



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
Sara Alexandra Guimarães Neiva

Porto – julho 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
INTERNSHIP 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
Sara Alexandra Guimarães Neiva

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – julho 2024

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, no Porto. Este relatório tem como objetivo central demonstrar o percurso de desenvolvimento das competências exigidas para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. As competências previamente adquiridas e a apresentação dos contextos de estágio, caracterizam o início deste documento. Os contextos de estágio que permitiram este desenvolvimento profissional foram: os Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência Pediátrica. O conteúdo central do trabalho evidencia as diferentes competências agrupadas por domínios. Para cada domínio foram delineados objetivos específicos e por meio de uma análise crítico-reflexiva da sua interligação com as atividades desenvolvidas, foi demonstrado como as competências previstas foram adquiridas. Este relatório evidencia o papel do enfermeiro especialista na área da gestão de cuidados e de recursos, na promoção e difusão do conhecimento científico e no desenvolvimento profissional dos seus pares e no seu próprio desenvolvimento. São desenvolvidos com especial ênfase alguns aspetos inerentes aos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica como: a comunicação, a gestão da dor, a parceria de cuidados, a promoção da parentalidade, a assistência em situações de especial complexidade, a promoção de saúde, a vigilância em saúde infantil e juvenil, a saúde escolar, e as intervenções desenvolvidas para a aquisição de competências especializadas. A finalização deste processo formativo permitiu-me refletir sobre as implicações para a prática profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Competências de enfermagem.

Abstract

This report is part of the Curricular Unit “Estágio e Relatório final”, of the 16th Master's Degree Course in Nursing with Specialization in Children and Pediatric Nursing, at the Nursing School of the Universidade Católica Portuguesa, in Porto. The main aim of this report is to demonstrate the development of the competences required to obtain the master's degree in nursing with Specialization in Children and Pediatric Health. This document starts by describing previously acquired skills and the internship contexts. The internship contexts that enabled this professional development were: Primary Health Care, the Neonatal Intensive Care Unit and the Pediatric Emergency Department. The core content of this document highlights the different competences grouped by domain. Specific objectives were outlined for each domain and a critical-reflective analysis of their interconnection with the activities carried out, showed how the expected competences were acquired. This report highlights the management role of the specialist nurse in areas such as: care management, human and material resource management, promotion and dissemination of scientific knowledge, professional development of their peers and their own development. Some aspects inherent to specialized care in child and pediatric health nursing are developed with special emphasis, such as: communication, pain management, care partnership, promotion of parenting, child and family care, among others. Completing this training process allowed me to reflect on the implications for professional practice.

Keywords: Nursing; Children and Pediatric Health Nursing; Child; Nursing skills.

“Apenas alguém com uma mente preguiçosa e uma alma vã, não aprende com o outro”

Sara Neiva

Agradecimentos

À minha mãe, que sempre foi e sempre será a “Mãe” que providencia o suporte que eu preciso, sem pedir.

Ao meu pai por ser a força motriz da nossa família e em particular, do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao meu marido e filhos pela paciência, tolerância e AMOR.

À Professora Doutora Isabel Quelhas, pela orientação, exigência e ajuda ao longo de todo este percurso.

Às minhas colegas de curso, que me deram apoio e foram ouvidos para os meus desabafos.

Às minhas tutoras de estágio, pela disponibilidade, empatia e partilha de conhecimentos.

A todos que contribuíram para que este percurso fosse possível.

O meu muito obrigada!

Lista de Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
CCD - Cuidados Centrados no Desenvolvimento
CPTAS - *Canadian Triage and Acuity Scale*
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção-Geral da Saúde
EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*
EN - Escala Numérica
EVA - Escala Visual Analógica
EEC - Especialista em Enfermagem Comunitária
EER - Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EESIP - Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EESMO - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ELI - Equipa Local de Intervenção
FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*
FLACC-R - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised*
IDG - Indicadores de Desempenho Global
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNSE – Programa Nacional de saúde Escolar
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
PSI – Plano de Saúde Individual
NSE – Necessidades de Saúde Especiais
NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*
NSRAS - *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*
RN -Recém-Nascido
RNPT - Recém-Nascido Pré-Termo

SASU – Serviço de Atendimento a Situação Urgentes

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TAP – Triângulo de avaliação pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UF – Unidade funcional

UP – Úlcera por pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. Introdução	15
2. Competências previamente desenvolvidas	17
3. Contextualização do Estágio final	23
4. Competências desenvolvidas em Estágio	27
4.1 Domínio da Gestão	28
4.2 Domínio da Investigação	33
4.3 Domínio da Formação	38
4.4 Domínio da Prestação de Cuidados	43
5. Implicações para a prática	75
6. Conclusão	79
7. Referências bibliográficas	81
Apêndices.....	91
Apêndice I: A literacia em saúde dos pais/cuidadores e o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura	93
Apêndice II: A literacia em saúde dos pais/cuidadores e o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica: Poster Científico.....	105
Apêndice III: Material Produzido para a realização de Ação de Formação a Pares - Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia.....	109
Apêndice IV: Material produzido para a Sessão de Educação para a saúde: “Dentes Saudáveis”	139

1. Introdução

Este documento constitui-se como um relatório de estágio desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Porto. A obtenção do grau de mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela UCP, pressupõe a concretização dos seguintes objetivos gerais:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de ESIP, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura, incluindo no domínio da investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de ESIP;
- Demonstrar 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 sem ambiguidades;
- Desenvolver competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

No sentido de desenvolver as competências preconizadas, foram delineados objetivos, alguns transversais aos diferentes contextos do estágio, outros mais específicos de cada um deles. O conteúdo deste documento pretende demonstrar as atividades desenvolvidas para alcançar cada um deles. Apesar de incluir uma componente descritiva, este relatório assenta,

essencialmente, numa abordagem crítico-reflexiva da prática de enfermagem, vivenciada nos contextos de estágio.

De uma forma geral, este documento pretende:

- Descrever o meu percurso de desenvolvimento de competências;
- Demonstrar o pensamento crítico-reflexivo desenvolvido nesta unidade curricular;
- Evidenciar as aquisições realizadas nos diferentes domínios de competências;
- Constituir-se como um elemento complementar da avaliação desta unidade curricular.

