos quais, apenas 3 são EEESIP e o contacto com crianças e jovens é constante nas diversas áreas que integram a UCC, como na equipa de Cuidados Continuados Integrados, na equipa de Saúde Materna e Obstétrica e na equipa de Saúde Escolar. Considerando que todos os enfermeiros da UCC lidam diariamente com a criança e o jovem, tornou-se imperativo desenvolver competências na área de desenvolvimento infantil e juvenil para poder acompanhar de perto os vários aspetos do seu desenvolvimento, detetar precocemente desvios da normalidade e proporcionar orientação oportuna para uma intervenção eficaz. Tendo em conta esta realidade, esta temática foi considerada relevante e nesse sentido, planeei e realizei uma sessão de formação ao grupo de pares, para todos os elementos da equipa de enfermagem da UCC, subordinada ao tema “*Desenvolvimento Infantil e Juvenil*”, procurando dar resposta a uma necessidade evidenciada pela equipa de enfermagem, que pode ser consultada em detalhe no Apêndice V.

No que se refere às competências desenvolvidas no âmbito da formação de pares, após pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos teóricos sobre o tema, consegui organizar a informação de forma clara e objetiva. Elaborei, um plano esquemático da sessão de formação, detalhando a data, a hora, o local onde se realizaria a formação e a sua duração. Nesse mesmo plano, apresentei também os objetivos que me propus a alcançar com a mesma, os conteúdos a serem abordados, a metodologia utilizada e os recursos necessários, bem como a forma como seria avaliada. No final da sessão, após análise dos dados obtidos no questionário de avaliação, senti-me extremamente gratificada ao constatar que os objetivos que tracei foram integralmente alcançados.

Esta sessão proporcionou-me uma valiosa oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, enquanto desenvolvi competências na planificação de ações de formação. Além disso, pude aprimorar aspetos relacionados com a comunicação e a apresentação formal de conteúdos enquanto formadora entre pares. Enquanto equipa, consegui proporcionar um momento privilegiado de partilha e reflexão, com troca de ideias e experiências, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada um.

4.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A Investigação é um recurso importante para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão pois é essencial para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento em Enfermagem. Contribui para cuidados seguros e promove o desenvolvimento da profissão. Além disso, é exercida em todas as áreas de atividade de Enfermagem como a prestação de cuidados, a gestão, a formação e educação, a política e regulação (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Num contexto tão específico e abrangente como o da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o desenvolvimento de competências no domínio da investigação torna-se fundamental para enriquecer o corpo de conhecimentos da disciplina de enfermagem e garantir a melhor prática de cuidados à criança/jovem e suas famílias.

Competências desenvolvidas

- *Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;*
- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;*
- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
- *Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.*

Objetivos:

- Promover uma prática de cuidados de enfermagem especializados baseada na evidência científica mais atual;
- Comunicar resultados da investigação científica realizada ao longo do estágio;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação.

Reflexão:

“As disciplinas, na medida em que pretendem assegurar o seu desenvolvimento, vêm na investigação um meio privilegiado de aquisição de conhecimentos” (p. 4) pois a investigação científica constitui o método por excelência de aquisição de novos conhecimentos por dar resposta a questões precisas (Fortin, 2009).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2006) também nos diz que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso, destinado a ampliar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões específicas ou resolvendo problemas, visando o benefício dos utentes, famílias e comunidades. Abrange todos os domínios da saúde que são de interesse para a Enfermagem.

O enfermeiro especialista deve possuir um vasto conhecimento que sustente uma prática segura e competente. Isso só se alcança através da investigação, que proporciona bases sólidas, fiáveis e atualizadas para orientar o processo de tomada de decisão do enfermeiro na prática clínica. A PBE é a tomada de decisão consciente que é baseada não só em evidência disponível, mas também na competência clínica do profissional e nas preferências e valores do paciente, considerando sempre o contexto específico do cuidado (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Só dessa forma, é possível garantir uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados. Foi assim que procurei sustentar a minha prática, refletindo sobre as implicações da PBE e prestando cuidados baseados na melhor evidência disponível pois o enfermeiro especialista deve apoiar “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749).

É fundamental destacar que muitos dos problemas investigados surgem diretamente da prática diária, das reflexões e questionamentos sobre a mesma, das necessidades identificadas durante o exercício profissional dos enfermeiros. Em todos os contextos clínicos, tendo em conta a diversidade e especificidade dos cuidados, surgiram várias necessidades de pesquisa e atualização de conhecimentos na área da saúde infantil, que me levaram a procurar informação e a refletir criticamente sobre as mesmas. Isso incluiu temas como o RNPT, a parentalidade e a parceria de cuidados, o controlo da dor, o sistema de triagem canadiano, a saúde escolar, entre outros.

Nesta procura de conhecimento, realizei uma pesquisa bibliográfica relevante ao longo do estágio, utilizando várias plataformas e bases de dados, como *EBSCO*, *MEDLINE* e

SCOPUS, além de recorrer a publicações periódicas, como revistas na área da saúde, livros, documentos e orientações fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros e pela Direção-Geral da Saúde. Este processo teve como objetivo fundamentar a minha prática de cuidados, adquirir novos conhecimentos e complementar os já adquiridos, garantindo uma prestação de cuidados seguros e atualizados, baseados na evidência mais recente.

A procura desta evidência científica só faz sentido se os achados forem partilhados e incorporados na prática clínica. Tendo em conta que o enfermeiro especialista deve assumir-se “*como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749), procurei apresentar e divulgar aos pares resultados relevantes dessa pesquisa para promover uma PBE. Foram promovidos momentos de reflexão e discussão construtiva com os tutores e outros elementos da equipa, no sentido de fortalecer a tomada de decisão e desenvolver de uma prática de cuidados segura e com alto nível de qualidade.

Considerando que também é da competência do enfermeiro especialista “*identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749), durante o estágio, no contexto de SUPP, deparei-me com uma questão que gerava inquietação e provocava diferentes opiniões entre os profissionais de saúde: a presença dos pais durante situações de emergência. Este tema revelou-se controverso e polémico, suscitando alguns debates, sem conclusões definitivas. Após uma pesquisa da evidência atual sobre esse fenómeno, constatei que, embora existam recomendações e estudos que defendam a presença dos pais ou família em situações de emergência, essa prática não era amplamente adotada. Posto isto, realizei uma revisão integrativa da literatura com o intuito de responder à questão: “*Qual a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica?*”.

Com esta revisão da literatura pretendi reunir os resultados da evidência científica sobre a importância da família em situações de emergência pediátrica com o objetivo de estabelecer um consenso sobre se devem ou não estar presentes, de forma a influenciar comportamentos. Após o processo de seleção foram analisados 4 artigos e os resultados obtidos, assim como a discussão dos mesmos, evidencia que, em todos eles, a presença da família numa situação de emergência pediátrica se mostrou verdadeiramente importante. Além de beneficiar a criança, a presença da família numa situação de emergência pediátrica promove uma abordagem mais humanizada e centrada na família, reconhecendo o valor da união familiar como parte integrante do processo de cura e

recuperação das crianças. É essencial que os hospitais e profissionais de saúde continuem a incentivar e facilitar a participação ativa da família no cuidado emergencial das crianças, visando sempre o bem-estar e a segurança dos pacientes pediátricos. Todo este processo de revisão, resultou na elaboração de um artigo, que se encontra no Apêndice VI deste relatório.

Depois da conclusão desta revisão da literatura, elaborei um pôster que foi apresentado no *VII Fórum das Especialidades em Enfermagem – “Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”*, conforme documentado no Apêndice VII. Este evento foi organizado pela UCP, com o propósito de divulgar os resultados obtidos na pesquisa, pois *“a investigação é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido na partilha”* (Néné & Sequeira, 2022, p. XVII). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros afirma que é responsabilidade do enfermeiro especialista *“descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”* (2019, p. 4744).

Com a realização deste estudo adquiri competências no âmbito da investigação, nomeadamente, na formulação de uma questão de investigação clara e objetiva, na pesquisa em diversas bases de dados, bem como na análise e tratamento dos dados. Permitiu-me apresentar, analisar e refletir sobre os resultados da investigação com os pares, reforçando a qualidade dos cuidados prestados.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório marca o culminar de um percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências, integrado no CMEEESIP que ao longo dos dois semestres dedicados à Unidade Curricular - Estágio Final e Relatório, foi possível integrar teoria e prática em contextos tão distintos como o hospitalar e CSP.

Representou um momento de aprendizagem e reflexão sobre o percurso que segui para adquirir, desenvolver e consolidar competências, promovendo assim o meu crescimento pessoal e profissional com vista a alcançar uma prestação de cuidados de excelência na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que irão conduzir à obtenção do grau de Mestre.

O estágio, como elemento central na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, proporcionou um ambiente real de prática onde as competências adquiridas puderam ser aplicadas, refletidas e aprimoradas. A experiência em contextos tão distintos como UCIN, SUPP, UCC e USF, implicou a mobilização de conhecimentos aprofundados na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica e permitiu-me vivenciar situações novas e complexas, desenvolvendo a capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Fui capaz de integrar conhecimentos prévios, que tivessem em consideração as questões éticas e culturais, garantindo sempre o respeito pelas crenças e convicções da criança e da sua família. Neste processo dinâmico de aprendizagem, procurei debater e refletir sobre os problemas da prática, demonstrando capacidade crítica e argumentativa. Além disso, pretendi contribuir para o crescimento profissional de outros profissionais, incentivando a investigação de temas relevantes para a prática e comunicando conclusões a que cheguei, transmitindo conhecimento por meio de ações de formação, momentos de reflexão ou até nas passagens de turno.

Este curso de mestrado dotou-me de competências que possibilitaram o meu autodesenvolvimento, que me levará a uma aprendizagem ao longo da vida, pois assumi um compromisso para com a profissão e para com as pessoas de quem cuido.

Durante o estágio pude desenvolver competências transversais a todos os contextos assistências e que considero serem relevantes como foco de atenção do EEESIP, nomeadamente a comunicação eficaz com a criança e família, a prestação de cuidados baseada na parceria de cuidados, a promoção da parentalidade, a gestão da dor e a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

Os contextos assistenciais são locais de excelência, não só para o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados, tão específicos de cada área de especialização, mas também para a aquisição de competências essenciais na prática de enfermagem, como gestão, investigação e formação.

No âmbito da gestão, enquanto gestor de cuidados e recursos, o EEESIP zela pela qualidade dos cuidados prestados e é reconhecido na equipa como líder e supervisor do exercício profissional na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. No que diz respeito à formação, revelou-se um processo primordial para responder às necessidades constantes de atualização de conhecimentos e habilidades ao longo do exercício profissional e o EEESIP é também a figura de referência como facilitador da aprendizagem, enquanto formador das equipas em temas menos dominados pelas mesmas. No domínio da investigação, no sentido de fortalecer o seu conhecimento, identifica problemas e necessidades da prática e procura a melhor evidencia científica disponível para proporcionar cuidados de qualidade e excelência.

Foram estas competências que tive oportunidade desenvolver ao longo deste percurso académico, e revelaram-se essenciais para o meu autodesenvolvimento profissional e para alcançar a excelência dos cuidados prestados.

Este percurso foi, sem dúvida, extremamente proveitoso e enriquecedor, revestido de múltiplas oportunidades, mas também de inúmeros desafios. Exigiu sacrifício, entrega e dedicação, e a maior dificuldade prendeu-se com a gestão do tempo na conciliação da vida académica, profissional e pessoal. Destaco os importantes contributos da componente teórica deste curso de mestrado em todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, bem como o estágio realizado em diferentes contextos que me proporcionaram uma diversidade de novas experiências e me dotaram de valiosos conhecimentos.

Este relatório sintetiza o percurso formativo desenvolvido, e espero ter sido capaz de transmitir de forma clara a reflexão feita sobre as situações vivenciadas evidenciando a

evolução do meu processo de aquisição de competências e a minha preparação para enfrentar os desafios inerentes à enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com um compromisso constante de aprendizagem ao longo da vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central de Sistemas de Saúde, IP. (2011). Manual de Normas de Enfermagem, Procedimentos Técnicos. 2ª. Lisboa. Obtido de https://cdi-esss.weebly.com/uploads/5/3/6/8/53684907/manual_enfermagem_15_07_2011.pdf
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9 ed., pp. 331 - 411). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Batalha, L. M. (2016). Avaliação da dor - Manual de estudo - Versão 1. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra. Obtido de <file:///C:/Users/35191/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor.pdf>
- Bento, M. S., Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2020). A CRIANÇA-FAMÍLIA. DA CENTRALIDADE DOS CUIDADOS À RELAÇÃO DE PARCERIA. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), pp. 276 - 282. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19898/15123>
- Canadian Association of Emergency Physicians. (Novembro de 2013). Canadian Triage and Acuity Scale - Combined Adult/Paediatric Educational Program. Obtido de https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
- Canastra, M. A., & Ferreira, M. A. (Janeiro - Abril de 2012). Liderar com competencia...ou (treinar) competencias de liderança. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 1(1), pp. 77-81. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18517/1/2012016.pdf>
- Casey, A. (Janeiro de 1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp. 1058 - 1062.

- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). Cuidados Centrados na Família. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28 - 32). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Charepe, Z. (2020). A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231 - 237). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Cobo, M. M., Moultrie, F., Hauck, A. G., Crankshaw, D., Monk, V., Hartley, C., . . . Slater, R. (2022). Multicentre, randomized controlled trial to investigate the effects of parental touch on relieving acute procedural pain in neonates (Petal). *BMJ Open*(12). Obtido de <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/7/e061841.full.pdf>
- Coelho, M. T. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros*. Tese de Douturamento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2022). Enfermeiros: Uma voz para liderar - Investir em enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global. Suíça. Obtido de https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf
- Costa, A. P. (2013). Liderança - a arte de fazer seguidores. Em P. Parreira, R. Melo, A. Castilho, R. Vieira, & A. Amaral, *Gestão em Organizações de Saúde* (pp. 63 - 72). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2397&id_revista=19&id_edicao=54
- Costa, L. C., Souza, M. G., Sena, E. M., Mascarenhas, M. L., Moreira, R. T., & Lúcio, I. M. (Julho de 2016). UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALÍVIO DA DOR NEONATAL. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(7), pp. 2395 - 2403. doi:10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201613

- Diário da República. (8 de Novembro de 1991). Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro. 5723 - 5741. Portugal. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/437-1991-331852>
- Diário da República. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE, Decreto-Lei n.º 161/96. 2959 - 2962. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Diário da República. (5 de Dezembro de 2008). Despacho n.º 31292/2008. 49207 - 49231. Portugal. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2008/12/236000000/4920749231.pdf>
- Diário da República. (6 de Outubro de 2009). Decreto-Lei n.º 281/2009. (193), 7298-7301. Portugal. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Diário da República. (5 de agosto de 2014a). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. 4069 - 4071. Portugal. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Diário da República. (11 de agosto de 2014b). Despacho n.º 10319/2014. 20673-20678. Portugal. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Diário da República. (16 de Setembro de 2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059 - 8105. Portugal. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Diário da República. (28 de Junho de 2017). Despacho n.º 5655/2017. 13094 - 13905. Portugal. Obtido de <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/08/Despacho-n%C2%BA-5656-de-28-de-junho-de-2017.pdf>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (Junho de 2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(13), pp. 43-51. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/279749883>
- Direção-Geral da Saúde. (14 de Junho de 2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 9*. Portugal. Obtido de

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (14 de Dezembro de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação Técnica n.º 014/2010*. Portugal. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Criancas.pdf

Direção-Geral da Saúde. (18 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação Técnica n.º 022/2012*. Portugal. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf

Direção-Geral da Saúde. (31 de maio de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma n.º 010/2013*. Portugal. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (12 de Agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. *Norma n.º 015/2015*. Portugal. Obtido de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-015_2015-pnse-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (9 de Janeiro de 2018a). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma 002/2018*, 1-23. Portugal. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (5 de Setembro de 2018b). Rastreio Saúde Visual Infantil. *Norma n.º 015/2018*. Portugal. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/rastreio-saude-visual-infantil.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (Setembro de 2019). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação. Lisboa. Obtido de <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Crianc%CC%A7as-e-jovens-com-diabetes-mellitus->

tipo-1-Manual-de-formac%CC%A7a%CC%83o-para-apoio-aos-profissionais-de-sau%CC%81de-e-de-educac%CC%A7a%CC%83o.pdf

Direção-Geral da Saúde. (27 de Setembro de 2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. *Norma n° 018/2020*. Portugal. Obtido de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2021-2025. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal.

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 81 - 94). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Fernandes, V. E., Contente, A. C., Guerreiro, I. F., Gouveia, M. J., & Melo, M. F. (2021). Liderança e Satisfação na Equipa de Enfermagem: Revisão Narrativa. *Gestão e Desenvolvimento*(29), pp. 465-482. doi:<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10226>

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 160-191). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, C. G. (2018). *GESTÃO EM ENFERMAGEM: O PERFIL DE COMPETÊNCIAS*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25785/1/TESE%20Carla%20Freitas%20Final.pdf>

Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (Dezembro de 2021). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na Vacinação Pediátrica – Linhas Orientadoras para a Prática Clínica. Obtido de https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf

- Hockenberry, M. J. (2014a). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 49 - 71). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M. J. (2014b). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9 ed., pp. 122 - 187). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Internacional Coucil of Nurses. (2019). *Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido de ICNP Browser: <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Association of Infant Massage. (2024). *Benefits*. Obtido de International Association of Infant Massage: <https://iaim.net/benefits/>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188 - 239). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A TOMADA DE DECISÃO NA GESTÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA. *Gestão e Desenvolvimento*(30), pp. 557-578. doi:<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Matsuda, M. R., Martins, M. d., Filho, M. d., & Matta, A. C. (2013). MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS NO ALIVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 5(1), pp. 59 - 63. Obtido de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20131130_150810.pdf
- McElfresh, P. B., & Merk, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9 ed., pp. 897 - 930). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Obtido de <https://taskurun.wordpress.com/wp->

content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Guia de Decisão Clínica* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.

Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto e Contexto. Enfermagem*, 17(4), pp. 758-764. Obtido de <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>

Mendes, M. G., & Martins, M. M. (Março de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), pp. 113 - 121.

Ministério da Saúde. (5 de Janeiro de 2005). Despacho nº153/2005 (2a série). *Diário da República - II Série, N°3*, 97. Portugal.

Ministério da Saúde. (Março de 2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10028/1030855/Pages/default.aspx>

Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33 - 38). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Mororó, D. D., Enders, B. C., Lira, A. L., Silva, C. M., & Menezes, R. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), pp. 323-332. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ape/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/?format=pdf&lang=pt>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel .

Nunes, L. (2020). Ética no Cuidado à Criança, Jovem e Família. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 65 - 79). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). Investigação em Enfermagem. Tomada de posição. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *I(3)*, *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de Outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 1-15. Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA. *Cadernos da OE, nº1, série 6*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (23 de Abril de 2015a). Regulamento n.º190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências de Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República, 2.ª série — N.º 79*, 10087-10090. Portugal. Obtido de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2015b). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *I(8)*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (9 de Maio de 2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. 1-37. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissional_oe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica; Regulamento nº 366/2018. *Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de junho de 2018*, 16656-16663. Portugal. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento nº422/2018. *Diário da República, 2.ª série — N.º 133*, 19192-19194. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26*, 4744-4750. Portugal. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Tempo mínimo de integração para enfermeiros em Centro de Saúde. *Pronúncia do Conselho de Enfermagem N.º 41/2020*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19760/pron%C3%BAncia-n%C2%BA-41_ce_tempo-m%C3%ADnimo-de-integra%C3%A7%C3%A3o-para-enfermeiros-em-centro-de-sa%C3%BAde_anonimizada.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. 1-5. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Pinheiro, G. M., Macedo, A. P., & Costa, N. M. (Maio/Junho de 2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV*(2), pp. 101-109. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1381>
- Pinto, M. (1 de Novembro de 2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *25*(6), pp. 677-687. doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (Setembro de 2020). The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, *161*(9), pp. 1976 - 1982. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/>
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118-134). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *DOR*, *17*(2), pp. 18 - 23. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf
- Rocha, M. d., Sousa, P., & Martins, M. (Julho-Dezembro de 2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigación en Enfermería: Imagem y Desarrollo*, *18*(2), pp. 89-105. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145245624007.pdf>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025 - 1060). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Santos, A. d., Rodrigues, L. d., Santos, M. S., Sousa, G. J., Viana, M. C., & Chaves, E. M. (2019). PAPEL MATERNO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. *Texto e Contexto Enfermagem*, *28*, pp. 1 - 12. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0394>

- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, 20(1), pp. 26-31. Obtido de <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- Santos, P. F., Silva, J. B., & Oliveira, A. S. (2017). Percepção da Enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica: Atualiza Saúde*, 6(6), pp. 69 - 79. Obtido de <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/percepcao-da-enfermagem-sobre-o-metodo-mae-canguru-revisao-integrativa-v-6-n-6.pdf>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *O Choro do bebé*. Obtido de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-Choro-do-bebe.pdf>
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. Em A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293-309). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. d., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (julho-dezembro de 2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), pp. 278-295. doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O Recém-nascido. Em E. e. Jovem, *Ana Lúcia Ramos; Maria do Céu Barbieri-Figueiredo* (pp. 105 - 115). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

APÊNDICES

APÊNCIDE I – Folheto informativo “Alimentação no 1º ano de vida”

Entre os 8 e os 9 meses

Ovo

Introduzir 1/2 gema/semana durante 2 a 3 semanas;
Seguidamente 1 gema/semana durante 2 a 3 semanas.

- Apenas uma gema por refeição;
- 2 a 3 gemas por semana;
- Estas refeições, sem carne ou peixe.



Iogurte

Natural, sem aromas e sem adição de açúcar.

Leguminosas

Feijão, ervilha, fava, lentilha, grão.
Inicialmente demolidas e sem casca.



Menu do dia:

2 sopas de legumes com carne/peixe ou gema e fruta de sobremesa (almoço e jantar)
1 papa ao lanche
1 iogurte ao lanche
Restantes refeições de leite

12 meses

Leite: pode iniciar leite de vaca (meio gordo); volume máximo de 500-700ml de lácteos/dia.

Carne: pode introduzir as carnes vermelhas (vaca, porco, borrego).

Peixe: pode introduzir os peixes gordos (salmão, sardinha, bacalhau).

Ovo: pode introduzir a clara do ovo.

Fruta: pode introduzir frutos vermelhos, kiwi e maracujá; pode oferecer iogurtes com aromas.

O bebé passa a
partilhar a
dieta
familiar!!



ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

“Somos aquilo que comemos”

O crescimento e desenvolvimento saudável de uma criança ou adolescente está intimamente ligado ao estado nutricional e à sua alimentação, determinando a sua saúde no presente e no futuro.

Este folheto contém um conjunto de orientações gerais recomendadas pela DGS (Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - 2019) e pela APN (2019). A alimentação do seu bebé deve ser orientada por um profissional de saúde.

Elaborado por:

Ana Carvalho
Enfermeira da Especialidade de Saúde
Infantil e Pediátrica no Instituto de
Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa - Porto.

Enfermeira [redacted]

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

0 aos 6 meses

Alimentação láctea exclusiva

O lactente pode ser exclusivamente amamentado durante os primeiros 6 meses de idade, devendo esta manter-se a par da diversificação alimentar e durante a introdução na dieta familiar (12-24 meses).



Diversificação Alimentar

Introdução gradual de outros alimentos, para além do leite (materno e/ou fórmula infantil), quando não é, por si só, suficiente para satisfazer as exigências nutricionais do lactente.

Não deve ser introduzida antes dos 4 meses mas também não deve ser protelada após os 6 meses.

Não há regras rígidas para a introdução de novos alimentos, mas apenas alguns princípios orientadores que devem ser moldados à realidade de cada lactente:

- Fazer refeições em horários regulares;
- Promover um ambiente agradável e tranquilo, sem distrações;
- Introduzir um alimento novo de cada vez, com um intervalo de 2-3 dias;
- **Nunca adicione sal, açúcar, mel ou adoçantes**;
- Oferecer água pelo copo ou colher no intervalo das refeições;
- Progressivamente, vá dando mais autonomia ao seu bebé.

Se o bebé rejeitar um alimento na 1ª vez, **não**

significa que não goste.

São necessárias, em média, **11 tentativas** para que haja aceitação de alguns alimentos.

Entre os 4 e os 6 meses

Introduzir a sopa de legumes ou a papa

Sopa - 150-180ml/dia



Não incluir mais de **4 legumes** (1 de cada grupo):

Grupo da base - batata normal ou doce, chuchu, curgete, beringela, couve-flor;

Grupo betacarotenos - cenoura ou abóbora;

Grupo antioxidantes - cebola, alho ou alho francês;

Grupo das folhas - alface, bróculo, couve coração.

Nota: espinafre, nabo, nabiça, beterraba e aipo, só devem ser introduzidos a partir dos 12 meses



Adicionar uma colher de chá (5-7ml) de azeite em cru, no prato.

Papa de cereais/frutos - 150ml/dia



Láctea: preparar com água;

Não láctea: preparar com leite (materno ou fórmula).

Fruta como sobremesa



iniciar por: pera, maçã ou banana.

Preferencialmente crua, mas pode ser cozida ou assada, em consistência de puré.

Menu do dia:

1 sopa + fruta de sobremesa (almoço ou jantar)

1 papa

Restantes refeições de leite

Entre os 6 e os 8 meses

Carne e peixe



- 30g/dia;
- 4x por semana carne e 3x por semana peixe;
- Inicialmente:
 - Carnes brancas (frango, peru, coelho) e peixes brancos (pescada, solha, linguado);
 - Adicionada ao creme de legumes, à açorda ou à farinha de pau, a partir dos 7 meses, ao arroz ou massa ou à sémola de trigo.

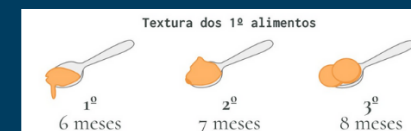
7-8 meses:



- Introduzir o pão, as bolachas e os cereais.
- Introduzir novas frutas à sobremesa (uvas, ameixas, melão, meloa, manga, citrinos).



Dar os alimentos à colher e aumentar a sua consistência progressivamente.



Menu do dia:

2 sopas de legumes com carne/peixe e fruta de sobremesa (almoço e jantar)

1 papa ao lanche

Restantes refeições de leite

APÊNDICE II – Sessão de Educação para a Saúde “Alimentação no 1º ano de vida”

Cartaz de divulgação e convite para a sessão

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

ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

11 HORAS
29 DE FEVEREIRO DE 2024

SALA DE REUNIÃO 

Gratuito

Inscrição obrigatória no link:
<https://forms.gle/d1cajbSAxNCWDrSD6>

Mais informações: @gmail.com

Plano da Sessão Comunitária de Educação para a Saúde

Tema: Alimentação no 1º ano de vida				
Data: 29.02.2024 -11h Local: Sala de reuniões da [REDACTED] População-Alvo: Comunidade				Duração: 60minutos
Objetivos gerais: <ul style="list-style-type: none"> Promover conhecimento da comunidade sobre alimentação no 1º ano de vida; Consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável no 1º ano de vida. 				
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> Dar a conhecer o conceito de diversificação alimentar; Mostrar os sinais de prontidão para a diversificação alimentar; Divulgar as recomendações gerais da DGS sobre diversificação alimentar; Consciencializar que existem alimentos proibidos na alimentação do lactente. 				
Formador: Ana Carvalho, estudante 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 do Porto, sob orientação da Enfermeira [REDACTED]				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 5min.	Apresentação do formador e do tema.	Integrar os formandos na sessão.	Expositiva.	Computador e projetor multimédia.
Desenvolvimento 40min.	Apresentação dos conteúdos. Conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> Alimentação nos primeiros 6 meses de vida; Diversificação alimentar; Sinais de prontidão; Recomendações da DGS; 1ª sopa, papa e fruta; Alimentação aos 8-9 meses; Alimentação aos 12 meses. 	Dotar os formandos de conhecimentos sobre a temática.	Expositiva.	Computador e projetor multimédia.
Conclusão 15min.	Esclarecimento de dúvidas e síntese dos principais conteúdos. Entrega de folheto sobre o tema. Realização de questionário (Avaliação da formação).	Rever os principais conteúdos abordados.	Interativa.	Computador e projetor multimédia. Papel.

Diapositivos apresentados na sessão

ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

29 DE FEVEREIRO DE 2024

1

ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

ENFª ANA CARVALHO
ENFª []

2

“Somos aquilo que comemos”

- Há evidência que o ambiente nutricional e que os hábitos nos primeiros 1000 dias de vida são determinantes para a saúde futura, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas, não transmissíveis.
- Uma alimentação saudável pressupõe que esta deve ser **consistente, variada e equilibrada**, proporcionando energia adequada e bem estar físico ao longo da vida.

3

Primeiros 6 meses de vida
Alimentação láctea exclusiva

- O lactente pode ser **exclusivamente amamentado durante os primeiros 6 meses de vida**, devendo a amamentação manter-se e par da diversificação alimentar e durante a introdução na dieta familiar (12-24 meses).

4

- Caso o leite materno se torne insuficiente, a alimentação nos primeiros 6 meses de vida deve continuar a ser **exclusivamente lactea**, devendo utilizar-se, em complementaridade ou sem alternativa, fórmulas infantis, cuja composição é concebida para se aproximar ao máximo do leite humano.

5

E depois dos 6 meses?

Diversificação Alimentar

- Segundo a OMS (2002) é o “processo que se inicia quando o leite materno sozinho não é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes”.
- Não deve ser introduzida antes dos 4 meses mas também não deve ser prostrada após os 6 meses.

6

Como sabemos quando iniciar?

Sinais de prontidão:

- Sentar firme sem precisar de apoio
- Diminuição de reflexos de extrusão lingual
- Ficar sentado com apoio
- Capacidade de agarrar o alimento e levá-lo à boca
- Interesse pelo alimento dos adultos

7

Recomendações:

8

Recomendações:

- Redução gradual do volume de leite ou outros lacteos.
- 500-700ml por dia.
- Proibido o uso de leite de vaca.

9

Recomendações:

- Deve alimentar-se sentado.
- Começar pelos purés e progredir para alimentos emagados, granuloso e por fim sólidos (mas moles).
- Estimular a transição de texturas e desencorajar o consumo prolongado de alimentos com consistência de puré para garantir a plena acção de todos os alimentos.

10

Recomendações:

- Alimentação completa, variada e equilibrada.
- Apenas alimentos presentes na roda dos alimentos.
- 12 meses - Dieta familiar.
- Estimular o consumo de água.

11

Proibido:

12

Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável
(Independente da existência de história de atopias familiares)

Devemos começar por:

- Hortofrutícolas ou cereais (creme de legumes ou papa de fruta)
- Intervalo de 2-3 dias entre cada grupo de alimentos

13

1ª sopa

14

+ 30g por dia de carne ou peixe

- Carne 4 vezes por semana e peixe 3 vezes por semana.
- Inicialmente carnes de aves (frango, peru, avestruz) ou de coelho.
- Bacalhau, 3x por dia dos 12 meses.

15

1ª Fruta

- Inicialmente 1 peça, depois 2;
- Da época e variada (cores diferentes);
- Não deve ser usada como refeição ou merenda;
- Cereais;
- Molho (aumentar a consistência);
- Kiwi, morango ou maracujá devem ser evitados.

16

1ª papa

- Pode contar glúten;
- Existem dois tipos de papa:
 - Lacteos;
 - Não lacteos
- Dar a papa à colher;
- Não devem adicionar açúcar.

17

E aos 8 - 9 meses??


Ovos

- Introdução gradual:
- **1 ovo cozido esfarelado por refeição por semana, durante 2 a 3 semanas;**
- **1 ovo cozido esfarelado por refeição por semana, durante 2 a 3 semanas;**
- Apenas uma gema por refeição;
- 2 a 3 gemas por semana;
- Estas refeições, sem carne ou peixe.
- A **clara** deve ser introduzida posteriormente na alimentação (>11 meses).

18

iogurte

- ▶ Natural, sem aromas e sem adição de açúcar;
- ▶ Máximo 1 por dia;
- ▶ Pode substituir uma papa ou o leite dos farches;
- ▶ O iogurte apresenta propriedades protetoras da flora intestinal do bebé.



19

Não esquecer!!



Nunca:
Chá ou sumos.

20

E aos 12 meses?

- ▶ Pode partilhar a dieta familiar.



21


"Alimentar é Educar"

- ▶ As refeições são momentos excelentes de socialização, interação e convívio;
- ▶ Os adultos funcionam como verdadeiros modelos;
- ▶ Dedique a refeição durante este período e não leve para a mesa o tablet, a televisão ou outras distrações.



22

Dúvidas?



23

Referências bibliográficas


- ▶ ANS. (2015). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2016). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2017). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2018). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2019). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2020). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2021). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2022). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2023). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2024). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>
- ▶ ANS. (2025). *Alimentação em primeira infância*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/pt-br/assuntos/seguranca-de-alimentacao/seguranca-de-alimentacao-em-primaria-infancia>

24

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE

**ALIMENTAÇÃO NO
1º ANO DE VIDA**

**Obrigada pela
atenção!**



25

Questionário de avaliação da sessão

Este questionário tem como objetivo a avaliação da sessão de educação para a saúde realizada, sendo anónimo e confidencial. A sua implementação e posterior análise permitirá uma melhoria em sessões futuras.

Data: 29.02.2024

Tema: Alimentação no 1º ano de vida

Formadora: Ana Carvalho

Assinale com um X o local que melhor traduz a sua opinião em relação à sessão.