Este documento organiza-se em sete capítulos. O primeiro capítulo referente à introdução, pretende elucidar sobre o enquadramento do documento no plano formativo do curso e na unidade curricular, e organização do trabalho. De seguida, apresento um capítulo sobre as competências previamente desenvolvidas. Estas relacionam-se com os contributos providenciados pelo 1º ano do curso de mestrado e pelas aquisições conseguidas ao longo do meu percurso profissional, na área pediátrica. O terceiro capítulo faz uma contextualização do estágio final, onde se identifica a carga horária de cada contexto de estágio, e é apresentada uma breve descrição dos mesmos e a justificação da sua escolha. O capítulo seguinte, o quarto, organiza as competências desenvolvidas em quatro domínios: Gestão, Investigação, Formação e Prestação de Cuidados, que se interligam com os objetivos formulados e as respetivas atividades desenvolvidas com vista à sua consecução. Este capítulo pretende descrever as competências desenvolvidas, expondo a análise crítico-reflexiva que emergiu dos diferentes contextos de estágio. Na parte final do relatório, incluo o quinto capítulo, onde identifico as implicações deste percurso de desenvolvimento de competências, para a minha prática de enfermagem, seguindo-se a conclusão, que ocupa o sexto capítulo e onde faço uma análise concisa do relatório em si. Por último, apresento as referências bibliográficas (de acordo com a norma da *American Psychological Association*, 7ª edição), e incluo em apêndices, os documentos elaborados ao longo desta unidade curricular e que pretendem ser um auxílio à melhor compreensão de algumas atividades desenvolvidas.

2. Competências previamente desenvolvidas

A minha atividade profissional na área pediátrica teve início em 2015. Numa fase inicial, exerci funções no serviço de técnicas de gastroenterologia pediátrica. Aqui para além de adquirir conhecimento teórico e técnico nos procedimentos de gastroenterologia, estive envolvida na gestão do serviço. Este serviço, apesar de parte integrante do serviço de pediatria, conta com o enfermeiro lá alocado, para gerir toda a sua parte operativa: gestão de materiais e equipamentos, verificação de validade de materiais e fármacos, reposição de fármacos, ativação de equipa de manutenção, entre outros. De forma regular exercia ainda, funções de enfermeira de anestesia, tendo por isso desenvolvido experiência nessa área de assistência. Posteriormente, foi-me dada a oportunidade de exercer funções no internamento da pediatria médica, onde atualmente me mantenho. Este serviço exige um perfil multifacetado, polivalente e flexível. Existem três razões para isso: o intervalo de idades das crianças assistidas vai desde o neonato até aos 17 anos e 364 dias; são múltiplas as situações de doença e condições de saúde, que levam os utentes a serem internados nesse serviço; é grande a complexidade de cuidados prestados, uma vez que o serviço recebe doentes, vindos de um Serviço de Urgência Polivalente com Centro de Trauma, dos Cuidados Intensivos Pediátricos (de um hospital que é centro de referência em *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* - ECMO) e da Unidade de Neonatologia, que por sua vez assiste recém-nascidos prematuros e grandes prematuros, bem como pós-operatórios de cirurgia cardiotorácica pediátrica. Considero que estes aspetos, contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da prestação de cuidados, relacionados com **a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**. Para efeitos de escrita e leitura mais simplificada, irei optar pelos termos “criança/jovem” e “família”, sendo que este conceito de família pode ser referente aos pais, familiares, pessoa significativa ou cuidador informal.

Torna-se uma exigência absoluta para o enfermeiro EESIP, a prestação de cuidados centrados na criança/jovem e na família (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Este conceito coloca o ônus na parceria, dignidade e respeito, partilha de informação e colaboração com o

utente e a família (Barbieri-Figueiredo, 2015). Um dos modelos adotados pela pediatria e que se inclui nos Cuidados Centrados na Família, é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. A minha prática orienta-se por esse modelo e nessa perspetiva, estímulo a participação dos pais, capacitando-os para a prestação de cuidados aos seus filhos, desde os mais simples aos mais complexos. Procuo que esta dinâmica respeite a vontade e o tempo de adaptação dos pais. Contribuo para que os pais reconheçam, que podem ser as pessoas, que melhor cuidam dos seus filhos. Valorizo o conhecimento que os pais têm sobre o seu filho, procedo à negociação de cuidados, à partilha de informação e a tomada de decisão partilhada, com vista à prestação do melhor cuidado à criança/jovem. Acrescento, que reconheço a importância da presença dos pais no acompanhamento aos seus filhos durante o internamento, promovendo estratégias facilitadoras desta adaptação. O internamento de um filho causa dor e sofrimento. Desta forma, será compreensível que os pais possam sentir uma crise de identidade parental, com dúvidas face ao que podem fazer enquanto pais ou em relação àquilo que é esperado que façam. Assim, cabe aos enfermeiros fornecer apoio, para que os pais consigam gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este trabalho desenvolvido em torno da criança/jovem e família, exige **a abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.**

A parentalidade é um foco de enfermagem muito específico da área pediátrica. Pela assistência a recém-nascidos e lactentes, esta vertente é muito desenvolvida na minha prática. Também a ocorrência de situações de doença complexa permanente, exige muito investimento no suporte ao papel parental.

No processo de capacitação parental nos cuidados à criança, uma das intervenções a desenvolver diz respeito aos ensinamentos aos pais/cuidadores, pelo que é habitual a **comunicação de informação complexa que emerge tanto da prática como da formação académica e investigação.**

Relativamente à comunicação, quando adequada, permite mais facilmente identificar as necessidades da criança/jovem e família. Por um lado, temos a comunicação com a criança/jovem e por outro a comunicação com a família. Uma pode influenciar a outra. Numa fase inicial, procuro perceber as suas dúvidas e fornecer informações importantes para a

integração no serviço e adaptação ao internamento. Numa fase posterior, de forma empática e disponível, explico procedimentos, cuidados de enfermagem e identifico necessidades de suporte ao papel parental. No que toca à comunicação com criança, esta implica reconhecer as necessidades de um recém-nascido ou lactente quando choram, ter atenção à comunicação não verbal e adaptar o discurso e a informação a transmitir, à fase de desenvolvimento da criança/jovem. Por exemplo, numa criança em fase pré-escolar, para conseguir a sua colaboração pode ser necessário brincar, contar histórias ou integrar o seu brinquedo de referência, na interação. Já no adolescente, temos de nos preocupar em mostrar reconhecimento pelas suas capacidades e valorizar as suas opiniões, sem fazer juízos de valor. Considero que ao longo da prática profissional, pude desenvolver **técnicas de comunicação com a criança/jovem e família, demonstrando sempre respeito pela suas crenças e cultura.**

O contexto de prática assistencial onde me encontro abrange o doente agudo, crónico e doente crónico complexo, ao cuidado das múltiplas especialidades pediátricas: gastroenterologia, metabólicas, reumatologia, endocrinologia, neurologia, infecciosas, pneumologia, cardiologia, oncologia. Também o doente cirúrgico faz parte deste serviço, especialmente do foro de neurocirurgia, otorrinolaringologia e oftalmologia. Outrora, o doente ortopédico foi também parte integrante deste serviço. Na colaboração com os diferentes médicos especialistas, cirurgiões, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, nutricionista, assistente social, educadores, administrativos, farmacêuticos e a equipa de assistentes operacionais (que colaboram na prestação de cuidados), demonstro **capacidade de trabalhar adequadamente em equipa, tanto ao nível multidisciplinar como interdisciplinar.**

O papel do enfermeiro pressupõe a avaliação das necessidades da criança/jovem e família, delineamento de intervenções adequadas aos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, implementação e avaliação do plano de cuidados elaborado (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A diversidade das necessidades de saúde das crianças/jovens e família, exige uma individualização significativa do plano de cuidados, definição de prioridades, negociação dos cuidados, suporte individualizado, adaptação de procedimentos e gestão de vagas. Concretamente, ao nível da gestão de vagas, devemos considerar o diagnóstico clínico, a necessidade de medidas de isolamento, a faixa etária, as especificidades de

cuidados de enfermagem, bem como características e comportamentos da própria criança/jovem e família, atendendo aos fatores protetores e stressores das suas vivências (Ordem do Enfermeiro, 2011). Ativamente participo nas tomadas de decisão neste âmbito.

Todas as intervenções supracitadas são suportadas por funções relacionadas com a gestão de cuidados, a qual faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Ainda neste domínio, executo frequentemente as seguintes atividades: pedidos de material e fármacos, orientação das intervenções prestadas pelos assistentes operacionais a cada doente, coordenação de cuidados com outros profissionais, coordenação com os serviços de exames complementares de diagnóstico e pontualmente, papel de responsável de turno. Estas atividades permitem **gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização**.

Numa outra vertente do domínio da gestão, frequentemente exerço **funções de supervisão do exercício profissional na área de especialização**, orientando estudantes do curso de licenciatura, que se encontram a realizar os seus ensinamentos clínicos. Aqui procuro disponibilizar oportunidades de aprendizagem técnica e teórica, forneço suporte à prática e demonstro disponibilidade para a análise dos cuidados desenvolvidos, promovendo um pensamento crítico-reflexivo. Também a renovação da equipa é frequente, pelo que colaboro na integração de novos colegas. Procuro mostrar-me disponível e apoiar os colegas, procurando identificar as áreas onde demonstram maior “fragilidade”. Disponibilizo apoio em situações complexas, quer sejam do ponto de vista técnico, teórico ou emocional. Com estas atividades pretendo promover o **desenvolvimento profissional dos colegas e estudantes de enfermagem e zelar pela qualidade dos cuidados prestados na assistência pediátrica**.

Nos últimos anos, a investigação começou a ocupar um maior espaço no meu percurso profissional. Regularmente participo numa reunião organizada por um grupo de trabalho, onde a equipa de enfermagem na qual me incluo, procura responder, com base no conhecimento científico atual, a problemáticas identificadas na prática. É levantada uma questão ou tema, é realizada a análise de conhecimento publicado e partilhadas as conclusões evidenciadas. Este trabalho tem em vista a criação de protocolos no serviço, que permitam uma maior qualidade dos cuidados. Reconheço assim, as **implicações da investigação na**

prática baseada na evidência e incorporo na prática os resultados da investigação válidos e relevantes na área da pediatria.

Ainda no contexto da investigação, faço parte de um grupo de trabalho, o qual se encontra a realizar um ensaio clínico randomizado nesta área. Esta iniciativa exigiu ao grupo, um desenvolvimento de competências na área da investigação quantitativa. Para rigor do estudo, os elementos do grupo não podem ser os únicos a levar a cabo a investigação, pelo que necessitamos da colaboração de outros colegas. Desta forma, procuramos incentivar e motivar a equipa para a sua colaboração, **participando e promovendo a investigação em serviço.**

A formação é algo fundamental para o desenvolvimento profissional. Nesta área procedo à procura de conhecimento científico atual, quer pela realização de pesquisa bibliográfica, quer por meio de ações de formações disponibilizadas pelo departamento de formação da unidade hospitalar onde exerço funções. As atividades descritas anteriormente e a integração num grupo de investigação, contribuem **para manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

O resultado de todas as experiências referidas neste documento, potencia **a tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e responsabilidade sociais e éticas.** Consequentemente, por demonstrar competências nos diferentes domínios, ainda que parcialmente, foi-me creditado o estágio “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, que integra o 1º ano do plano formativo do curso.

Reportando-me ainda ao desenvolvimento pessoal e profissional, que culminou no ingresso neste curso de mestrado, importa fazer referência à componente de carácter teórico deste percurso formativo e que antecedeu a unidade curricular “Estágio final e Relatório”.

O primeiro semestre do 1º ano providenciou-nos conhecimento diversos sobre disciplinas que suportam a prática de enfermagem: Teorias de Enfermagem, Dinâmicas Familiares, Supervisão Clínica, Gestão de Serviços de Enfermagem, Direito da Saúde e Ética de Enfermagem. Também as unidades curriculares relacionadas com a investigação, forneceram ferramentas fundamentais para a sustentação da prática baseada na evidência

científica. No 2º semestre, a formação direcionou-se para a especialização em saúde infantil e pediátrica, integrando disciplinas que abordam a assistência à criança/jovem e família, nos cuidados de saúde primários e no contexto hospitalar. Como resultado, foi-me proporcionada formação em áreas como: a promoção da saúde, o desenvolvimento infantil, a vigilância e deteção de alterações no desenvolvimento, os direitos e a proteção criança/jovem, os recursos de suporte à criança/jovem e família, a assistência à criança/jovem e família nos diferentes contextos hospitalares, o apoio à parentalidade, a psicologia do desenvolvimento, o conhecimento das principais patologias pediátricas, entre outros.

Todos as unidades curriculares enunciadas, foram um contributo e um suporte teórico que seguramente, conduziram à conclusão com aproveitamento, do estágio final. Efetivamente, é esta aquisição e aprofundamento de competências, que pretendo espelhar neste relatório.

3. Contextualização do Estágio final

Com vista a aquisição das competências necessárias para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), o plano de estudos deste curso de mestrado inclui a unidade curricular “Estágio Final e Relatório”. Esta unidade curricular contempla 840 horas, onde se incluem 360 horas de contacto, 20 horas destinadas a seminários, 20 horas reservadas a orientação tutorial e 440 horas direccionadas para o trabalho autónomo (sendo pelo menos 200 horas destinadas à elaboração do relatório final). A componente de estágio compreendeu três contextos da prática: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP).