Conteúdo programático	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos de sessão				
Pertinência e utilidade do tema				
Satisfação face às expectativas				

Organização da sessão	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Meios audiovisuais				
Duração da sessão				

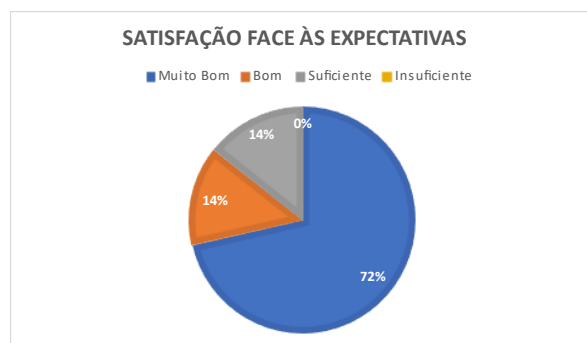
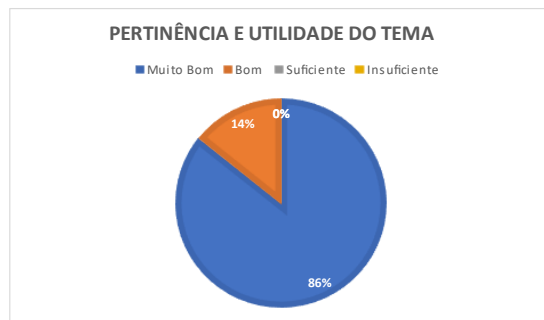
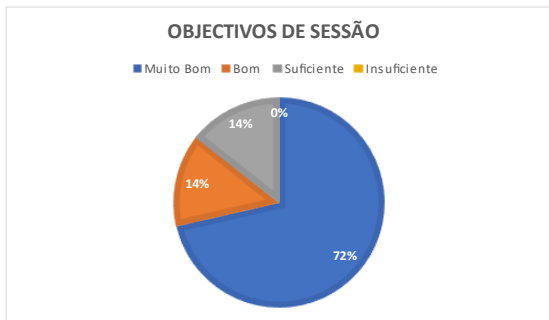
Formador	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do tema				
Metodologia utilizada				
Linguagem utilizada				
Relacionamento com os participantes				

Temas que gostaria de ver tratados noutras sessões: _____

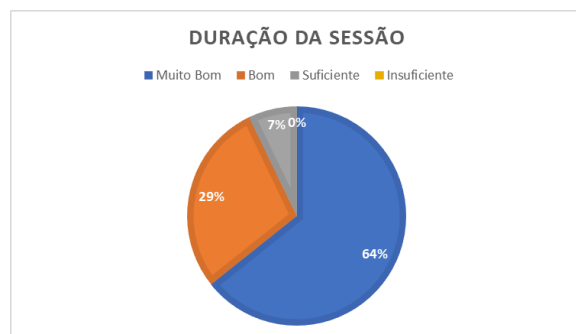
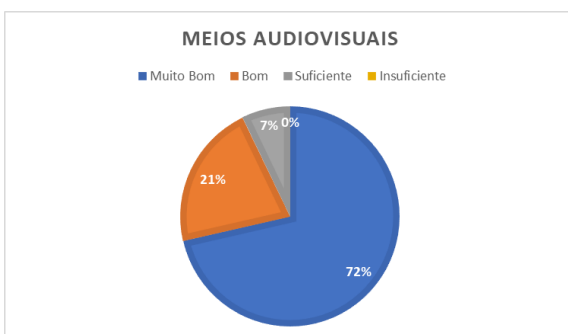
Obrigada pela colaboração!

Resultados da avaliação da satisfação da sessão de educação para a saúde

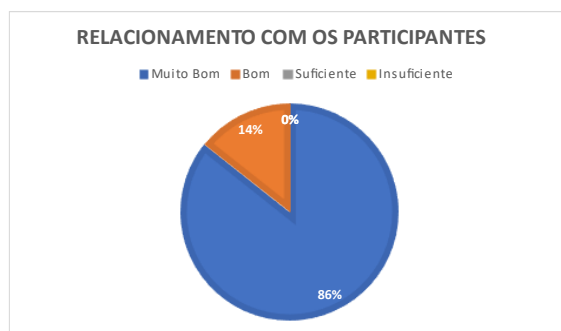
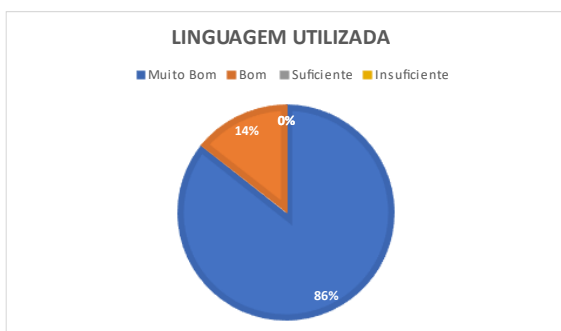
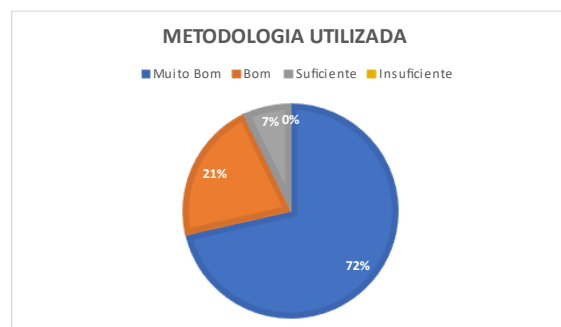
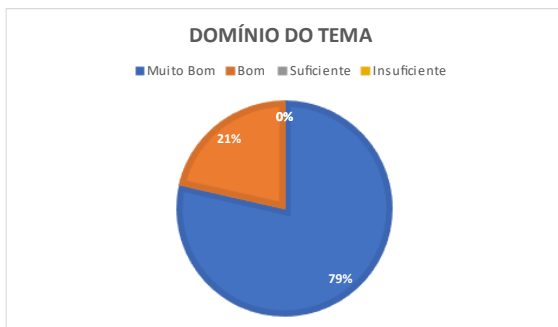
Conteúdo Programático



Organização da Sessão



Formador



Temas sugeridos para futuras sessões:

- Sono (11 pessoas);
- Amamentação (1 pessoa).

APÊNDICE III – Ação de Educação para a Saúde “Saúde Oral – a história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde
“Saúde Oral – A história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos”

Estudante: Ana Carvalho

Sob orientação de: Professora Doutora Constança Festas

Porto, janeiro de 2024

Índice

Introdução.....	127
Contextualização do Tema.....	128
Objetivos da Ação de Educação para a Saúde.....	131
Conteúdos e Metodologia da Ação de Educação para a Saúde.....	132
Plano da Ação de Educação para a Saúde.....	133
Avaliação.....	134
Conclusão.....	135
Referências Bibliográficas.....	136
Apêndices.....	137
Apêndice I – Diapositivos para apresentar na sessão.....	138
Apêndice II – Grelha de avaliação da ação de educação para a saúde de promoção de saúde oral.....	139

Introdução

A Ação de Educação para a Saúde “Saúde Oral – A história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos” surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, no estágio de Cuidados de Saúde Primários. Inserido no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, este estágio encontra-se a decorrer do dia 20 de novembro de 2023 até ao dia 8 de março de 2024, numa Unidade de Cuidados na Comunidade e implica 180 horas de contacto.

Foi-me proposto este tema, após identificação da necessidade pelo contexto, uma vez que é uma área de intervenção a desenvolver pelo Plano Nacional de Saúde Escolar e ao mesmo tempo dá resposta ao Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral.

O objetivo deste documento prende-se com o desenvolvimento de competências na planificação e execução de ações de educação para a saúde, bem como fornecer um instrumento de avaliação desta unidade curricular.

A estrutura deste documento, contempla a presente introdução, seguida duma breve contextualização do tema e também os objetivos da ação de educação para a saúde, assim como os conteúdos e metodologia utilizada para os concretizar. Seguidamente, serão apresentados o plano da ação de educação para a saúde e as estratégias de avaliação da formação, termina com a conclusão e as referências bibliográficas.

Contextualização do Tema

A saúde oral, que abrange o estado da boca, dos dentes e estruturas oro-faciais, permite aos indivíduos desempenhar funções essenciais como respirar, comer e falar e interfere diretamente em aspetos da sua vida como autoconfiança e bem-estar, capacidade de trabalhar e socializar sem dor, desconforto ou constrangimento. As cáries dentárias são um importante problema de saúde pública a nível mundial e é a doença crónica mais comum nas crianças (World Health Organization, 2022). Em Portugal, as doenças orais também são um dos principais problemas de saúde na população infantil e juvenil, devido à sua elevada prevalência (Ministério da Saúde, 2005).

A cárie dentária pode levar a dificuldades mastigatórias, perda precoce dos dentes decíduos, má oclusão dos dentes permanentes, problemas na linguagem, alterações do padrão do sono e dor. Como consequências, as crianças podem apresentar diminuição do seu rendimento escolar, da sua autoestima, do seu peso e aumento do risco de desenvolver novas lesões e infeções nos seus dentes (Farinha, 2012). *“No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes”* (Ministério da Saúde, 2005, p. 97).

Em Portugal, o Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral é a referência em saúde oral e em relação às crianças e aos jovens, tem como objetivos prevenir e tratar precocemente as doenças orais, promover a progressiva capacitação em literacia em saúde oral e a promoção de estilos de vida saudáveis, nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam (Ministério da Saúde, 2005).

O Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 tem como objetivo dar continuidade ao que até aqui se tem desenvolvido e assenta em dois eixos principais: a prevenção das doenças orais e diagnóstico, tratamento e reabilitação oral. É na prevenção que se encaixam pilares como a alimentação saudável, a higiene oral e o reforço da resistência dentária.

A escovagem dos dentes, aliada ao uso de dentífrico fluoretado (1000-1500ppm) é o procedimento mais eficaz na prevenção de cárie dentária. Segundo o Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 esta deve ser realizada pelo menos duas vezes por dia, uma obrigatória antes de deitar e outra em ambiente escolar devido à importância desta medida.

Relativamente à alimentação saudável o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável, promove estratégias como a modificação e controlo de vendas de determinados alimentos (com elevado teor de açúcar, sal e gordura) em estabelecimentos de ensino e incentiva a maior disponibilidade de outros alimentos como água, frutos ou hortícolas frescos. Isto entre outras medidas que tornam a alimentação saudável essencial para a promoção da saúde oral (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Comportamentos de saúde oral influenciam o estado de saúde oral, que está relacionado com a saúde em geral, tornando fundamental a promoção de saúde em idades precoces o que torna as escolas um local estratégico para o efeito (Silva, 2023).

A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos), por exemplo, começa a desenvolver comportamentos e competências pessoais que a vão tornando mais autónoma, mas nunca deixa de ser dependente do adulto, o que faz com que o exemplo dos pais e educadores seja crucial nesta altura, bem como a promoção da educação para a saúde, principalmente em locais onde a criança passa grande parte do seu dia (Farinha, 2012).

Desta forma, a promoção da saúde e prevenção da doença são asseguradas pelas equipas de saúde escolar, que detêm uma grande responsabilidade no desenvolvimento do Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral, pois atuam de forma direta com a criança que está na escola, educadores e professores, pais e cuidadores na realização de atividades de promoção de saúde oral, como também colaboram na prevenção ao realizarem o diagnóstico precoce da cárie dentária, ao registar dados na ficha individual de saúde oral e ao referenciar a criança para recursos específicos disponíveis no Sistema Nacional de Saúde (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Assim, a Saúde Oral faz parte do Plano Nacional de Saúde Escolar 2015, e é neste contexto que se insere esta ação de educação para a saúde, para crianças do pré-escolar.

Foi identificada a necessidade desta ação de educação para a saúde pelas educadoras do jardim de infância uma vez que as crianças chegavam à escola sem realizar higiene oral. No início da sessão serão feitas questões sobre hábitos de escovagem dos dentes, bem como da técnica de escovagem para perceber que conhecimentos apresentam as crianças no início da sessão.

Objetivos da Ação de Educação para a Saúde

A definição de objetivos é crucial para a realização de uma ação de educação para a saúde pois só estes nos indicam os resultados que se pretendem atingir. A população-alvo para a concretização destes objetivos são crianças dos 3 aos 6 anos de idade dum jardim de infância/pré-escolar.

Objetivos gerais:

- Desenvolver conhecimentos e capacidades nas crianças relativamente à saúde oral;
- Consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável.

Objetivos específicos:

Que as crianças sejam capazes de:

- Identificar as estruturas da cavidade oral relacionadas com a higiene oral;
- Identificar os momentos e a frequência recomendada para a escovagem dos dentes;
- Identificar o material necessário para a escovagem dos dentes e a quantidade de pasta dentífrica recomendada para o efeito;
- Identificar os alimentos cariogénicos e cariostáticos;
- Executar uma correta técnica de escovagem dos dentes, no modelo dentário.

Objetivos operacionais/metas:

- 80% das crianças inscritas na turma compareçam a sessão;
- 75% das crianças adquiram conhecimentos sobre saúde oral;
- 75% das crianças demonstrem competências sobre técnica de escovagem dos dentes.

Conteúdos e Metodologia da Ação de Educação para a Saúde

Com vista a concretização dos objetivos previamente estabelecidos foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar na sessão:

- Estruturas da cavidade oral;
- Técnica da escovagem dos dentes:
 - Momentos e frequência recomendada;
 - Material necessário;
 - Quantidade de pasta dentífrica recomendada;
 - Cuidados a ter com a escova dos dentes;
- Alimentação saudável: alimentos cariogénicos e cariostáticos;
- Saúde oral e prevenção de cáries.

A metodologia utilizada será expositiva e demonstrativa, mas maioritariamente interativa. Haverá recurso a powerpoint para apresentação dos conteúdos e apresentação da história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos, demonstração da técnica de escovagem num modelo dentário e manipulação do mesmo por parte das crianças. Terá uma duração aproximada de 1 hora.

Plano da Ação de Educação para a Saúde

Tema: Saúde Oral; A história da Branca de Neve e da Rainha dos Dentes Amarelos				
Data: 24.01.2024 Local: Jardim de Infância P. População-Alvo: Crianças dos 3 aos 6 anos de idade (4 turmas)				Duração: 60minutos
<p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver conhecimentos e capacidades nas crianças relativamente à saúde oral; • Consciencializar para a importância de uma prática alimentar saudável. <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Que as crianças sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as estruturas da cavidade oral relacionadas com a higiene oral; • Identificar os momentos e a frequência recomendada para a escovagem dos dentes; • Identificar o material necessário para a escovagem dos dentes e a quantidade de pasta dentífrica recomendada para o efeito; • Identificar os alimentos cariogénicos e cariostáticos; • Perceber como prevenir a cárie dentária: higiene oral e alimentação saudável; • Executar uma correta técnica de escovagem dos dentes, no modelo dentário. 				
Formador: Ana Carvalho, estudante 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 do Porto, sob orientação da enfermeira [REDACTED]				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 5min.	Apresentação do formador e do tema. Questões breves.	Integrar as crianças na sessão	Expositiva Interativa	Computador e projetor multimédia
Desenvolvimento 45min.	Apresentação dos conteúdos e demonstração da técnica de escovagem dos dentes e material necessário.	Dotar as crianças de conhecimentos e capacidades sobre a temática. Avaliar os conhecimentos e capacidades apreendidos com a ação educação para a saúde. Incentivar a higiene oral e a prática de uma alimentação saudável.	Expositiva, demonstrativa e interativa	Computador e projetor multimédia: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação powerpoint; • Áudio da História da Branca de Neve; Demonstração no modelo dentário, escova e pasta dentífrica
Conclusão 10min.	Esclarecimento de dúvidas. Entrega de brinde	Rever os principais conteúdos abordados.	Interativa	Computador e projetor multimédia Brinde

Avaliação

Dada a faixa etária das crianças nesta ação de educação para a saúde a avaliação será feita por observação (com recurso a uma grelha de avaliação, que se encontra no Anexo II) da manipulação do modelo dentário onde as crianças poderão demonstrar a aquisição de conhecimento e capacidade para uma correta escovagem dos dentes e através de um jogo interativo onde poderão demonstrar a sua compreensão sobre importância da alimentação na saúde oral.

A avaliação da sessão será realizada pelos indicadores de processo e resultado que a seguir se apresentam:

Indicadores de processo

- % de crianças presentes na sessão de educação para a saúde

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças presentes na sessão de educação para a saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de crianças inscritas na turma}} \times 100$$

Indicadores de resultado

- % de crianças que adquiriram conhecimentos sobre saúde oral

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de observações certas sobre saúde oral}}{\text{N}^\circ \text{ total de observações sobre saúde oral}} \times 100$$

- % de crianças que demonstram competências sobre técnica de escovagem dos dentes

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de observações certas sobre técnica de escovagem dos dentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de observações sobre técnica de escovagem dos dentes}} \times 100$$

Conclusão

A concretização do presente documento permitiu o desenvolvimento de competências na planificação de ações de educação para a saúde e espera-se que os objetivos definidos sejam atingidos.

Como declara a Organização Mundial de Saúde “(...) a educação em saúde, como um componente da área mais ampla de promoção da saúde, fornece uma contribuição valiosa para a melhoria da saúde individual e comunitária” (2012, p. 10).

Desta forma, o papel do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica é fulcral na transmissão de informação e conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e capacidades com vista a esta melhoria da saúde de forma contínua e duradoura.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2021-2025. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal.
- Farinha, M. S. (2012). Comportamentos Relacionados com a Saúde Oral. *Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária*. Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/26665>
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 160-191). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ministério da Saúde. (5 de Janeiro de 2005). Despacho nº153/2005 (2a série). *Diário da República - II Série, N.º3, 97*. Portugal.
- Silva, T. M. (2023). Cárie dentária e comportamentos de saúde oral nas crianças do 1º Ano do 1º Ciclo do ACES Lisboa Norte. *Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária*. Lisboa. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/61411/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_MIMD_T%C3%A2nia_Silva_2022-2023.pdf
- World Health Organization. (2022). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Obtido de <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity*. (W. L. Data, Ed.) Obtido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Apêndices

Apêndice I – Diapositivos para apresentar na sessão

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

Aqui está inserido o áudio da Branca de Neve e a Rainha dos dentes amarelos (História) do projeto SOBE + (Saúde Oral Bibliotecas Escolares), que pode aceder-se em <https://www.sobe.pt/projecto-sobe/materiais-sobe/leituras/>

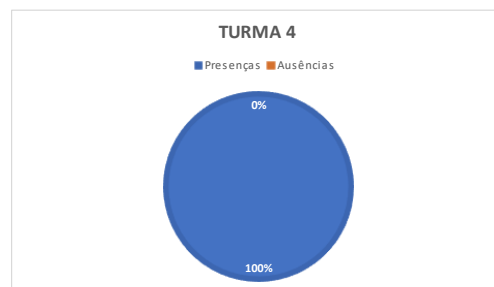
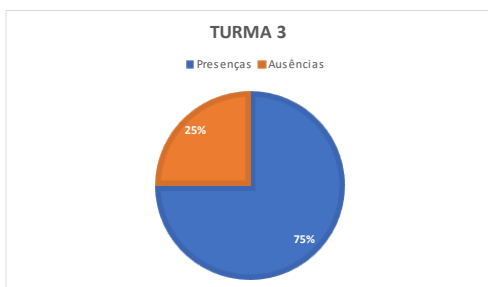
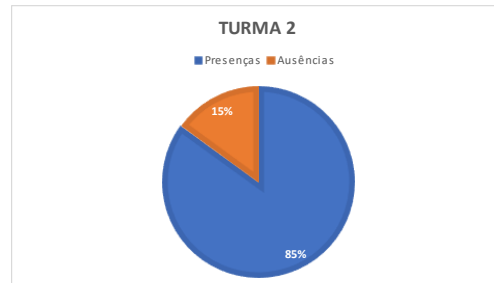
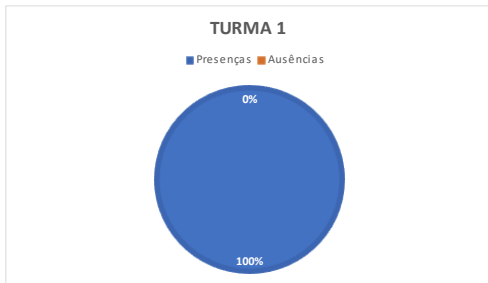
Apêndice II – Grelha de avaliação da ação de educação para a saúde de promoção de saúde oral

Preencher com √ se se verificar a ação e com X se não se verificar.