Relativamente ao contexto de CSP, este decorreu entre 4 de setembro e 24 de novembro de 2023 e dividiu-se entre as vertentes de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Familiar (USF), do mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

A referida UCC abrange 8 freguesias e quase 37000 utentes. A missão desta unidade funcional está em estreita ligação com a missão do ACES e pretende prestar cuidados de saúde domiciliários e comunitários, mediante as necessidades identificadas nos utentes abrangidos pela mesma. Assim, organiza os serviços mediante as necessidades da população, assegura a continuidade dos cuidados e articula-se com as diferentes unidades funcionais do ACES (Decreto-Lei n.º 137/2013, 2013). A equipa de enfermagem é composta por 13 elementos, dos quais 4 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), 2 enfermeiros Especialistas em Enfermagem Materna e Obstétrica (EESMO), 3 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER), 1 enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM), 1 enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEC) e 3 enfermeiros generalistas. Estes elementos trabalham em equipa, articulando-se para atingir os objetivos contratualizadas para esta unidade funcional.

A USF pretende providenciar cuidados personalizados aos seus utentes, ao longo do ciclo de vida, pautando-se pela acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023). Existem dias específicos para as consultas de saúde infantil. Nessas consultas, verifica-se uma estreita colaboração entre o enfermeiro de família e o médico de família, na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil saudável, visando a aplicação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

O segundo contexto de estágio decorreu entre 27 de novembro de 2023 a 27 de janeiro de 2024, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Esta unidade assiste recém-nascidos, desde as 23 semanas de prematuridade até ao período neonatal, com diferentes tipos de patologias e condições. Por ser considerado um Centro de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado, esta unidade presta assistência ao recém-nascido cujo parto ocorre na instituição, como também a recém-nascidos transferidos de vários hospitais do norte do país. Fisicamente este serviço é composto por 10 unidades de cuidados intensivos e 7 unidades de cuidados intermédios. Para melhor aproveitamento das oportunidades de aprendizagem no nível de cuidados mais complexos, apenas realizei turnos na área intensiva. As unidades são individuais e fechadas, com grande visibilidade para o seu interior e estão equipadas de forma a proporcionar a assistência intensiva ao recém-nascido. O facto de serem unidades fechadas permite um melhor controlo do ruído e exposição à luz. Uma delas, está equipada de forma a acolher gémeos, e duas são unidades de isolamento com antecâmara, para a colocação e eliminação do equipamento de proteção individual. Em cada unidade (à exceção dos isolamentos), foi também incluído um espaço para os pais, de forma a possibilitar o melhor descanso e o acompanhamento dos filhos, em especial durante o período noturno. O serviço contempla uma entrada específica para os pais de forma a procederem à remoção de adereços, colocação dos pertences pessoais em cacifos, colação de equipamento de proteção e higienização das mãos. Existem ainda instalações sanitárias e uma copa para os pais. A equipa de enfermagem é constituída por 47 elementos, dos quais, 17 são enfermeiros ESIP (incluindo a Enf.º Chefe).

Por último, tive a oportunidade de estagiar num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), no período entre 29 de janeiro e 18 de março de 2024. Este serviço é classificado como Serviço de Urgência Polivalente com Trauma e pressupõe a assistência a crianças, independentemente do tipo de doença, ou a vítimas de trauma (Despacho n.º 10319/2014,

2014). Este encontra-se em funcionamento 24h/dia e considerando o ano de 2023, pode-se constatar que assistiu cerca de 220 utentes por dia, totalizando cerca de 80 000 admissões. Atendendo a que recentemente, este serviço sofreu uma remodelação e expansão, possivelmente estes números serão maiores em 2024.

O SUP é composto por várias áreas funcionais. Existem dois postos de triagem e diversas salas de espera após triagem, para onde os utentes são encaminhados mediante a prioridade atribuída, sintomatologia, sinais de gravidade e especialidade. Para além das salas de espera, existem duas “áreas médicas”, onde os utentes são encaminhados mediante prioridade atribuída, idade, sintomatologia, evolução dos sintomas, sinais de gravidade e necessidade de aguardar em cadeirão ou em maca. Estas áreas permitem maior vigilância e são locais, onde se prevê que os utentes possam necessitar de procedimentos de enfermagem como nebulizações, oxigenioterapia, aspiração de secreções, colheitas de espécimes, administração de medicação, entre outros. Os utentes do foro ortopédico e cirúrgico, são encaminhados para uma sala de espera específica, próxima aos gabinetes destas especialidades. No entanto, utentes ortopédicos que necessitem de maca, que aguardem cirurgia ortopédica ou transferência para outro hospital, têm ainda, uma segunda sala de espera onde podem ser alocados. Existe também um gabinete de enfermagem, onde são realizados os procedimentos necessários aos utentes, das diferentes salas de espera. O SUP é ainda composto, pela área OBS com 9 camas, local onde se espera que os utentes permaneçam em observação por um período superior a 24h. Por último existe uma sala de emergência, com capacidade de responder a dois utentes em simultâneo. No que toca à equipa, esta é constituída por 55 elementos, dos quais 14 enfermeiros são EESIP (para além da Enf.^a Chefe). No turno da manhã e noite, o número de enfermeiros em funções são 10, para além do Enf.^a Chefe. No período da tarde, a equipa está reforçada com mais um elemento.

Para cada um destes contextos de estágio, foram elaborados objetivos específicos, com vista a responder ao projeto de estágio previamente realizado e aprovado. Este projeto, teve como intuito nortear as atividades a desenvolver para atingir esses mesmo objetivos. O contacto inicial com os contextos de estágio e a realização dos primeiros turnos, exigiram a adequação dos objetivos. Concretamente, no contexto de CSP, onde pretendia conhecer de forma prática o funcionamento da Equipa Local de Intervenção (ELI), este objetivo não pode ser cumprido, uma vez que não tive autorização para tal.

4. Competências desenvolvidas em Estágio

Reconhece-se atualmente, que criança não é um adulto em miniatura. Esta percepção não só inclui diferenças físicas, fisiológicas e de maturação, mas abrange toda uma diferença no cuidar, na comunicação, na compreensão de comportamentos, na vigilância e na educação para a saúde, destacando-se particularmente, o papel da família. Se no adulto o papel da família tem uma importância relevante, é na criança que este atinge o seu expoente máximo. De facto, não é possível cuidar de uma criança, sem manter o foco no binómio criança/jovem e família. Também o desenvolvimento da criança/jovem por estádios, requer refinamento na abordagem da criança/família e conhecimentos fundamentados.

O EESIP é aquele que intervém no ciclo de vida da pessoa, desde o nascimento até aos 18 anos. Nalguns casos, como doença crónica, incapacidade ou deficiência, a idade de assistência pelo EESIP pode ser prolongada até aos 21 ou 25 anos de idade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O papel do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica passa por estabelecer uma relação terapêutica com a criança e sua família, agir em defesa da família, incluir na sua prática a promoção da saúde e prevenção da doença, educar para a saúde e atender às necessidades emocionais através do suporte e aconselhamento. Reforçando ainda o cuidado holístico, deve colaborar e coordenar os seus cuidados com as intervenções de outros profissionais. Por último, não pode descurar a tomada de decisão, com base nos valores éticos. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma, considero que só o aprofundamento da enfermagem ao nível formação especializada, permite consolidar o conhecimento previamente adquirido pela prática e adquirir as melhores ferramentas para a “(...) prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

Este capítulo apresenta as competências desenvolvidas, organizadas em quatro domínios: Gestão, Investigação, Formação e Prestação de Cuidados, que se interligam com os objetivos formulados e as respetivas atividades desenvolvidas com vista à sua consecução.

4.1 Domínio da Gestão

A gestão pode ser entendida como o processo de coordenação dos elementos de uma instituição, com vista a atingir os objetivos delineados. As atividades de: planeamento, organização, direção e controlo dos recursos organizacionais, procuram concretizar esse processo com eficácia e a eficiência (Mações, 2018). Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” bem como “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Tal pressupõe, que o enfermeiro especialista colabore na tomada de decisão, contribua para a segurança e qualidade das tarefas delegadas e otimize o trabalho em equipa, em consonância com as necessidades de cuidados e os recursos disponíveis, adaptando o seu estilo de liderança à equipa e indivíduos para melhores respostas e resultados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Apesar da qualidade em saúde ser uma tarefa multiprofissional, o enfermeiro especialista adota uma posição central no processo de gestão dos diferentes recursos, sejam físicos, materiais ou humanos. O seu foco deverá ser a qualidade da prestação de cuidados e por isso esta função de gestão estende-se à organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Competências:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais;
- Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

Objetivos:

- Aprofundar conhecimento sobre o papel do EESIP na gestão dos cuidados e dos recursos (humanos, físicos e materiais);
- Conhecer as estratégias de gestão dos cuidados e dos recursos, nos diferentes contextos.

Reflexão Crítica:

O papel de gestão do enfermeiro EESIP foi notório em cada contexto da prática. Pude **observar diferentes estratégias de gestão**, nos diferentes contextos. É um enfermeiro especialista que ocupa o cargo de coordenador nos CSP (particularmente na UCC) e o lugar de enfermeiro gestor nos serviços hospitalares. Pude observar que estes focam-se na orientação da equipa face aos objetivos e diretivas do serviço e instituição, gestão de recursos humanos e gestão de conflitos. Nos serviços hospitalares **pude identificar a figura do enfermeiro especialista que disponibiliza assessoria, ao enfermeiro gestor e à equipa**. Nele são delegadas tarefas relacionadas com a gestão do serviço e uma vez que está mais próximo da equipa, também colabora nas tomadas de decisão da mesma.

Paralelamente, existe a função de enfermeiro responsável do turno, cumulativa com a função de prestação de cuidados, também atribuída ao enfermeiro EESIP. Neste contexto, uma vez que as minhas tutoras frequentemente assumiam a função “responsável de turno”, **pude constatar o trabalho desenvolvido no apoio à prestação de cuidados, distribuição equilibrada dos elementos pelas áreas de assistência, atribuição de doentes a cada enfermeiro (atendendo à sua complexidade) e participação nas tomadas de decisões complexas**. Efetivamente, é competência do enfermeiro especialista otimizar “o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Relacionado com o conceito anterior, em contexto do SUP, deparei-me com o papel de “elemento de coordenação” e que pressupõe isso mesmo: a coordenação do pessoal e cuidados de enfermagem nas diferentes áreas funcionais do serviço. Este elemento contribui para a agregação da equipa, colabora na prestação de cuidados quando necessário, gere vagas e zela pelo bom funcionamento das diferentes áreas. Tive a oportunidade de colaborar com este elemento, **participando na prestação de cuidados em OBS devido a ausência de um colega, na gestão de material, gestão de vagas e verificação da sala de emergência**.

Faz parte da competência do enfermeiro, colaborar no processo de formação de estudantes de enfermagem bem como, coordenar e supervisionar a integração de novos profissionais (Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019). Mesmo um profissional experiente, quando num novo contexto da prática, apresenta necessidade de um acompanhamento para adquirir experiência e conhecimento nessa área. Segundo Benner, um profissional pode apresentar diferentes níveis de habilidade nos diferentes contextos da prática, mediante a sua a experiência e conhecimento (Benner, 1984). Neste contexto, o enfermeiro *perito* deve acompanhar o enfermeiro *principliante* no seu percurso até *competente*, constituindo-se como *enfermeiro de referência* (Nunes, Lucília, 2010). Neste âmbito, contribuí juntamente com a minha tutora para a **integração de uma colega no início de funções no serviço.**

Foi possível reconhecer o estilo de supervisão frequentemente adotado pelos enfermeiros com quem contactei - o “não diretivo”. Segundo Gickman, (como citado em Severino, 2004, p. 40), este estilo de supervisão coloca o supervisor como um facilitador e promotor do desenvolvimento do supervisionado. O supervisor, encoraja, escuta os problemas, clarifica ponto de vista a e ajuda-o o supervisionado nas tomadas de decisão, contudo este é o responsável pelo seu percurso de desenvolvimento (Severino, 2004). Considero que este estilo de supervisão facilitou o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo sobre a prática, fundamental para a tomada de decisão, valorização da pessoa e a segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 366/2018, 2018).

Considerando necessário referir-me ao modelo de liderança. O modelo de liderança democrática foi transversal aos três contextos de estágio, contemplando a participação dos elementos da equipa, nas tomadas de decisão e delegação de poderes e tarefas (Mações, 2018). De forma mais concreta, na UCC realço as reuniões semanais em que o debate e participação é promovido, de forma a organizar a equipa e resolver questões ou problemas. A envolvimento e motivação dos elementos na equipa é tão relevante, que pode ser também compreendida como uma liderança transformacional. Existe uma preocupação em aprofundar a relação com os elementos da equipa, partilhar ideias, visões e valores, procurando o seu desenvolvimento e motivando-os a atingir os objetivos delineados (Mações, 2018).

Já especificamente na sala de emergência, a liderança situacional será a que mais adotada. Existe uma adequação do tipo de liderança face à situação, ora permitindo maior autonomia ao liderado ou maior da intervenção do líder, consoante as características do liderado e a sua

maturidade profissional (conhecimento, técnica e motivação) (D. Silva et al., 2014). Esta constatação vai de encontro a este papel de acompanhamento do enfermeiro “principliante” pelo enfermeiro “perito”, bem como à prática da supervisão clínica, nitidamente observável no SUP.