Formando	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Identifica a frequência para a escovagem dos dentes																				
Identifica os momentos para a escovagem dos dentes																				
Identifica o material																				
Identifica a quantidade de pasta dentífrica																				
Identifica alimentos cariogénicos																				
Identifica alimentos cariostáticos																				
Escova a parte externa dos dentes - superiores																				
Escova a parte interna dos dentes - superiores																				
Escova as superfícies mastigatórias dos dentes - superiores																				
Escova a parte externa dos dentes - inferiores																				
Escova a parte interna dos dentes - inferiores																				
Escova as superfícies mastigatórias dos dentes - inferiores																				
Escova a língua																				

Resultados da Avaliação da Ação de Educação para a Saúde “Saúde Oral – A história da Branca de Neve e a Rainha dos Dentes Amarelos”

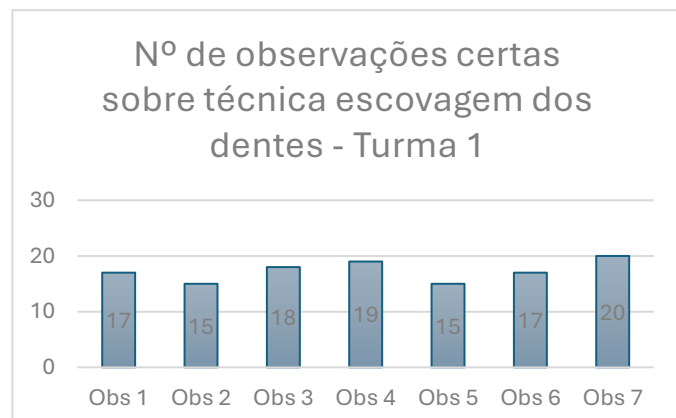
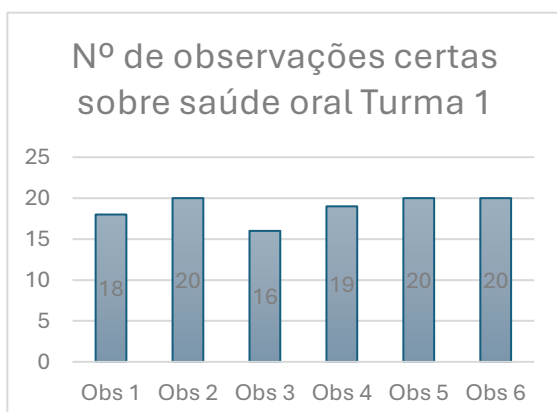
Indicadores de Processo

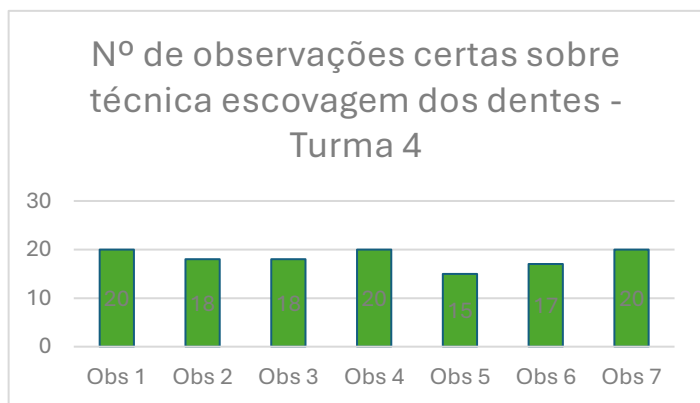
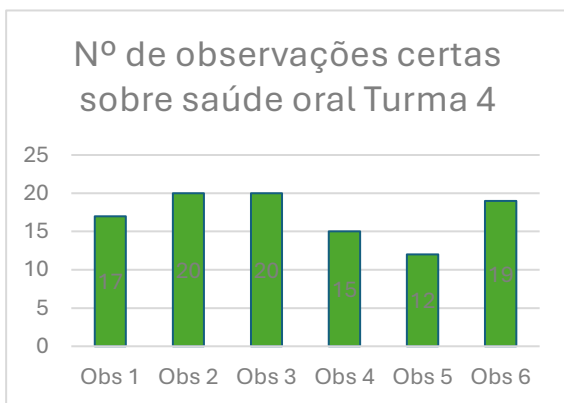
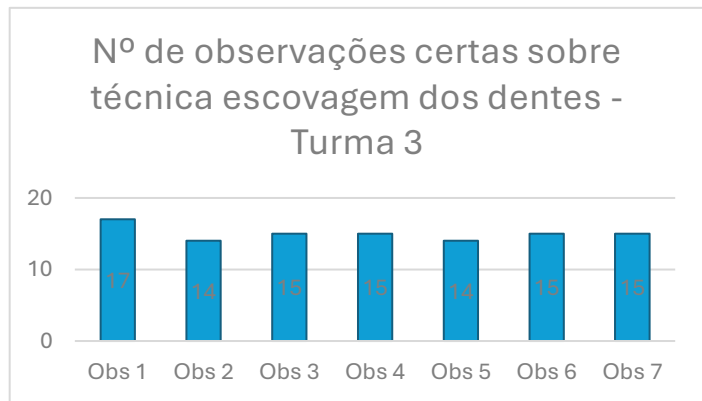
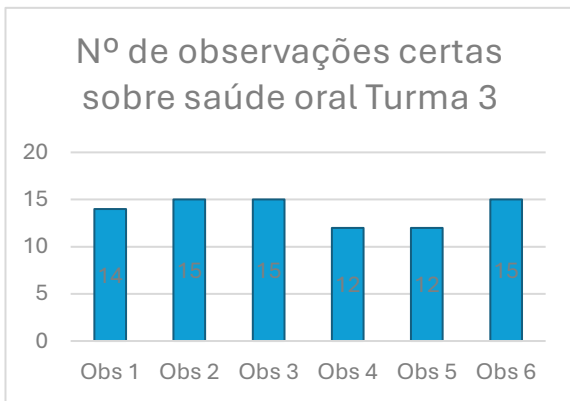
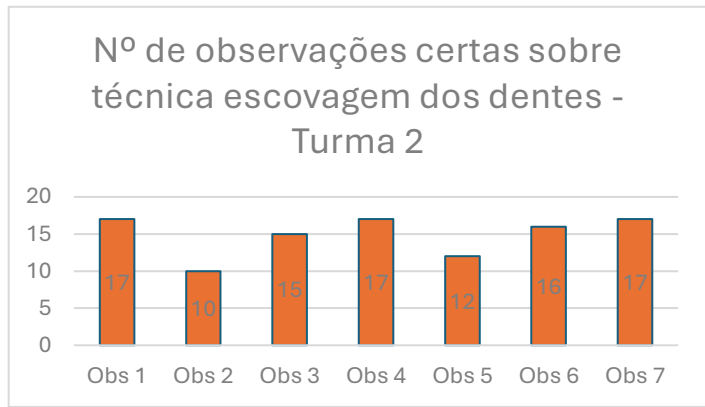
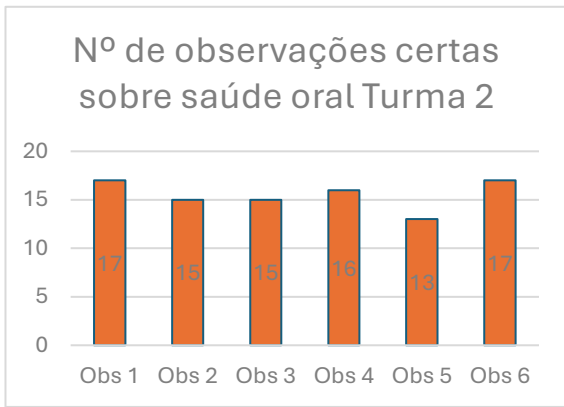


Analisando os gráficos das 4 turmas, percebe-se que apenas na turma 3, o objetivo estabelecido de 80% das crianças inscritas na turma compareçam à sessão, não foi atingido.

Indicadores de Resultado

- Conhecimentos sobre Saúde Oral (coluna da esquerda) e Competências sobre Técnica de Escovagem dos Dentes (coluna da direita)





Após a análise dos gráficos é possível constatar que em todas as turmas o objetivo de 75% das crianças adquiram conhecimentos sobre saúde oral foi atingido com sucesso (todas acima de 85%).

Após a análise dos gráficos é possível constatar que em todas as turmas o objetivo de 75% das crianças demonstrem competências sobre técnica de escovagem dos dentes foi atingido com sucesso (todas acima de 86%).

APÊNDICE IV – Formações realizadas durante o CMEEESIP

Formações realizadas enquanto formando, durante o percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

- “V Reunião Interdisciplinar – Cruzadas: Crescer sem Tempo” (temas abordados: O tempo e o neurodesenvolvimento: Memória(s) e desenvolvimento, Tempo para brincar, Tempo para aprender; O tempo em falta: Dismaturidades – Puberdades precoces e tardias, Ansiedade e o tempo acelerado, Decidir em tempos difíceis);
- “VI Reunião Interdisciplinar – Cruzadas: Sinto-me Só” (temas abordados: Por(que) me sinto só? – Fenomenologia da depressão, Neurobiologia e estilos de vida, Os números em Portugal e no mundo; Posso sentir-me só? – Depressão na primeira infância, Depressão na idade escolar, Depressão na adolescência; Programas de promoção e literacia em saúde mental: Programa Ser +, Mais Contigo, Saudavelmente, Por ti, No Stress, Corpos são Mentes são);
- I Jornadas do Aleitamento Materno do HSOG (temas abordados: Golden Hour: Importância no sucesso da amamentação; Protocolo da mastite; Direitos da mãe trabalhadora; Diagnostico precoce de freio curto; Desafios do aleitamento materno na prematuridade);
- Curso on-line da Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente, que faz parte da Sociedade Portuguesa de Pediatria, sobre “As urgências pediátricas têm qualidade e são seguras?” (temas abordados: Coordenação da UP e o seu impacto nos cuidados à criança; Como promover entre os profissionais da UP uma cultura de qualidade e segurança – quais as medidas a adotar na sobrelotação (Overcrowding); Identificação das crianças e acompanhantes; Comunicação com as crianças, suas famílias e entre profissionais; Como comunicar situações de doença complexa e tomar decisões de não reanimação; Como promover na UP um ambiente centrado na criança e na família; Segurança da medicação, preparação e administração, em geral e na sala de emergência; Medicamentos de alto risco – como garantir a sua segurança – a importância da informação clara na medicação para o domicílio; Avaliação do grau de dor e as suas características – como evitar e tratar a dor; Prevenção e controlo da infeção; Avaliação da criança – justificar estudos diagnósticos e tratamento; Plano de emergência – a sua construção e como manter os profissionais por dentro do plano);
- "Curso Consulta do Adolescente - Abordagem clínica e particularidades" (temas abordados: as particularidades da consulta do adolescente – o que referenciar; o cérebro do adolescente;

aspectos éticos e legais do estatuto do adolescente; anticoncepcionais; doenças sexualmente transmissíveis; casos clínicos);

- “V Jornadas do Serviço de Pediatria e Neonatologia” do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (temas abordados: Patologia neurológica na idade pediátrica – Abordagem da primeira crise convulsiva, Fenómenos paroxísticos não epiléticos, Cefaleias; Patologia infecciosa na idade pediátrica – Febre em idade pediátrica, Antibioterapia nas infeções mais comuns, Doenças sexualmente transmissíveis; Vacinação no Adolescente; O papel da equipa de enfermagem na patologia respiratória – Dispositivos inalatórios, Cinesioterapia respiratória, Controlo da dor e desconforto; Particularidades no RN – Exame objetivo no RN, Sinais de alarme no RN, Prematuridade; Encontro entre as especialidades e o RN – Cirurgia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Neurocirurgia; Yoga do riso;
- “IV Fórum das Especialidades de Enfermagem – Especialidades de Enfermagem na resposta aos ODS”, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da UCP (temas abordados: 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável, com a missão de um mundo mais justo; Contributos da Enfermagem Comunitária; Contributos da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Contributos da Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermeiros Especialistas para a promoção dos ODS;
- “2ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica” organizada pelo Centro Hospitalar Universitário de São João (temas abordados: Enfermeiro Investigador; Investigação em contexto da prática profissional - construção da evidência em pediatria; Contributo das diferentes áreas de especialidade de enfermagem no cuidado à criança/jovem e família; A importância de um bom acolhimento da criança e da família, na transformação do trauma hospitalar numa experiência positiva; Pacientes incluídos em estudos de investigação como parceiros de projeto ou como pesquisadores principais: faz sentido?; “Podemos entrar?” – o espaço educativo da operação nariz vermelho: O que pensam os estudantes de enfermagem sobre a relação paciente-profissional de saúde?; Investigação do enfermeiro de pediatria em âmbito académico;
- “Internacional Congress on Emergency 2024” da Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (temas abordados: Intoxicações em Pediatria; Que norte para a formação?; Save the Brain; Equipas de Alto Rendimento; Inteligência artificial em centros de orientação de doentes; Medical response to motorsports crashes.

APÊNDICE V – Ação de Formação ao Grupo de Pares “Desenvolvimento Infantil e Juvenil”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Formação de Pares
“Desenvolvimento Infantil e Juvenil”

Estudante: Ana Carvalho

Sob orientação de: Professora Doutora Constança Festas

Porto, fevereiro de 2024

Índice

Introdução.....	151
Análise de situação/escolha do tema.....	152
Objetivos.....	154
Conteúdos e Metodologia da Ação de Formação de Pares.....	155
Plano da Sessão de Formação.....	156
Avaliação.....	157
Conclusão.....	158
Referências Bibliográficas.....	159
Apêndices.....	160
Apêndice 1 – Diapositivos para apresentar na sessão.....	160
Apêndice 2 – Questionário de avaliação da sessão de formação de pares..	162

Introdução

A Ação de Formação de Pares “Desenvolvimento Infantil e Juvenil” surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, no estágio de Cuidados de Saúde Primários. Inserido no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, este estágio encontra-se a decorrer do dia 20 de novembro de 2023 até ao dia 8 de março de 2024, numa Unidade de Cuidados na Comunidade e implica 180 horas de contacto.

Foi-me proposto este tema, pela minha Enfermeira tutora, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica após reunião de serviço com todos os elementos da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade sobre “Plano de Formação 2024”.

O objetivo deste documento prende-se com o desenvolvimento de competências na planificação e execução de ações de formação em serviço, bem como fornecer um instrumento de avaliação desta unidade curricular.

A estrutura deste documento, contempla a presente introdução, seguida duma breve descrição da escolha do tema e também os objetivos da ação de formação, assim como os conteúdos e metodologia utilizada para os concretizar. Seguidamente, serão apresentados o plano da ação de formação de pares e as estratégias de avaliação da formação, termina com a conclusão e as referências bibliográficas.

Análise de situação/escolha do tema

A criança é um ser que está num processo constante de desenvolvimento físico, mental, emocional e social. E hoje sabe-se que o desenvolvimento da criança é influenciado por diversos fatores, incluindo a evolução adaptativa da espécie, os genes herdados dos pais, o ambiente físico, social e cultural em que vive e as interações que experimenta nesse ambiente (Pinto, 2009).

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, onde a sequência de aquisição de diferentes competências psicomotoras e comportamentais, cada vez mais complexas, tem como objetivo a conquista da autonomia da criança (Belinha, Castelo, & Vicente, 2022). Este processo é constante, mas a velocidade dessa aquisição é variável de criança para criança (Direção Geral de Saúde, 2013).

O neurodesenvolvimento pode ser dividido em quatro domínios essenciais: postura e motricidade global (postura global, marcha), visão e motricidade fina (dependente da visão, coordenação olhos-mãos e a sua integração cognitiva), audição e linguagem, comportamento e adaptação social (englobando atividades de vida diárias, autonomia, interações sociais, expressão emocional e comportamento) (Belinha, Castelo, & Vicente, 2022).

É crucial o acompanhamento deste processo e nos Cuidados de Saúde Primários, são metas da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil a identificação precoce de possíveis dificuldades e as suas possíveis consequências na qualidade de vida, no sucesso escolar e na integração social da criança (Direção Geral de Saúde, 2013).

Assim, torna-se imperativo que todos os profissionais envolvidos no acompanhamento e vigilância das crianças devam estar familiarizados com o desenvolvimento típico, as variações normais e os sinais de alerta, a fim de identificar não apenas problemas patológicos e encaminhá-los adequada e oportunamente para uma intervenção eficaz, mas também questões fisiológicas que possam ser resolvidas com medidas simples (Pinto, 2009).

A equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade onde estou a realizar o meu estágio é formada por 12 enfermeiros, dos quais apenas 3 são Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica. O contacto com crianças e jovens é constante nas diversas áreas que integram a Unidade de Cuidados na Comunidade, como na equipa de Cuidados Continuados Integrados, na equipa de Saúde Materna e Obstétrica e na equipa de Saúde Escolar. Tendo em conta esta realidade, os próprios enfermeiros da Unidade identificaram a necessidade de formação nesta área.

Objetivos

A definição de objetivos é fundamental para conduzir uma ação de formação pois só estes nos guiam em direção aos resultados que pretendemos atingir. A população-alvo para a concretização destes objetivos são os Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Objetivos educacionais

Objetivo geral:

- Aprofundar o conhecimento dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil e juvenil.

Objetivos específicos:

Que no final da formação, os enfermeiros sejam capazes de:

- Identificar a Escala de Mary Sheridan como instrumento de avaliação do padrão característico do desenvolvimento infantil em cada faixa etária;
- Identificar os 4 domínios essenciais do desenvolvimento na escala de Mary Sheridan;
- Identificar a Escala de Mary Sheridan como instrumento de consulta na deteção de sinais de alarme em cada faixa etária;
- Identificar o objetivo do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;
- Nomear dois critérios de elegibilidade para referenciação no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;
- Enumerar quem pode referenciar para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Objetivos operacionais/Metas:

- 75% dos enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade presentes na sessão de formação;
- 80% de respostas corretas no questionário final.

Conteúdos e Metodologia da Ação de Formação de Pares

Com vista à concretização dos objetivos previamente estabelecidos foram selecionados os seguintes conteúdos a abordar na sessão:

- Desenvolvimento normativo;
- Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Shariden modificada;
- Parâmetros do desenvolvimento infantil segundo a faixa etária;
- Sinais de alarme de acordo com a faixa etária;
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

A metodologia utilizada será principalmente expositiva, mas também interativa. Haverá recurso a powerpoint (Apêndice 1) para apresentação dos conteúdos e espaço para alguma discussão, promovendo a participação de todos os intervenientes. Terá uma duração aproximada de 1 hora.

Plano da Sessão de Formação

Tema: Desenvolvimento Infantil e Juvenil				
Data: 27.02.2024 – 14h			Duração: 60 minutos	
Local: Sala de reuniões da [REDACTED]				
População-Alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade				
Objetivos geral:				
<ul style="list-style-type: none"> Aprofundar o conhecimento dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil e juvenil. 				
Objetivos Específicos:				
Que os formandos sejam capazes de:				
<ul style="list-style-type: none"> Identificar a Escala de Mary Sheridan como instrumento de avaliação do padrão característico do desenvolvimento infantil em cada faixa etária; Identificar os 4 domínios essenciais do desenvolvimento na escala de Mary Sheridan; Identificar a Escala de Mary Sheridan como instrumento de consulta na deteção de sinais de alarme em cada faixa etária; Identificar o objetivo do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Nomear dois critérios de elegibilidade para referência no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Enumerar quem pode referenciar para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. 				
Formador: Ana Carvalho, estudante 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 do Porto, sob orientação da Enfermeira [REDACTED]				
Fase/Duração	Ações a Desenvolver	Objetivos	Metodologias	Recursos
Introdução 5min.	Apresentação do formador e do tema.	Integrar os formandos na sessão.	Expositiva.	Computador e projetor multimédia.
Desenvolvimento 40min.	Apresentação dos conteúdos. Conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento normativo; Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Shariden modificada; Parâmetros do desenvolvimento infantil segundo a faixa etária; Sinais de alarme de acordo com a faixa etária; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. 	Dotar os formandos de conhecimentos sobre a temática.	Expositiva.	Computador e projetor multimédia.
Conclusão 15min.	Esclarecimento de dúvidas e síntese dos principais conteúdos. Realização de questionário.	Rever os principais conteúdos abordados. Avaliar os conteúdos apreendidos	Interativa.	Computador e projetor multimédia. Papel.

Avaliação

“Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente” (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 26), permitindo uma noção clara dos resultados obtidos.

Nesta ação de formação, a avaliação será realizada com recurso a um questionário (Apêndice 2) que será aplicado no final da formação permitindo avaliar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros.

A avaliação da ação de formação será realizada pelos seguintes indicadores de processo e resultado:

Indicadores de Processo:

- % de enfermeiros presentes na Sessão de Formação de Pares.

Indicadores de Resultado:

- % de respostas corretas no questionário.

Conclusão

A criação deste documento permitiu o desenvolvimento de competências na planificação e organização de sessões de formação de pares e espera-se que os objetivos propostos sejam alcançados.

A criança é um ser vulnerável, o que não deve, no entanto, impedir o interesse e compreensão da sua vontade. Temos o dever de lhe proporcionar condições ideais para um desenvolvimento global, identificando os cuidadores diretos como os principais impulsionadores desse desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Uma vez que o enfermeiro da Unidade de Cuidados na Comunidade lida diariamente com a criança e o jovem, torna-se fundamental desenvolver competências na área de desenvolvimento infantil e juvenil para poder acompanhar de perto os vários aspetos do seu desenvolvimento, detetar precocemente desvios da normalidade e proporcionar orientação oportuna para uma intervenção eficaz.

Daí a importância desta formação aos profissionais, destacando a constante necessidade de atualização do conhecimento com base na evidência mais recente, visando uma prestação de cuidados de alta qualidade.

Referências Bibliográficas

- Belinha, F., Castelo, T. M., & Vicente, I. N. (Setembro de 2022). Atraso de Desenvolvimento Psicomotor. (H. P. Centro do Desenvolvimento da Criança, Ed.) *Ficha Clínica do Centro de Desenvolvimento da Criança*(44), pp. 77-82. Obtido de <https://www.spnd-spp.com/media/qzwfj2u0/adpm-para-pais-saude-infantil-2022.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (Junho de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Portugal. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *I*(3), *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Pinto, M. (1 de Novembro de 2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), pp. 677-687. doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. (15). doi:https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Apêndices

Apêndice 1 – Diapositivos para apresentar na sessão

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E JUVENIL

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Programa Nacional de Saúde em Integração com Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria

Álvia Carvalho 27 de Fevereiro 2024

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Sumário:

- Desenvolvimento normal;
- Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada;
- Parâmetros do desenvolvimento infantil segundo a faixa etária;
- Lista de sinais de alerta para a faixa etária;
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Julho de 2013

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

O desenvolvimento psicomotor normal da criança implica aquisição global de competências motoras, cognitivas, emocionais e sociais desde o nascimento até à idade adulta.

- Processo dinâmico;
- Ordem de aparecimento das diferentes funções é constante;
- Velocidade de passagem de um estágio a outro varia de criança para criança;
- Idade de aparecimento de novas aquisições também difere;
- Sequência ordenada no sentido cefalo-caudal e próximo-distal.

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

- Atenção em todos os momentos que os profissionais têm com a criança e os pais;
- Observação crítica da criança em qualquer lugar onde se encontram;
- Valorizar os prazos em consultório, as sugestões e perguntas recebidas espontaneamente pelos pais e educadores e/ou as suas respostas a questionários clínicos dirigidos.

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Para reconhecer desvios do Desenvolvimento, é importante compreender o processo normal

O que é um desenvolvimento normal???

- Aquisição de competências esperadas para a idade
- Desvio de normalidade estatística
- Aproximadamente 90% das crianças já adquiriu determinadas funções

Em Portugal, a escala mais utilizada para avaliar o Desenvolvimento Infantil é a recomendada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e a Escala de Mary Sheridan

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

https://www.abc.com/health/wireless_writing_how_early_child_can_drive_by_fox/3402674/

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

- 4-6 semanas: 2 anos;
- 3 meses: 3 anos;
- 6 meses: 4 anos;
- 9 meses: 5 anos;
- 12 meses: 6 anos.

Sinais de Alarme

- Pressão e Hiperatividade Global
- Visão e Hiperatividade Foca
- Audição e Linguagem
- Comportamento e Adaptação Social

RECÉM-NASCIDO

Pressão e Hiperatividade Global	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Visão e Hiperatividade Foca	• Não olha para os objetos diferentes do seu rosto e mãos; não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Audição e Linguagem	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Comportamento e Adaptação Social	• Não se agarra a nós quando estamos a sair; não responde quando lhe chamamos pelo nome; não responde quando lhe chamamos pelo nome.

SINAIS DE ALARME

- Rigidez, irritável, com espasmos global ou localizados
- Assimetrias
- Resposta abulsa e eufor em sul possessivo – hiperatividade neurocravica
- Hiperreflexivo
- Dificuldade na regulação do sono

4-6 SEMANAS

Pressão e Hiperatividade Global	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Visão e Hiperatividade Foca	• Não olha para os objetos diferentes do seu rosto e mãos; não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Audição e Linguagem	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Comportamento e Adaptação Social	• Não se agarra a nós quando estamos a sair; não responde quando lhe chamamos pelo nome; não responde quando lhe chamamos pelo nome.

SINAIS DE ALARME

- Ausência de tentativa de controle da cabeça, na posição ventral
- Hiperreflexia ou hipotonia
- Nunca pega a mão humana
- Não olha de olhos e a cabeça para a mãe (não humana)
- Não se movimenta em situação de alerta, nem por breves períodos

3 MESES

Pressão e Hiperatividade Global	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Visão e Hiperatividade Foca	• Não olha para os objetos diferentes do seu rosto e mãos; não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Audição e Linguagem	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Comportamento e Adaptação Social	• Não se agarra a nós quando estamos a sair; não responde quando lhe chamamos pelo nome; não responde quando lhe chamamos pelo nome.

SINAIS DE ALARME

- Não fixa, nem engar olhando
- Não sorri
- Não há qualquer controle da cabeça
- Mãos sempre fechadas
- Membros rígidos em repouso
- Sobressalto ao menor ruído
- Choro e grita quando se toca
- Pobres de movimentos

6 MESES

Pressão e Hiperatividade Global	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Visão e Hiperatividade Foca	• Não olha para os objetos diferentes do seu rosto e mãos; não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Audição e Linguagem	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Comportamento e Adaptação Social	• Não se agarra a nós quando estamos a sair; não responde quando lhe chamamos pelo nome; não responde quando lhe chamamos pelo nome.

SINAIS DE ALARME

- Ausência de controle de cabeça
- Membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar
- Não olha nem pega em qualquer objeto
- Não pega no sono
- Não vocaliza
- Desorientação pelo ambiente
- Instabilidade
- Excitabilidade mediana e constante



9 MESES

Pressão e Hiperatividade Global	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Visão e Hiperatividade Foca	• Não olha para os objetos diferentes do seu rosto e mãos; não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Audição e Linguagem	• Não responde quando lhe chamamos pelo nome; quando estamos com ele, não responde quando lhe chamamos pelo nome.
Comportamento e Adaptação Social	• Não se agarra a nós quando estamos a sair; não responde quando lhe chamamos pelo nome; não responde quando lhe chamamos pelo nome.

SINAIS DE ALARME

- Não se senta
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição
- Assimetrias
- Não tem intenção palmar não leva objetos à boca
- Não pega no sono
- Vocaliza monotomamente ou perde a vocalização
- Apático, sem relação com familiares
- Engage-se com facilidade
- Disciplinado

12 MESES

Atenção e Responsividade Social	<ul style="list-style-type: none"> Olhar e apontar para objetos Reagir quando lhe chamam Reagir ao ser tocado e abraçado 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos e partes do corpo em situações de jogo Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos, partes do corpo e pessoas Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Manter contato visual Manter contato visual Manter contato visual 	

19

SINAIS DE ALARME

- Não aponta o dedo para os objetos
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição
- Atividade
- Não pega nos brinquedos ou fita ao brincar com uma mão
- Não responde à voz
- Não brinca sem estabelecer contacto
- Não sorri

20

18 MESES

Atenção e Responsividade Social	<ul style="list-style-type: none"> Olhar e apontar para objetos Reagir quando lhe chamam Reagir ao ser tocado e abraçado 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos e partes do corpo em situações de jogo Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos, partes do corpo e pessoas Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Manter contato visual Manter contato visual Manter contato visual 	

21

SINAIS DE ALARME

- Não se põe de pé, não aponta o dedo para os objetos
- Anda sozinho e ao longo do dia
- Atividade
- Não faz pega - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador
- Não responde quando o chamam
- Não sorri espontaneamente
- Não se interessa pelo que o adulto não estabelece contacto
- Chama os objetos fora, leva-os espontaneamente à boca
- Estereotipo

22

2 ANOS

Atenção e Responsividade Social	<ul style="list-style-type: none"> Olhar e apontar para objetos Reagir quando lhe chamam Reagir ao ser tocado e abraçado 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos e partes do corpo em situações de jogo Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos, partes do corpo e pessoas Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Manter contato visual Manter contato visual Manter contato visual 	



23

SINAIS DE ALARME

- Não anda sozinho
- Dado os objetos fora
- Não controla malha
- Não parece compreender o que se lhe diz
- Não pronuncia palavras inteligíveis
- Não se interessa pelo que está em seu redor
- Não estabelece contacto
- Não procura imitar
- Estereotipo

24

3 ANOS

Atenção e Responsividade Social	<ul style="list-style-type: none"> Olhar e apontar para objetos Reagir quando lhe chamam Reagir ao ser tocado e abraçado 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos e partes do corpo em situações de jogo Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos, partes do corpo e pessoas Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Manter contato visual Manter contato visual Manter contato visual 	

25

SINAIS DE ALARME

- Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração
- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguejo
- Estereotipo ou suposto de déficit visual
- Permutação do comportamento

26

4 ANOS

Atenção e Responsividade Social	<ul style="list-style-type: none"> Olhar e apontar para objetos Reagir quando lhe chamam Reagir ao ser tocado e abraçado 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos e partes do corpo em situações de jogo Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos, partes do corpo e pessoas Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Manter contato visual Manter contato visual Manter contato visual 	

27

SINAIS DE ALARME

- Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração
- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguejo
- Estereotipo ou suposto de déficit visual
- Permutação do comportamento

28

5 ANOS

Atenção e Responsividade Social	<ul style="list-style-type: none"> Olhar e apontar para objetos Reagir quando lhe chamam Reagir ao ser tocado e abraçado 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos e partes do corpo em situações de jogo Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Atividade e Exploração	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar objetos, partes do corpo e pessoas Manter o brinquedo na boca Manter o brinquedo na mão 	
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Manter contato visual Manter contato visual Manter contato visual 	

29

SINAIS DE ALARME

- Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração
- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguejo
- Estereotipo ou suposto de déficit visual
- Permutação do comportamento

30

APLICATIVO INFORMÁTICO



31

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOZE NA INFÂNCIA (SNIP)

Objetivo: garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI) - conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família (de natureza preventiva e reabilitativa), no âmbito da educação, da saúde e da ação social.

Critérios de elegibilidade: Os 6 anos, nascidos em situações de alto risco ou com sintomas ou incapacidades no DPT, ou com problemas de saúde mental ou comportamental, devem ser identificados e referenciados.

As medidas de IPI são definidas num Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) elaborado pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI).

32

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOZE NA INFÂNCIA

Plano Individual de Intervenção Precoce: Documento que permite organizar toda a informação recolhida, registar todas as ações de intervenção bem como o processo que conduza à sua implementação. Elaborado em função do diagnóstico da situação, avaliação de risco e dos seus contextos (familiar e outros) e define as medidas a serem desenvolvidas.

Elaboração e execução: Equipas Locais de Intervenção (ELI) - equipas multidisciplinares (profissionais de saúde, educadores, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais) que registam os serviços que são demandados e integram com identificação de um técnico responsável por cada situação.

33

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOZE NA INFÂNCIA

Quem pode referenciar: Qualquer pessoa, profissional e técnico na área de saúde, terapeuta, educador e serviço social.


Quando referenciar: O mais precocemente possível, logo que detetada a situação em situações de alto risco e/ou com sintomas ou incapacidades no DPT ou problema comportamental.

Como referenciar: Ficha de referência da SNIP.

34

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOZE NA INFÂNCIA

Ficha de Referência SNIP



35

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOZE NA INFÂNCIA



36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, S., Costa, T., & Sousa, J. (2020). Anos de Desenvolvimento Resumidos. O Centro de Desenvolvimento da Criança do Porto Centro de Desenvolvimento da Criança, 10-12. Disponível em: <https://www.cdc.gov/Porto/anos-de-desenvolvimento-resumidos.pdf>
- Ordem do Conselho Superior de 2013. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e Serviços de Apoio. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/Docs/Ordem%20do%20CS%20de%202013%20-%20SNIPI.pdf>
- Ordem do Conselho Superior de 2013. Guia de Referência da Saúde Infantil e Pediatria. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/Docs/Ordem%20do%20CS%20de%202013%20-%20Guia%20de%20Referencia%20da%20Saude%20Infantil%20e%20Pediatria.pdf>
- Prota, P. (2010). Indicador de desenvolvimento sensorial e motor de idade. ISD, 10, 67-68. Disponível em: <https://www.isd.gov.pt/Docs/Indicador%20de%20desenvolvimento%20sensorial%20e%20motor%20de%20idade.pdf>

37

DÚVIDAS?

Obrigada!!