Remetendo novamente para contexto dos cuidados de saúde primários, tive a oportunidade de contactar com outra vertente da gestão. O trabalho dos enfermeiros na comunidade, segue um Plano de Ação, proveniente da contratualização interna entre o ACES e as Unidades Funcionais (UF), que por sua vez, parte de um processo de contratualização externa entre ARS e ACES. A avaliação dos resultados é realizada através de Índices de Desempenho Global (IDG) (ACSS, 2023). Pude **colaborar na leitura desses índices**, que de forma regular são analisados pelo coordenador da unidade, no sentido de desenvolver estratégias para os melhorar. Por outro lado, pude também perceber que estes apresentam limitações e podem influenciar negativamente a avaliação dos enfermeiros. Por exemplo, um dos indicadores aplicados diz respeito à amamentação exclusiva até aos 6 meses, este indicador mostra-se redutor e até enviesado, uma vez que não são apenas os enfermeiros que contribuem para tal, mas também os médicos.

É de realçar que na área pediátrica, a gestão de vagas, a mediação de conflitos, o reconhecimento de necessidades e a organização dos cuidados, devem atender às especificidades das faixas etárias e ao binómio criança/jovem-família. Contudo, na prática, foi possível verificar que a gestão de vagas por idades, o ajuste da comunicação face ao estágio de desenvolvimento da criança, a negociação de cuidados com os pais e o apoio à parentalidade, podem ser prejudicados pela insuficiência de recursos, como por exemplo vagas disponíveis e número de elementos de enfermagem insuficientes para as necessidades, bem como, a emergência em executar as intervenções de enfermagem. Relativamente, ao número de enfermeiros ajustados às necessidades, o Conselho Internacional de Enfermeiros reconhece a definição proposta pela Federação Americana de Professores, que determina que dotação segura significa que “está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p. 5–6). Na UCIN verifiquei que se mantinham os rácios recomendados em cada turno. No SUP, era claro que mediante a gravidade das situações e a afluência dos utentes, os elementos

previstos eram claramente insuficientes. Esta situação verifica-se principalmente nas áreas onde os utentes permanecem mais tempo e com necessidade de cuidados, que justificam o internamento, mas que por falta de vagas, este é protelado. Neste tema, cabe ainda ao enfermeiro especialista responsável pela gestão, providenciar o reforço da equipa em caso de necessidade.

Será ainda importante reportar-me ao conceito de Qualidade em Saúde. Este conceito é definido, por Saturno P. et al., (como citado em DGS, 2013, p. 13), como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”. O Programa Nacional de Acreditação em Saúde “permite reconhecer o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados” e “é um poderoso instrumento para promover e apoiar a implementação das normas e orientações” (DGS, 2013, p. 13). A UCIN está constituída como um serviço acreditado. Assim os vários procedimentos são sustentados por normas, orientações e protocolos de ação, que preveem a qualidade dos cuidados prestados. No SUP, encontrei uma realidade diferente. Pode-se dizer que existe uma ação padronizada na equipa, mas sem protocolos documentados. Por exemplo, na sala de urgência está definido por padrão, que os elementos destacados para assistência nesta área incluem: o coordenador, um elemento da triagem (que são sempre elementos com *Expertise*) e um elemento com menos experiência. Esta prática é de conhecimento da equipa, contudo não está espelhada numa norma ou recomendação do serviço. A ausência de manuais de **procedimentos ou protocolos no serviço foi alvo de reflexão com a minha tutora**. De facto, a DGS propõe a normalização de procedimentos para reduzir a variabilidade da prática clínica, salientando a utilização de ferramentas como protocolos, procedimentos, guias da prática clínica, entre outros, baseados na evidência científica. (Departamento da Qualidade na Saúde, 2023). Há luz do que se passa noutros serviço da mesma instituição, esta será uma área suscetível de melhoria.

Um outro assunto relevante neste domínio será a organização de cuidados e métodos de trabalho. A OE recomenda “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 18). Quanto ao método de trabalho, procurei seguir o método de trabalho adotado pela equipa. **Pude experimentar diferentes métodos de trabalho**. Na UCC, dependendo das atividades e intervenções, o método de trabalho pode ser individual, por exemplo no apoio à

amamentação, ou o método de trabalho em equipa, por exemplo nas intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde escolar. Já na UCIN, num contexto assistencial completamente diferente, é utilizado o método individual. Este método permite a abordagem total ao utente em que o enfermeiro procura responder a todas as suas necessidades . Por outro lado, no SUP de uma forma geral é utilizado o método de trabalho em equipa. Contudo destacam-se duas áreas onde prevalecem outros métodos de trabalho: na sala de emergência, onde é privilegiado o método individual e em OBS, onde os cuidados se orientavam pelo método funcional. Este último método foi mais desafiante para mim, pois na minha prática profissional, não o utilizo. Apesar de permitir uma maior rapidez no atendimento é também o mais propício à ocorrência de eventos adversos. (Ventura-Silva et al., 2021).

Penso que adquirir competência no domínio da gestão, não só pelas intervenções que desenvolvi, mas principalmente pela prática reflexiva que fiz sobre o papel do enfermeiro EESIP nesta área.

4.2 Domínio da Investigação

A Enfermagem, para além de profissão, constitui-se como disciplina científica. A necessidade de acompanhar os avanços científicos e tecnológicos favorece a procura de maior formação e mais conhecimento. Só a produção de conhecimento científico permite a evolução da disciplina de enfermagem e o avanço da profissão. A Ordem dos Enfermeiros considera que a “Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1).

A investigação é fundamental se pretendermos prestar cuidados de qualidade. É a transferência do conhecimento para a ação, juntamente com as competências, valores e preferências do doente, que permite a melhoria dos cuidados, a redução da variação na prestação de cuidados e ganhos em saúde (Mendes et al., 2008; Torres, 2019).

A tomada de decisão e as intervenções assentes em conhecimento válido, atual e pertinente, está prevista nas competências do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Desta forma, o enfermeiro deve procurar a atualização contínua dos seus conhecimentos para cumprir o dever de procura da excelência no exercício profissional, como previsto no seu Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, a investigação torna-se parte integrante do “ser enfermeiro” e assume-se como um domínio de competências a ser desenvolvido pelo enfermeiro especialista.

Competências:

- 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:

- Desenvolver competências na área da investigação;
- Fundamentar a prática na evidência científica;
- Contribuir para a disseminação do conhecimento científico atual.

Reflexão crítica:

Ao longo do estágio procurei sustentar a minha prática no conhecimento científico mais atual. Para isso procedi a consulta de normas, protocolos e pesquisa bibliográfica nas bases

de dados científicas. Esta procura também criou a necessidade de **refletir sobre a prática** com a equipa enfermagem.

Em particular, as múltiplas experiências da triagem contribuíram para questionar se a literacia em saúde dos pais/cuidadores teria algum impacto no recurso ao SUP. Após discussão deste assunto com alguns elementos da equipa, decidi partir para uma **revisão integrativa da literatura**, considerando ser um dos caminhos que melhor poderia responder à questão: “Qual a literacia dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrico?”. A revisão integrativa da literatura é um método utilizado na prática baseada na evidência, que alia o rigor metodológico à obtenção de informação ampla sobre um assunto. (Sousa et al., 2017). A pretensão desta iniciativa seria detetar áreas de conhecimento deficitário, suscetíveis à intervenção do enfermeiro, contribuindo **com este conhecimento científico para a prática de enfermagem**.

Deste estudo conclui-se que a literacia em saúde dos pais pode influenciar o recurso ao SUP. Identificaram-se duas áreas suscetíveis de maior conhecimento dos pais: a gestão da febre e a gestão medicamentosa. A ansiedade sentida pelos pais relativamente aos sinais de doença, pode condicionar a perceção da gravidade do estado dos seus filhos e favorecer a procura de assistência médica precoce. Também as considerações erradas sobre a febre e o medo desta, contribuem para um recurso injustificado ao SUP. Neste contexto, frequentemente os pais privilegiam os valores de temperatura, em vez do conforto da criança, para a tomada de decisão sobre a administração de antipiréticos. Com alguma frequência, apresentam comportamentos errados no que concerne à escolha do local de avaliação da temperatura, à alternância de diferentes antipiréticos e incumprimento pelos intervalos recomendados para a sua administração. Ainda relacionado com a terapêutica, existem conceções erradas sobre a ação dos antibióticos. É assumido com regularidade que estes atuam sobre as infeções víricas e que após a reversão do quadro de febre, é desnecessário manter a antibioterapia. Esta revisão de literatura é apresentada com mais detalhe, sobre a forma de **artigo científico**, no Apêndice I.

No sentido de contribuir para a **disseminação do conhecimento**, tive a oportunidade de apresentar a referida revisão de literatura sob a forma de *poster* no VII Fórum de Enfermagem das Especialidades da Escola de Enfermagem da Universidade Católica no Porto, assente no tema “Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”

(Apêndice II). Este evento realizado anualmente, contou com a apresentação de trabalhos de investigação desenvolvidos pelos estudantes de mestrado em enfermagem, nas diferentes áreas especialização de Enfermagem: Saúde Infantil e Pediátrica; Comunitária (na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública); Médico-Cirúrgica (na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica).

De entre outras áreas alvo da minha reflexão, e que implicaram uma pesquisa bibliográfica mais aprofundada, destaco a atenção dada à área da parentalidade aquando do estágio em CSP. As experiências na área da saúde escolar, fizeram-me refletir com a equipa de saúde infantil sobre a **intervenção do enfermeiro EESIP na promoção da parentalidade**. A parentalidade implica “desenvolver comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças” (ICN, 2019). A parentalidade é um mundo novo, que nos é dado a conhecer quando um filho nasce. Ela traz muitos desafios e cria necessidades que antes não existiam. A aquisição de capacidades relacionadas com a compreensão do crescimento e desenvolvimento da criança, cuidados de higiene, interação com jogo/brincadeira e competências comunicacionais, facilitam o exercício do papel parental (Hockenberry & Wilson, 2014). Na realidade, a capacidade parental vai emergindo e os recursos da comunidade podem contribuir para o seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O enfermeiro é um veículo de informação e conhecimento em saúde e por isso, tem um papel ativo na capacitação da população. Contudo, a capacitação vai além de obter informação de saúde e compreendê-la. É necessário que a pessoa consiga traduzi-la em conhecimento significativo e sentir-se competente para o usar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Assim, o desafio que se coloca ao enfermeiro EESIP é recorrer a estratégias eficazes para potenciar as capacidades da criança/jovem e família, otimizando os recursos pessoais e sociais, para que as pessoas satisfaçam as suas necessidades (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Neste contexto, elaborei um questionário para identificação de áreas suscetíveis à intervenção de enfermagem, para o desenvolvimento de um projeto promotor da capacitação parental. Foram contemplados nesse documento aspetos centrais como: o Desenvolvimento infantil; as Necessidades Fisiológicas; os Afetos e as Emoções; a Alimentação; a Comunicação; a Segurança Infantil; o Papel Parental. A escolha destes aspetos foi suportada pela perceção da equipa da saúde escolar, relativamente às áreas onde os pais demonstram mais fragilidades, bem como pela literatura, que suporta também esta indicação. Este questionário teve como finalidade conhecer, se essas áreas são efetivamente,

na opinião dos pais, sensíveis à formação pelos enfermeiros, bem como identificar quais os temas prioritários e quais os temas de maior interesse para os pais. O referido questionário foi aplicado a uma comunidade de 74 pais da Escola X, que compreende Jardim de Infância e 1º ciclo. No total obtivemos 44 respostas. O questionário foi aplicado por via online, através do “Google Forms”, por intermédio da diretora da escola em questão. Os dados recolhidos foram tratados através do “Excel sheet”. Os resultados demonstraram a necessidade de aumentar conhecimentos ao nível da promoção da autonomia da criança, reconhecimento de sinais de alarme relacionados com o desenvolvimento infantil, estratégias facilitadoras do desfralde e gestão do stress parental. Um dos maiores interesses dos pais, recaiu sobre as estratégias para lidar com as birras dos filhos. Estes resultados serviram de alavanca para o desenvolvimento de um projeto de educação parental. O tempo de estágio revelou-se curto para colaborar nessa segunda fase do projeto, mas julgo terem sido criadas as condições para a sua continuidade.

No contexto de neonatologia, pude *refletir sobre os cuidados com a pele do recém-nascido*. A imaturidade da pele do RNPT favorece a ocorrência de úlceras de pressão por dispositivos médicos (Rocha et al., 2022). Verifiquei na prática, tal como a literatura sugere, que o material hidrocolóide é utilizado na prevenção de lesão cutânea por dispositivos médicos. De facto, a aplicação de proteção hidrocolóide era mandatória aquando colocação dos *prongs* (dispositivo utilizado na ventilação não invasiva). Neste sentido, questioneei a equipa sobre a eficácia da utilização deste tipo de material como medida preventiva de lesões provocadas por outros dispositivos, como o oxímetro de pulso. Na ausência de uniformidade nas respostas, procedi à pesquisa bibliográfica sobre a temática e partilhei as conclusões com alguns elementos da equipa. Efetivamente, com o intuito de prevenir a ocorrência de úlceras de pressão por dispositivos médicos, é recomendada a utilização de material à base de silicone e hidrocolóide entre o dispositivo e a pele (Silva & Paiva, 2022). Os dados encontrados sugerem a eficácia da aplicação de proteção hidrocolóide antes da aplicação do sensor de oximetria, sem haver prejuízo da avaliação dos valores de saturação de oxigénio periférica (S. C. Rodrigues et al., 2023). A partilha deste conhecimento com a equipa permitiu considerar que esta medida pode ser útil, nas situações em que a rotação do local de avaliação da oximetria (medida habitualmente realizada) não se mostra suficientemente eficaz.