38

Apêndice 2 – Questionário de avaliação da sessão de formação de pares

Questionário de Avaliação

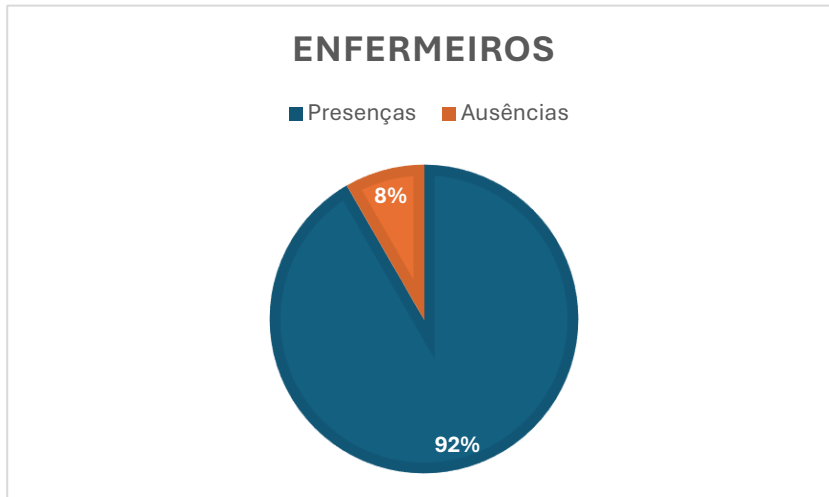
Assinale se as seguintes afirmações são verdadeiras ou falsas.

Afirmações	Verdadeiro	Falso
1. O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, mas variável de criança para criança.		
2. A Escala de Mary Sheridan avalia a Dor na criança.		
3. A Escala de Mary Sheridan divide-se em 4 domínios essenciais: Postura e Motricidade Global; Visão e Motricidade Fina; Audição e Linguagem; Comportamento e Adaptação Social.		
4. A Escalada de Mary Sheridan preconiza a avaliação de sinais de alarme em cada faixa etária.		
5. O objetivo do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância é garantir um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família (ações de natureza preventiva e reabilitativa), no âmbito da educação, da saúde e da ação social.		
6. Devem ser referenciadas para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância crianças até aos 18 anos, nascidas em situações de alto risco e/ou com atrasos ou incapacidades no desenvolvimento psicomotor, ou com problemas de saúde mental ou comportamental.		
7. Nem qualquer pessoa pode referenciar para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, só os médicos o podem fazer.		

Muito Obrigado pela colaboração!

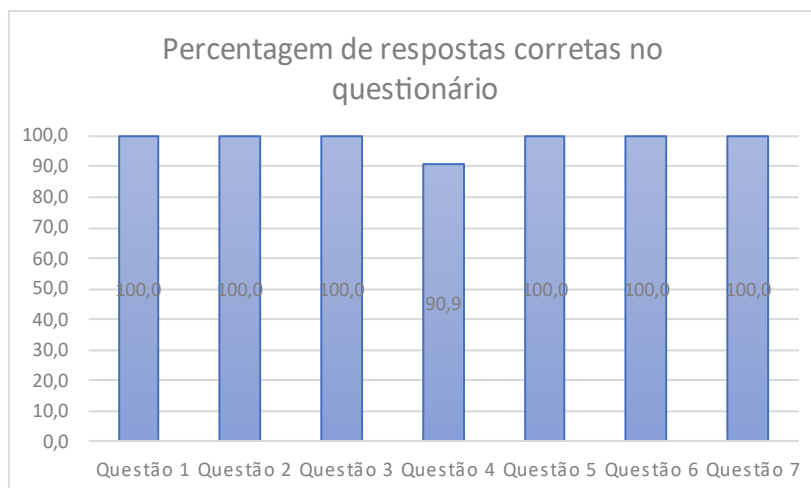
Resultados da Avaliação da Ação de Formação de Pares “Desenvolvimento Infantil e Juvenil”

Indicadores de Processo



Após a análise do gráfico percebe-se que o objetivo estabelecido de ter 80% dos enfermeiros da UCC presentes na sessão foi atingido com sucesso. Apenas um dos 12 enfermeiros não compareceu, o que resultou numa percentagem de participação de 92%.

Indicadores de Resultado



Após a análise do gráfico referente à avaliação do conhecimento após a sessão de formação, percebe-se que houve apenas uma resposta incorreta. Isso indica que o objetivo de obter 80% de respostas corretas no questionário final foi atingido com sucesso.

Questionário de avaliação da satisfação do formando

No final desta ação de formação, importa refletir sobre a aprendizagem e a dinâmica estabelecidas. A sua opinião reveste-se de maior importância para melhorar a eficácia/eficiência de futuras ações. Assim, solicito o preenchimento deste questionário, anónimo e confidencial.

Data: 27.02.2024

Ação de formação: Desenvolvimento infantil

Formadora: Ana Carvalho

Assinale com um X o local que melhor traduz a sua opinião em relação à sessão.

Ação de formação	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Cumprimento dos objetivos propostos				
Nível de conhecimentos adquiridos				
Duração				
Resposta às expectativas/necessidades				
Formador	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Demonstrou domínio do assunto				
Estimulou a participação do grupo				
Comunicou de forma clara				
Adequou a metodologia aos termos tratados				
Organização e apoio à formação	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Instalações				
Equipamento				
Apoio pedagógico/Disponibilização de material				
Grau de satisfação	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente

Temas que gostaria de ver tratados noutras sessões: _____

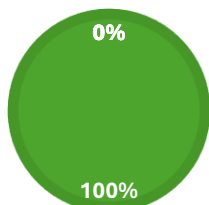
Obrigada pela colaboração!

Resultados da avaliação da satisfação do formando

Ação de formação:

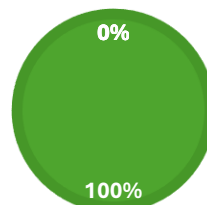
CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



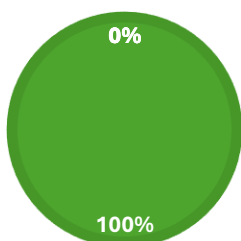
NÍVEL DE CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



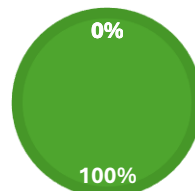
DURAÇÃO

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



RESPOSTA ÀS EXPECTATIVAS / NECESSIDADES

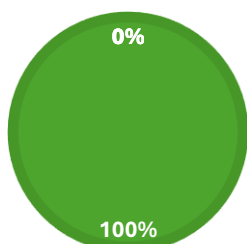
■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



Formador:

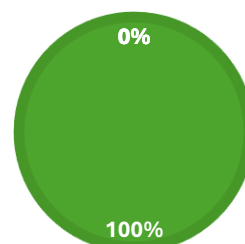
DEMONSTROU DOMÍNIO DO ASSUNTO

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



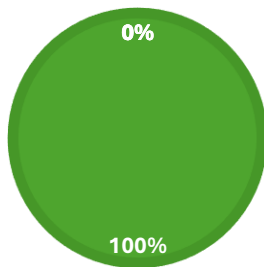
ESTIMULOU A PARTICIPAÇÃO DO GRUPO

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



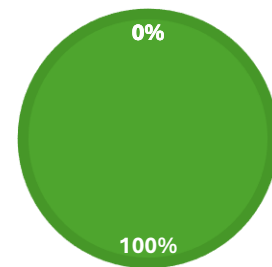
COMUNICOU DE FORMA CLARA

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



ADEQUOU A METODOLOGIA AOS TEMAS TRATADOS

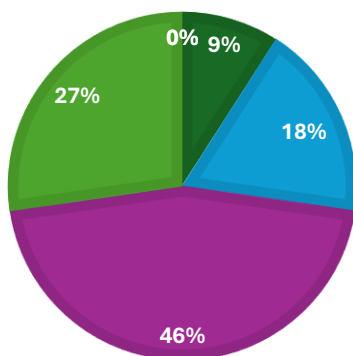
■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



Organização e apoio à formação:

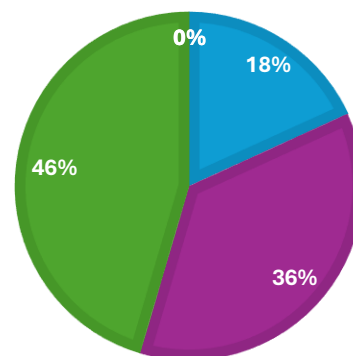
INSTALAÇÕES

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



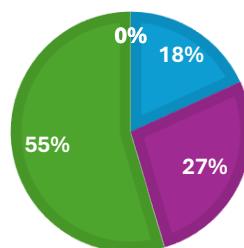
EQUIPAMENTO

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5

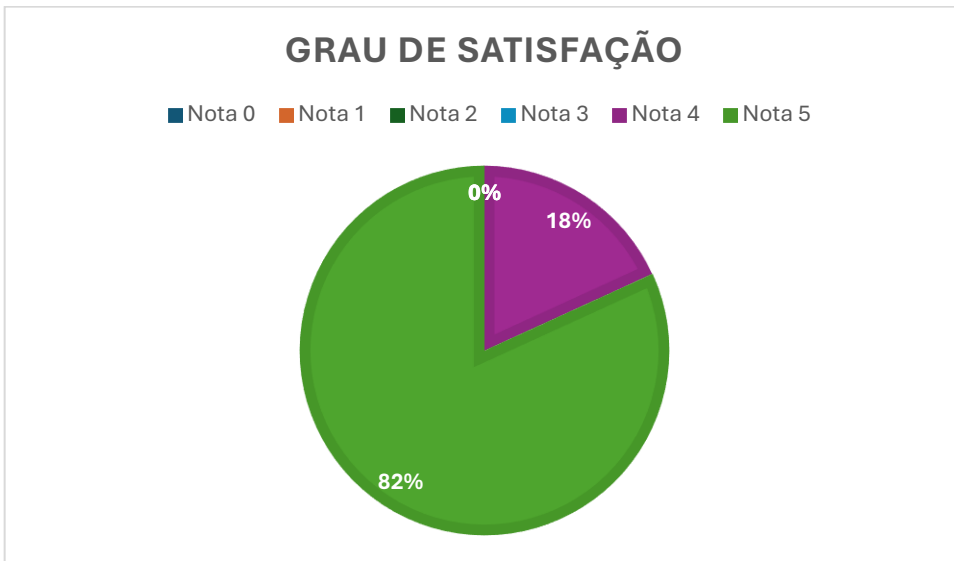


APOIO PEDAGÓGICO / DISPONIBILIDADE DE MATERIAL

■ Nota 0 ■ Nota 1 ■ Nota 2 ■ Nota 3 ■ Nota 4 ■ Nota 5



Grau de satisfação:



APÊNDICE VI – Revisão Integrativa da Literatura

Importância da presença da família em situações de emergência pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura

The importance of family presence in pediatric emergency situations: Integrative Literature Review

Ana Lúcia Carvalho^{1,2}, Constança Festas^{3,4}.

(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal / Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), Master in Nursing Student, Porto, Portugal.

(2) Enfermeira, Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde Alto Ave – Guimarães, Portugal / Nurse, Pediatric Department, Alto Ave Local Health Unit – Guimarães, Portugal.

(3) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto) / Universidade Católica Portuguesa, School of Nursing (Porto), Porto, Portugal.

(4) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde / Universidade Católica Portuguesa, Center for Interdisciplinary Research in Health, Portugal.

RESUMO

Introdução: Hoje, as equipas de saúde dos serviços de urgência pediátricos deparam-se com situações inesperadas que requerem decisões sobre a permanência ou não dos familiares durante situações de instabilidade clínica da criança. Muitas vezes, os profissionais têm dificuldade em integrar a família nesse cuidado pois a situação é geradora de grande stress tanto para os familiares como para os próprios profissionais de saúde. No entanto, vários estudos referem diversos benefícios associados à presença dos familiares em situações de emergência, sendo a família o polo central na vida da criança, o modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF) deve ser implementado em todos os níveis de cuidados, tornando-se essencial alargar esta abordagem ao ambiente de emergência, reconhecendo a importância da presença e do envolvimento da família em qualquer cuidado à criança.

Objetivo: Identificar os resultados provenientes da evidência científica sobre a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica.

Métodos: Revisão integrativa da literatura na base de dados online “Scopus”, durante o dia 20 de março de 2024, identificando artigos com data de publicação entre 2014 e 2024, em Inglês, Português e Espanhol, com texto integral disponível. A partir da pergunta: *Qual a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica?*, segundo o acrónimo PCC (População/Participantes, Conceito a ser investigado, Contexto) onde a população se refere a família, o conceito a importância da presença e o contexto as situações de emergência pediátrica. Foram selecionadas as palavras-chave e descritores em Ciências da Saúde: “family presence”, “parents presence”, “child”, “children”, “pediatrics”, “nurs*”, “emergencies”, “resuscitation”, “emergency room” e “covid”.

Resultados e Discussão: Após o processo de seleção foram analisados quatro artigos, publicados entre 2015 e 2017. Todos eles defendem a presença da família em situações de emergência, e identificaram-se quatro categorias principais: Presença da família em situações de emergência; Motivos evocados

para a inclusão/exclusão da família em situações de emergência; Implementação de protocolos e formação dos profissionais; Investigação sobre CCF em situações de emergência. Os artigos diferem em relação à classe profissional mais favorecedora da presença da família como em relação ao tempo de experiência profissional. Em relação à família, a grande maioria prefere estar presente durante a situação de emergência. Os motivos evocados pelos profissionais/familiares para a inclusão da família são: a família pode fornecer informações importantes sobre a criança; é um direito da família estar presente; a presença da família proporciona segurança e tranquilidade à criança; a família testemunha os esforços feitos para salvar a vida da criança; auxilia o processo de luto. Os motivos evocados para exclusão da família são: a falta de tempo dos profissionais para dedicar à família; a família pode restringir o ensino a estudantes; a interferência da família na atuação dos profissionais; a necessidade de um profissional permanecer junto da família; o receio de que a família permaneça com memórias negativas da situação. Para permitir a presença da família em situações de emergência, a implementação de protocolos claros e formação multidisciplinar da equipa sobre qualquer papel de apoio à família são fundamentais, bem como aprofundamento de investigação sobre a temática.

Conclusões: Após a análise, é evidente a importância da presença da família numa situação de emergência pediátrica. Embora existam guidelines atuais que apoiam essa prática, os quatro artigos destacam a resistência por parte dos profissionais de saúde para que tal se torne prática diária. A presença da família numa situação de emergência pediátrica promove uma abordagem mais humanizada e centrada na família, reconhecendo o valor da união familiar como parte integrante do processo de cura e recuperação das crianças. É crucial que os hospitais e profissionais de saúde continuem a incentivar e facilitar a participação ativa da família no cuidado emergencial das crianças, visando sempre o bem-estar e a segurança dos pacientes pediátricos. Para que tal aconteça torna-se necessário criar condições, protocolos e diretrizes práticas e claras, bem como investir na formação dos profissionais.

Palavras-Chave: Presença da família, presença dos pais, sala de emergência, situação de emergência, pediatria.

ABSTRACT

Background: Nowadays, health teams in pediatric emergency services are faced with unexpected situations that require decisions about whether family members should be present in situations of clinical instability of the child. Generally, healthcare professionals struggle to integrate the family in this care situations, due to the great stress created for both family members and the professionals themselves. However, several studies report numerous benefits associated with the presence of the family members in emergency situations, as the family represents the main support in a child's life, the Family Centered Care (FCC) model must be implemented at all levels of care, becoming essential to extend this approach to the emergency environment, recognizing the importance of the family's presence and involvement in any child care.

Objective: To identify the results from scientific evidence on the importance of family presence in pediatric emergency situations.

Methods: Integrative literature review on the online database “Scopus”, during the 20 day of March 2024, identifying articles published between 2014 and 2024, in English, Portuguese and Spanish, with full text available. Based on the question: *How important is the family's presence in pediatric emergency situations?*, according to the acronym PCC (Population/Participants, Concept to be

investigated, Context), where the population refers to the family, the concept the importance of presence and the context of pediatric emergency situations. The following keywords and descriptors in Health Sciences were selected: “family presence”, “parents presence”, “child”, “children”, “pediatrics”, “nurs*”, “emergencies”, “resuscitation”, “emergency room” and “covid”.

Results and Discussion: After the selection process, four articles were analyzed, published between 2015 and 2017. They all defend the presence of the family in emergency situations, and four main categories were identified: Family presence in emergency situations; Reasons cited for inclusion/exclusion of the family in emergency situations; Implementation of protocols and professionals training; Research on FCC in emergency situations.

The articles differ in relation to the professional class that most favors the presence of the family and in relation to the length of professional experience. In relation to the family, most of them prefer to be present during the emergency. The reasons cited by professionals/family members for inclusion the family are: the family can provide important information about the child; it is the family's right to be present; the presence of the family provides security and tranquility to the child; the family witnesses the efforts made to save the child's life; aids the grieving process. The reasons cited to exclude the family are: professionals' lack of time to dedicate to the family; the family may restrict students orientation; the family interfering in the work of professionals; the need for a professional to remain close to the family; and the fear that the family will remain with negative memories of the situation. Allowing the family to be present in emergency situations, leads to the importance of implementing clear protocols and multidisciplinary training of the team on any family support role, as well as greater research on the topic.

Conclusions: After the analysis, the importance of the family's presence in a pediatric emergency is clear. Even though there are current guidelines that support this practice, the articles highlight resistance by the healthcare professionals for this to become a daily practice. The presence of the family in a pediatric emergency promotes humanized and family-centered approach, recognizing the value of family unity as an integral part of the children's healing and recovery process. It is central that institutions and healthcare professionals continue to encourage and facilitate the active participation of families in emergency care for their children, always aiming for the well-being and safety of pediatric patients. Thus, it is necessary to create practical and clear conditions, protocols, and guidelines, as well as investing in professional training.

Keywords: Family presence, parental presence, emergency room, emergency situation, pediatrics.

INTRODUÇÃO

Até aproximadamente metade do século XX, as crianças hospitalizadas eram privadas da companhia e cuidados dos seus pais, ficando estes restritos a curtas visitas. Mais tarde e de forma progressiva, os pais passaram a ser autorizados a proporcionar cuidados relacionados com o autocuidado e de afeto aos filhos (Cerqueira & Babieri-Figueiredo, 2020). Durante esse período, os médicos tinham o controle absoluto sobre as decisões relacionadas com o tratamento dos doentes, determinando o que consideravam ser melhor para eles (Mekitarian, 2013).

Assim, na década de 60, após movimentos organizados pelos pais que reivindicavam a inclusão das famílias no cuidado das suas crianças hospitalizadas, nasceu a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) (Mekitarian, 2013). Os CCF aplicados à pediatria reconhecem a família como o cerne na vida de uma criança, colocando a família no alvo dos cuidados, procurando manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança promovendo a normalidade das rotinas familiares. Nunca esquecendo e sempre valorizando as forças e capacidades da família no planeamento e prestação de cuidados (Cardoso, 2010).

E segundo Cerqueira & Babieri-Figueiredo (2020) fazendo emergir novos conceitos como o envolvimento parental, participação parental, parceria, negociação de papéis e capacitação na tomada de decisão.

Os pais passaram a desempenhar um papel ativo e participativo nos cuidados e nas decisões relacionadas com os seus filhos, ao contrário do papel passivo de espetadores que anteriormente assumiam. Isto era já uma realidade nos nossos serviços desde 1981 com a Lei nº 21/81 (1981) que garante o acompanhamento a todas as crianças até aos 14 anos, pela mãe ou pai, durante o período diurno, depois revalidado na revisão de 2009 na Lei nº 106/2009 que garante o acompanhamento permanente da criança até aos 18 anos, pela mãe, pai ou pessoa que os substitua, durante o período diurno e também noturno. Nesta linha de pensamento, o Instituto de Apoio à Criança (2016, p. 8) também nos diz, no seu 2º artigo, que *“uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”*. No entanto, em situações de emergência, isto ainda é pouco habitual, muitos profissionais limitam a permanência dos pais nestas situações, refletindo uma questão problemática e de opiniões muito controversas entre profissionais (Ferreira, 2011; Silva, et al., 2017).

Ao contrário do que se passa, são várias as associações que têm promovido a importância da presença da família junto da criança em situação de emergência. Segundo Vaz, Alves, & Ramos (2016), em Portugal, desde 2006 que o Grupo de Reanimação Pediátrica defende que os pais devem permanecer ao lado dos filhos, mesmo durante a prestação de cuidados mais complexos e avançados, pois a sua presença poderá diminuir o medo e a ansiedade da criança face aos procedimentos realizados.

Segundo os mesmos autores, entidades como American Heart Association e a Emergency Nurses Association partilharam a mesma perspetiva e elaboraram guidelines entre a equipa multidisciplinar e protocolos e procedimentos de acordo com os CCF, para permitir a presença dos pais durante este tipo de cuidados.

Também o European Resuscitation Council reconhece que a presença da família em situação de emergência pediátrica é permitida e desejável, respeitando as diferenças culturais e sociais de cada um. Destaca, contudo, que discussões e decisões de não reanimar, na presença de familiares, devem ser tratadas com a sensibilidade que cada situação exige (Monsieurs, et al., 2015).

Assim, tendo em conta os CCF, é impreterível dar aos pais, a possibilidade de escolha para permanecer durante uma situação de emergência (Ferreira, 2011).

Hoje, as equipas de saúde dos serviços de urgência pediátricos deparam-se com situações inesperadas que requerem decisões sobre a permanência ou não dos familiares durante situações de instabilidade clínica da criança. E muitas vezes os profissionais têm dificuldade em integrar a família nesse cuidado pois a situação é geradora de grande stress tanto para os pais como para os próprios profissionais. Consideram que a presença de familiares neste momento pode acarretar um aumento do trabalho e de tensão, pois eles também requerem suporte por parte da equipa de saúde, que já se encontra sob pressão para não cometer falhas e fornecer uma resposta eficaz à situação (Vaz, Alves, & Ramos, 2016).

No entanto, vários estudos referem diversos benefícios associados à presença dos familiares em situações de emergência, tais como: auxílio no processo de luto; melhoria da compreensão da gravidade da situação, valorizando os cuidados prestados; incentivo à participação dos pais nas decisões; fornecimento de informações clínicas relevantes; e diminuição da ansiedade tanto das crianças como dos familiares (Ferreira, 2011; Silva, et al., 2017).

Sendo a família o polo central na vida da criança, o modelo de CCF deve ser implementado em todos os níveis de cuidados, tornando-se essencial alargar esta abordagem ao ambiente de emergência, reconhecendo a importância da presença e do envolvimento da família em qualquer cuidado à criança (Mekitarian, 2013).

Face ao exposto, mostra-se um tema polémico e bastante controverso, suscitando ainda diferentes opiniões entre os profissionais de saúde, embora já haja recomendações e estudos que promovem a presença dos pais/família em situações de emergência.

Considerando o binómio criança/família como uma preocupação permanente na área de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, foi a partir da prática clínica e durante o percurso de formação avançada nesta especialidade que surgiu a questão de investigação: *Qual a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica?*

OBJETIVO: Identificar a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica.

METODOLOGIA

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura de modo a identificar a importância da família em situações de emergência pediátrica.

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que sustenta a tomada de decisão e a melhoria da prática, permitindo a síntese do estado atual de conhecimento sobre um determinado assunto. Torna-se vantajoso na identificação de lacunas de conhecimento e estabelece relações entre diversos estudos fornecendo uma base robusta para futuras investigações (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A questão de investigação foi formulada segundo o acrônimo PCC (População/Participantes, Conceito a ser investigado, Contexto) onde a população se refere a família, o conceito a importância da presença e o contexto as situações de emergência pediátrica, tendo resultado na seguinte questão de investigação: *Qual a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica?*

Foram selecionadas as palavras-chave e descritores em Ciências da Saúde (DeCs/MeSH): “family presence”, “parents presence”, “child”, “children”, “pediatrics”, “nurs*”, “emergencies”, “resuscitation”, “emergency room” e “covid”. Utilizando o operador booleano AND, OR e NOT, resultou na seguinte frase booleana (“family presence” OR “parents presence”) AND (child OR children OR pediatrics) AND nurs* AND (emergencies OR resuscitation OR “emergency room”) NOT covid. Esta frase booleana foi utilizada para proceder à pesquisa com recurso à plataforma Scopus, durante o dia 20 de março de 2024.

Desta pesquisa, obteve-se um total de 373 resultados aos quais foram aplicados como critérios de inclusão: serem artigos em texto integral, publicados no período temporal entre 2014 e 2024, em idioma Inglês, Português e Espanhol e relativos à disciplina de Enfermagem e Medicina. Obteve-se um total de 60 artigos, tendo sido excluídos 313 artigos. Após a leitura do título foram excluídos mais 55 artigos, ficando com um total de 5 artigos em que 1 ficou excluído após a leitura integral do mesmo, pois não dava resposta à questão de investigação. Foram obtidos no total 4 artigos para análise.

Apresento de seguida (Figura 1) a esquematização deste processo de seleção recorrendo ao diagrama PRISMA.

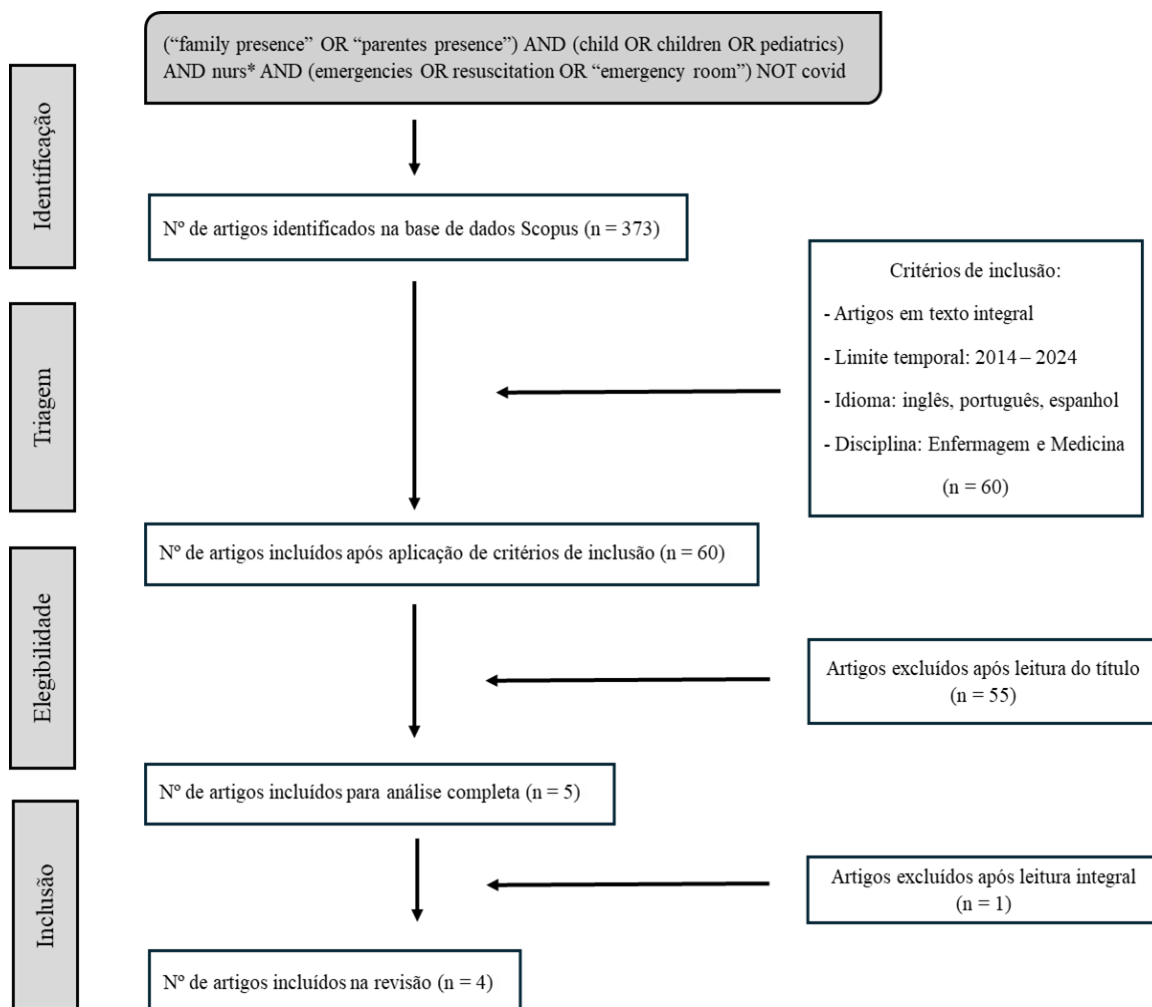


Figura 1 – Diagrama PRISMA

Dos artigos obtidos, três são referentes a estudos primários, sendo estudos qualitativos e um é uma scoping review. De salientar que todos os artigos foram publicados entre 2015 e 2017.

Da análise destes quatro artigos, obtivemos como resultados, dois estudos que abordam a perspectiva dos profissionais (Mekitarian & Angelo, 2015; McLean, Gill, & Shields, 2016), um que aborda a perspectiva dos familiares (Buboltz, et al., 2016) e o quarto, sendo uma scoping review, integra uma série de artigos com as mesmas características dos anteriores (Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon, 2017).

Com o objetivo de sistematizar os resultados obtidos e de forma a responder à questão de investigação previamente delineada, elaborou-se a tabela de evidências onde se apresenta o objetivo, o tipo de estudo com a caracterização da amostra e as conclusões de cada artigo analisado.

Artigo	Referência Completa do artigo	Objetivo(s)	Tipo de Estudo e Amostra	Conclusão
Artigo 1	Mekitarian, F. F., & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. <i>Revista Paulista de Pediatria</i> , 33(4), pp. 460-466. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010	Conhecer as opiniões de profissionais de saúde de um Serviço de Urgência (SU) Pediátrico brasileiro em relação à presença da família durante a assistência em sala de emergência pediátrica.	Transversal. n=46 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros de um SU Pediátrico.	Conhecer as opiniões dos profissionais de saúde é fundamental para traçar estratégias que modifiquem o modo como a equipa cuida e reconhece as necessidades das famílias num ambiente de emergência. É necessário criar estratégias que permitam que as famílias estejam presentes na sala de emergência e considerem as suas necessidades. Isso pode ser alcançado ao designar um membro da equipa de saúde para ficar exclusivamente com a família. A equipa médica e os profissionais com menos de 10 anos de formação profissional são mais favoráveis à presença da família na sala de emergência do que os demais profissionais. Os motivos determinantes para que os profissionais excluam as famílias da sala de emergência estão relacionados com o desconforto e a insegurança que os profissionais sentem ao ter a família ao seu lado durante a assistência. Por outro lado, os motivos que os levam a incluir as famílias nesse cenário estão muitas vezes ligados ao objetivo de facilitar o trabalho dos próprios profissionais, ignorando as reais necessidades das famílias.

<p>Artigo 2</p>	<p>McLean, J., Gill, F. J., & Shields, L. (2016). Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: health professionals' confidence and perceptions. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 25, pp. 1045-1052. doi:10.1111/jocn.13176</p>	<p>Investigar as percepções e a autoconfiança dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, na facilitação da presença da família durante a reanimação de uma criança, num hospital pediátrico.</p>	<p>Descritivo transversal randomizado. n=922 (314 médicos e 608 enfermeiros).</p>	<p>Compreender as necessidades das famílias num evento traumático, como a reanimação, é um aspeto importante do cuidado às famílias no ambiente pediátrico. É claro que as famílias desejam estar presentes quando o seu filho está a ser reanimado, e a sua presença teve resultados positivos para aqueles que tiveram essa oportunidade. Apesar disso, a presença da família durante a reanimação continua a ser um tema controverso entre os profissionais de saúde no ambiente pediátrico. Médicos e enfermeiros têm mostrado relutância em permitir que as famílias estejam presentes por receio de interferência por parte dos familiares e preocupação com o bem-estar psicológico das famílias que testemunham essas tentativas de reanimação. Muitas destas preocupações não têm sido suportadas por evidências. Os principais resultados deste estudo são que o pessoal que trabalha neste hospital pediátrico apoiou a presença de membros da família durante a reanimação do seu filho. Tanto o pessoal médico como o de enfermagem entenderam as necessidades das famílias durante a reanimação e a filosofia do cuidado centrado na família é um modelo de cuidado praticado em todas as disciplinas. Isso traz implicações para a prática clínica no que diz respeito a implementação de diretrizes que apoiam a presença da família durante a</p>
-----------------------------------	---	--	--	---

				reanimação, como para estratégias de formação para mudar as atitudes dos profissionais que tem pouca ou nenhuma experiência. Estratégias como o treino por simulação têm demonstrado ser eficazes.
Artigo 3	Buboltz, F. L., Silveira, A. d., Neves, E. T., Silva, J. H., Carvalho, J. S., & Zamberlan, K. C. (2016). Percepção de familiares sobre sua presença ou não em situação de emergência pediátrica. <i>Texto e Contexto de Enfermagem</i> , 25(3). doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000230015	Compreender a percepção dos familiares que vivenciaram uma situação de emergência, em relação à sua permanência ou não durante a assistência à criança num SU Pediátrico.	Qualitativo, do tipo descritivo-exploratório. n=10 familiares que vivenciaram uma situação de emergência num SU Pediátrico de um hospital do sul do Brasil, entre novembro de 2013 a setembro de 2014.	Os familiares consideraram essencial e positivo permanecer junto à criança durante situações de emergência destacando o apoio emocional e afetivo fornecido por eles como benéfico, pois ajuda a diminuir a insegurança e o medo da criança. Além disso satisfazem a necessidade de acompanhar todo o processo de assistência ao seu filho e não esperaram por informações que muitas vezes são tardias ou não chegam. É importante que algum membro da equipa de saúde assuma o papel de transmissor de informação sobre o que está a acontecer. Experiências passadas negativas aumentam a necessidade de os familiares estarem presentes em todos os momentos do cuidado à criança e acompanhar todo o processo facilita a compreensão dos desfechos possíveis, o que contribui para uma melhor aceitação. Destacam a importância de considerar as particularidades de cada caso, reconhecendo que algumas pessoas, ao testemunharem a situação de emergência, podem reagir de forma a prejudicar o desempenho da equipa de saúde. Recomenda-se que a enfermagem desenvolva estratégias que facilitem a presença do familiar

				na assistência à criança em qualquer situação respeitando a singularidade de cada indivíduo. Sugere-se a realização de investigações mais aprofundadas sobre o tema, que possam ajudar no desenvolvimento de políticas e diretrizes para a implementação de uma prática segura nas instituições de saúde.
Artigo 4	Manguy, A.-M., Joubert, L., Oakley, E., & Gordon, R. (2017). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 38, pp. 46-52. doi:10.1016/j.pedn.2017.10.014	Considerar os modelos disponíveis na literatura publicada e refletir sobre como seria uma abordagem ideal ou modelo de cuidado em relação à família em situações de reanimação pediátrica, num SU.	Scoping review. n=9 artigos.	Uma análise dos temas emergentes da revisão da literatura fornece uma direção inicial para estabelecer diretrizes ou protocolos locais de prática clínica. Uma exploração adicional da experiência e opinião das famílias é necessária, assim como a realização de testes empíricos dos modelos de cuidados familiares em uso. É evidente, a partir destes artigos, que o cuidado psicossocial e a gestão das famílias de crianças gravemente doentes nos ambientes de SU pediátrico são questões práticas relevantes para todos os profissionais que trabalham nesses ambientes. Devido à diversidade e necessidades individuais das famílias, combinadas com as demais características do ambiente de saúde e os fatores socioculturais, é improvável que haja um modelo de cuidado ou intervenção definitivo que funcione universalmente para todos. Os modelos de cuidado familiar devem ser terapêuticos e adaptados às necessidades individuais de cada família. Esta revisão fornece sugestões para a prática clínica e melhoria do cuidado das famílias,

				<p>visando reduzir os impactos negativos tanto de curto quanto de longo prazo dessas experiências. Além disso, procura a melhoria da capacidade de adaptação e resiliência das famílias e dos profissionais envolvidos.</p> <p>Também é útil para os profissionais que procuram desenvolver diretrizes de prática clínica dentro dos seus próprios serviços de saúde.</p>
--	--	--	--	---

Tabela 1 – Tabela de Evidências

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Esta revisão integrativa da literatura teve como objetivo reunir os resultados da evidência científica que destacam a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica visando sensibilizar os profissionais desta área de atuação para a promoção da inclusão familiar nestas situações, respeitando sempre a individualidade de cada um.

É unânime que todos defendem a presença da família em situações de emergência, e com a análise destes artigos emergiram algumas categorias que serão analisadas de seguida.

Presença da família em situações de emergência

Mekitarian & Angelo (2015), com o artigo “*Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde*” descreve que a equipa médica é mais favorável à presença da família em comparação com a equipa de enfermagem, a equipa de enfermagem tende a ser mais favorável à presença da família em procedimentos menos complexos. Também os profissionais com menos tempo de formação profissional são mais propensos a apoiar a presença da família do que aqueles com mais de 10 anos de experiência. Esta tendência pode explicar o porquê da equipa médica ser mais favorável à presença da família do que a equipa de enfermagem, uma vez que neste estudo, a grande maioria dos médicos tem menos de 10 anos de formação profissional ao contrário do pessoal de enfermagem.

No estudo de McLean, Gill, & Shields (Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: health professionals’ confidence and perceptions, 2016) não existiu diferença nas perceções ou confiança entre a equipa medica e de enfermagem. Neste contexto, a maioria dos médicos expressou apoio à presença da família em situações de reanimação pediátrica. Uma possível explicação para isto poderia ser pelo fato de os CCF fazerem parte do currículo atual dos médicos. Além disso, os CCF exerceram uma grande influência nas perceções dos participantes do estudo, juntamente com a recente implementação de diretrizes sobre a presença da família durante a prática de reanimação no hospital em questão.

Os mesmos autores referem que a equipa de cuidados não críticos reconhece mais riscos e mostra-se menos confiante com a presença da família comparativamente com a equipa de cuidados críticos. Profissionais com mais experiência em reanimação pediátrica e experiência em reanimação pediátrica com a presença da família descreveram menos riscos, mais benefícios e estavam mais confiantes em facilitar a presença da família em situações de emergência. A mesma análise é feita na scoping review de Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon (2017).

Quanto à decisão de permitir a presença da família na sala de emergência, no estudo de Mekitarian & Angelo (2015) revelou que a maioria dos profissionais (69,8%) acredita que essa decisão deve ser tomada pelos próprios profissionais. No entanto, os profissionais com menos experiência profissional entendem que as famílias também devem participar dessa decisão.

No que diz respeito a este assunto, um dos cinco temas que emergiram da análise de Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon (2017) foi a importância de transformar o papel dos pais e da família de passivo para ativo. É essencial considerar as necessidades das crianças no contexto da família e os pais como membros da equipa de cuidados. Todos os artigos da sua scoping concordaram que as famílias desejam estar presentes com a criança e que, embora a maioria opte por estar presente, se a escolha for de não estar, isso deve ser respeitado e as famílias apoiadas ativamente longe da cabeceira. Descreve que os pais estariam ao lado dos seus filhos, novamente, numa situação semelhante.

No artigo de Buboltz, et al. (2016) sobre a *“Percepção dos familiares sobre a sua presença ou não em situação de emergência pediátrica”*, apenas um dos dez familiares participantes do estudo, expressou preferência por não permanecer ao lado da criança durante a situação de emergência. Porém, todos os outros familiares manifestaram o desejo de estar presentes ao lado da criança durante a emergência. Dos dez familiares, cinco eram cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde e já haviam passado por situações de emergência anteriormente. Os outros cinco familiares presenciaram a situação de emergência pela primeira vez. Nenhum deles demonstrou ter conhecimento sobre legislação relacionada com a presença ou não junto à criança durante situações de emergência.

Motivos evocados para inclusão/exclusão da família em situações de emergência

Os motivos pelos quais os profissionais consideram importante incluir as famílias em situações de emergência são: a família pode fornecer informações importantes sobre a criança; é um direito da família estar presente; a presença da família proporciona segurança e tranquilidade à criança; a família testemunha os esforços feitos para salvar a vida da criança (Mekitarian & Angelo, 2015). Estes dois últimos motivos são também destacados no artigo de Buboltz, et al. (2016). Este refere que os pais podem oferecer suporte emocional e afetivo aos filhos durante situações de crise, como uma emergência médica. E que apesar de não possuírem conhecimento específico na área, ao presenciar o atendimento e confirmar que foi realizado de forma adequada, a aceitação da evolução do estado clínico da criança, seja ele bom ou mau torna-se mais provável. Em caso de desfechos menos favoráveis, os pais enfatizam a importância da presença da família para auxiliar no processo de luto e elaboração emocional. Um outro tema que surgiu da pesquisa de Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon (2017) foi que a presença da família, quando apoiada, é benéfica e não perturba os cuidados clínicos. Famílias que receberam apoio para estar presentes com os seus filhos relataram diversos benefícios,

como o aumento da partilha de informações, sensação de controle, diminuição dos sintomas de trauma e ansiedade e melhoria na comunicação com a equipa de saúde que tratava o seu filho. Por sua vez, os profissionais relataram uma variedade de melhorias nas habilidades e na confiança, especialmente em comunicação, quando a família está presente.

Por outro lado, os motivos pelos quais os profissionais excluem as famílias são: a falta de tempo dos profissionais para dedicar à família; a família pode restringir o ensino a estudantes; a interferência da família na atuação dos profissionais; a necessidade de um profissional permanecer junto da família; o receio de que a família permaneça com memórias negativas da situação (Mekitarian & Angelo, 2015). Buboltz, et al. (2016) também observa que nem todas as pessoas têm a estabilidade emocional necessária para permanecer ao lado de seus filhos em situações de emergência, e que, dependendo da postura do familiar, este pode dificultar a assistência à criança. A família deve oferecer conforto à criança e quando isso não é possível, deve haver bom senso para saber o momento de se retirar do local. Além disso, menciona as memórias traumáticas que podem afetar a família quando intervenções mais complexas e agressivas são necessárias.

A necessidade de envolver as famílias na sua própria recuperação psicológica foi apenas referido na revisão de Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon (2017). Alguns dos estudos por eles analisados mencionam a "fase peri-trauma", quando as famílias chegam pela primeira vez ao SU, como sendo o momento ideal para intervir e avaliar as necessidades psicossociais a longo prazo. É consensual que a avaliação precoce da criança e família é a abordagem mais proativa de ajudar na recuperação psicossocial. Vários estudos comentam que a capacidade de adaptação da criança e da família está interligada, e a resposta e estilo de parentalidade afetam diretamente a recuperação da criança. Reconhece-se que as crianças estão inseridas em famílias, e apoiar as famílias para tomarem decisões informadas sobre os seus filhos em situações potencialmente devastadoras é intrinsecamente terapêutico e pode ser considerado como uma forma de envolver ativamente as famílias no seu próprio processo de recuperação.

Implementação de protocolos e formação dos profissionais

Buboltz, et al. (2016) destaca a criação de um programa de sensibilização para a equipa de saúde, visando promover a presença da família em situações de emergência, reconhecendo os benefícios que essa prática traz para a assistência à criança bem como para a própria criança/família.

Para permitir a presença da família em situações de emergência, a implementação de protocolos claros e formação multidisciplinar da equipa sobre qualquer papel de apoio à família são fundamentais. Destacar um membro da equipa para acompanhar e apoiar exclusivamente a família, durante a sua permanência no SU é uma das estratégias sugeridas por Mekitarian & Angelo (2015) como na maioria

dos artigos analisados por Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon (2017). Um dos pontos em destaque nestes artigos é que os profissionais de saúde adquirem confiança e habilidades por meio da formação fornecida para desempenhar o papel de apoio à família. Da mesma forma McLean, Gill, & Shields (2016) destacou o impacto que as estratégias de formação, principalmente o treino por simulação podem ter nas atitudes dos profissionais de saúde e a sua potencial aplicação neste contexto.

Investigação sobre CCF em situações de emergência

O último tema que surgiu da scoping de Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon (2017) foi a necessidade avassaladora de mais pesquisas relacionadas com modelos de cuidados que considerem a família em contextos de prática em serviços de urgência. Todos os nove artigos analisados pelos autores recomendam uma avaliação mais detalhada do papel de apoio à família e da formação dos profissionais na implementação desses modelos. Existe a necessidade de desenvolver não apenas modelos de cuidados, mas também intervenções específicas e ferramentas de triagem, e testá-las experimentalmente. Mekitarian & Angelo (2015) e Buboltz, et al. (2016) também sugerem o aprofundamento de investigação sobre a temática com o objetivo de favorecer a integração das famílias em situações de emergência pediátrica.

CONCLUSÃO

Em todos os artigos analisados é possível constatar que a família presente numa situação de emergência pediátrica é verdadeiramente importante, além de beneficiar o doente pediátrico, também pode ter impactos significativos no processo de tratamento e recuperação. Apesar da existência de guidelines atuais que apoiam essa prática, também é descrito nos quatro artigos que continua a haver resistência por parte dos profissionais para que tal se torne prática diária. Em Portugal, assim como em diversos outros países, tem-se observado um reconhecimento crescente da importância dessa presença como parte integrante do cuidado pediátrico de emergência.

A sala de emergência pediátrica é frequentemente um ambiente assustador para as crianças, a presença dos pais ou cuidadores pode oferecer um senso de segurança e conforto, ajudando a acalmar a criança e a reduzir o seu medo e ansiedade. Em situações de emergência, os pais podem se sentir sobrecarregados, ansiosos e impotentes. A presença de um membro da família pode proporcionar conforto mútuo e fortalecer os laços familiares, ajudando todos a lidar melhor com a situação. Experiências negativas prévias reforçam a importância de os familiares estarem presentes em todos os momentos da assistência à criança. Ao participarem ativamente no processo, torna-se mais fácil compreender os desfechos que possam ocorrer, possibilitando uma aceitação mais positiva.

Além disso, os pais desempenham um papel fundamental como defensores e comunicadores dos sintomas e histórico clínico da criança. Eles podem fornecer informações cruciais que auxiliam os profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento adequados.

A decisão de permanecer junto da criança, deve ser dada sempre aos pais. Embora a maioria prefira ficar ao lado dos seus filhos, é crucial respeitar a opção de não o fazer. É fundamental considerar as particularidades de cada situação, reconhecendo que algumas reações dos pais podem afetar o desempenho da equipa de saúde.

Assim, é importante ressaltar que a presença da família numa situação de emergência pediátrica deve ser gerida de forma adequada, garantindo sempre o bem-estar da criança e o funcionamento eficiente da equipa de saúde. Isso pode ser alcançado ao designar um membro da equipa de saúde para permanecer exclusivamente com a família, proporcionando apoio às suas necessidades psicossociais, reduzindo os impactos negativos dessas experiências inevitáveis.

Para que isto aconteça, é necessário desenvolver estratégias que facilitem a inclusão da família em situações de emergência como criar diretrizes e políticas hospitalares claras e práticas que promovam uma prática segura e modelos de cuidados centrados na família adaptados às necessidades individuais de cada unidade familiar. Nesse sentido, sugere-se o aprofundamento de investigações sobre o tema, bem como formação dos profissionais de saúde, de modo a que estes adquiram confiança, competências e habilidades para desempenhar eficazmente o papel de apoio à família.

A presença da família numa situação de emergência pediátrica promove uma abordagem mais humanizada e centrada na família, reconhecendo o valor da união familiar como parte integrante do processo de cura e recuperação das crianças. É essencial que os hospitais e profissionais de saúde continuem a incentivar e facilitar a participação ativa da família no cuidado emergencial das crianças, visando sempre o bem-estar e a segurança dos pacientes pediátricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República. (19 de agosto de 1981). Lei 21/81 de 19 de Agosto, nº 189, Série I. *Diário da República*, 2129. Portugal.
- Assembleia da República. (14 de setembro de 2009). Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, nº 178, Série I. *Diário da República*, 6254 - 6255. Portugal.
- Buboltz, F. L., Silveira, A. d., Neves, E. T., Silva, J. H., Carvalho, J. S., & Zamberlan, K. C. (2016). Percepção de familiares sobre sua presença ou não em situação de emergência pediátrica. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 25(3). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000230015>
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na Hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Cerqueira, C., & Babieri-Figueiredo, M. d. (2020). Cuidados Centrados na Família. Em A. L. Ramos, & M. d. Babieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-38). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, A. (Novembro de 2011). A presença dos pais em situação de ressuscitação cardio-pulmonar. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 3, pp. 24-30.
- Instituto de Apoio à Criança. (2016). *Anotações à carta da criança hospitalizada* (3ª ed.). (IAC, Ed.) Lisboa.
- Manguy, A.-M., Joubert, L., Oakley, E., & Gordon, R. (2017). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, pp. 46-52. doi:10.1016/j.pedn.2017.10.014
- McLean, J., Gill, F. J., & Shields, L. (2016). Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: health professionals' confidence and perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 25, pp. 1045-1052. doi:10.1111/jocn.13176
- Mekitarian, F. F. (2013). *A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de Saúde, São Paulo.

- Mekitarian, F. F., & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), pp. 460-466. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>
- Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., . . . Zideman, D. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, pp. 1-80. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
- Silva, J. H., Buboltz, F. L., Silveira, A. d., Neves, E. T., Portela, J. d., & Jantsch, L. B. (2017). Permanência de familiares no atendimento de emergência pediátrica: percepções da equipe de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3). doi:10.18471/rbe.v31i3.17427
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*(8), pp. 102-106.
- Vaz, J., Alves, R., & Ramos, V. (janeiro de 2016). Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou procedimentos dolorosos. *Enfermaria Global*(41), pp. 387-398.

APÊNDICE VII – Póster “Importância da presença da família em situações de emergência pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura”



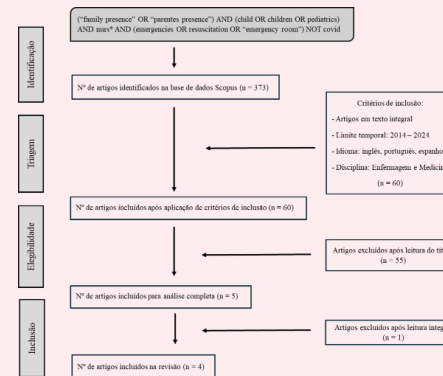
Importância da Presença da Família em Situações de Emergência Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura

Ana Lúcia Carvalho ^{1,2}, Constança Festas ^{3,4}

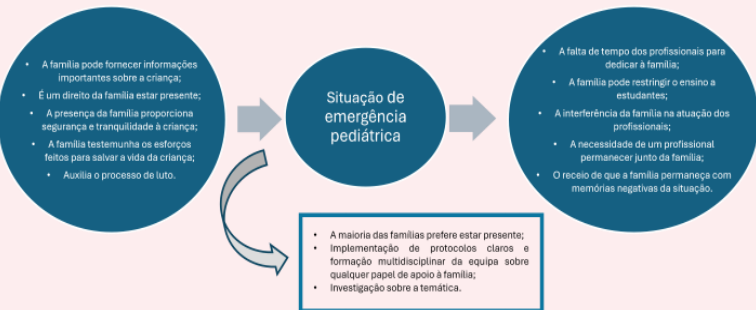
(1) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Estudante Mestrado em Enfermagem, Porto, Portugal; (2) Enfermeira, Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde Alto Ave- Guimarães, Portugal; (3) Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto); (4) Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

Introdução: Hoje, as equipas de saúde dos serviços de urgência pediátricos deparam-se com situações inesperadas que requerem decisões sobre a permanência ou não dos familiares durante situações de instabilidade clínica da criança. Muitas vezes, os profissionais têm dificuldade em integrar a família nesse cuidado pois a situação é geradora de grande stress tanto para os familiares como para os próprios profissionais de saúde. No entanto, vários estudos referem diversos benefícios associados à presença dos familiares em situações de emergência, sendo a família o polo central na vida da criança, o modelo de Cuidados Centrados na Família deve ser implementado em todos os níveis de cuidados, tornando-se essencial alargar esta abordagem ao ambiente de emergência, reconhecendo a importância da presença e do envolvimento da família em qualquer cuidado à criança.

Métodos: *Qual a importância da presença da família em situações de emergência pediátrica?*



Resultados:



Conclusões: Após a análise, é evidente a importância da presença da família numa situação de emergência pediátrica. Embora existam guidelines atuais que apoiem essa prática, os quatro artigos destacam a resistência por parte dos profissionais de saúde para que tal se torne prática diária. A presença da família numa situação de emergência pediátrica promove uma abordagem mais humanizada e centrada na família, reconhecendo o valor da união familiar como parte integrante do processo de cura e recuperação das crianças. É crucial que os hospitais e profissionais de saúde continuem a incentivar e facilitar a participação ativa da família no cuidado emergencial das crianças, visando sempre o bem-estar e a segurança dos pacientes pediátricos. Para que tal aconteça torna-se necessário criar condições, protocolos e diretrizes práticas e claras, bem como investir na formação dos profissionais.