Julgo que o trabalho desenvolvido no sentido da reflexão, levantamento de necessidades e procura de respostas assentes no conhecimento científico atual, permitiu alcançar os objetivos delineados para este domínio.

4.3 Domínio da Formação

Sendo a enfermagem uma disciplina científica, e estando a área da saúde sujeita a constantes mudanças relacionadas com avanços tecnológicos e científicos, os profissionais que a exercem necessitam de procurar a atualização contínua de conhecimentos. (S. V. Rodrigues et al., 2012). A Ordem dos enfermeiros determina nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem*, que é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, o desenvolvimento profissional assente na formação contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Aliás, está contemplado no art.109º do Código Deontológico que os enfermeiros devem “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 82). Neste seguimento é fácil assumir a formação como essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Competências:

- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Promover formação em serviço na área da especialização;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares;
- Desenvolver o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Reflexão crítica:

Durante a prática profissional são múltiplos os desafios com que os enfermeiros se confrontam. O trabalho de enfermagem na comunidade, pretende responder às necessidades de saúde identificadas na população referente à área geográfica abrangente. Após reflexão com a minha tutora pude **identificar as necessidades de formação da equipa** e debruçei-me sobre um assunto, que cada vez se torna mais relevante aquela equipa: a criança com gastrostomia.

Atualmente, é imperativo promover a inclusão das crianças com necessidades especiais de saúde e educação (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Desta forma, assiste-se a uma transferência de certos cuidados que outrora eram exclusivamente prestados em meio hospitalar e/ou pelos pais, para os profissionais que diariamente trabalham com essas crianças, sejam professores, educadores, auxiliares de educação e os próprios profissionais de saúde a exercer funções na comunidade.

A equipa da UCC é composta por vários enfermeiros generalistas e especialistas. Por um lado, todos eles asseguram a assistência domiciliária aos fins-de-semana independente da sua área de especialização. Por outro, também asseguram turnos no Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU). Neste contexto, são múltiplas as situações de saúde com que contactam e por isso, entende-se que o confronto com a criança com doença crónica portadora do dispositivo de gastrostomia, é algo que faz parte desta realidade. Esta necessidade, foi debatida com a coordenadora da equipa, responsável pela formação em serviço. Fui informada que, apesar de todos os colegas terem conhecimento sobre a definição de gastrostomia, a abordagem à criança/jovem portadora deste dispositivo e sua família, necessitaria de desenvolvimento.

Assim, com o intuito de **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**, propus-me à **realização de uma ação de formação** sobre a “Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia”. Nessa formação procurei focar-me nos cuidados de enfermagem à criança com o dispositivo de gastrostomia e no impacto deste na vida da criança/jovem e família. Para a realização deste momento formativo, procedi a ***pesquisa bibliográfica*** que enquadrasse e sustentasse, o planeamento da sessão, a contextualização, pertinência do tema e também a própria apresentação. Este trabalho foi incluído numa sessão de formação em serviço e contou com todos os enfermeiros da UCC. A generalidade dos enfermeiros mostrou-se interessada e participativa.

No final da sessão, os enfermeiros preencheram um questionário para avaliação de conhecimentos. Os resultados mostraram que, no que toca à limpeza do estoma e troca da água do balão de gastrostomia, 92% respondeu corretamente. Todas as outras questões obtiveram 100% de respostas corretas.

Considerando a avaliação da sessão formativa e do formador, um outro questionário foi distribuído no final da sessão. Na generalidade, todos os aspetos de avaliação receberam a avaliação de “Muito Bom”, à exceção dos tópicos: “Meios utilizados” e Adequação de métodos”, que receberam a avaliação de “Bom”. Os colegas referiram que teria sido importante, verem e manipularem o dispositivo de gastrostomia e os extensores. Considero que uma próxima oportunidade de formação nesta área, preveja a inclusão de uma bancada prática. Todos os materiais desenvolvidos para a realização da formação a pares estão expressos no Apêndice III.

O contributo que providenciei foi além da ***exposição do conhecimento científico mais atual***. Considero que ***transmiti informação proveniente da minha formação, mas principalmente fiz a ponte de ligação com minha experiência profissional***. A assistência de enfermagem à criança com doença crónica complexa, frequentemente faz parte do meu dia-a-dia profissional. Isto permite-me transmitir exemplos práticos, o que acresce valor à exposição teórica.

Outro aspeto incluído neste domínio diz respeito ao **autodesenvolvimento pessoal e profissional**. Os constantes avanços na saúde exigem ao enfermeiro a atualização do seu

conhecimento, de forma a prestar cuidados de qualidade ajustados às necessidades dos utentes. Esta exigência inclui novos procedimentos técnicos, mudanças nas normas de procedimentos e avaliação do impacto dos cuidados de enfermagem nos utentes e suas famílias. Os avanços na saúde permitem responder a várias situações de doença complexa, contribuindo também para o surgimento de novos desafios. Assim, para além de um dever, como previamente descrito, o enfermeiro sente a necessidade de aprofundar conhecimento em várias áreas. Este desenvolvimento, pode ser alcançado de forma autónoma, através da realização de pesquisa bibliográfica ou através de formações.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, procedi a pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de conhecimento em diferentes temas, como por exemplo, saúde oral, massagem infantil, sinais de prontidão alimentar, *Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale*, entre outros.

No contexto do SUP, tive a oportunidade de **frequentar uma formação** enquadrada na área da “Gestão do Risco Clínico”. Nesta formação foi-me dado a conhecer o funcionamento do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Esta área constitui-se como um dos pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. E neste âmbito, a plataforma “Notifica” pretende responder à recomendação da OMS e da Comissão Europeia sobre o desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Atualmente, está patente que a identificação de eventos adversos contribui para a segurança do doente. Assumindo que os eventos adversos podem ocorrer durante a prestação de cuidados e sabendo-se que a maioria podem ser evitados, torna-se fundamental que estes incidentes sejam dados a conhecer, para que se possam desenvolver estratégias que futuramente os evitem (DGS, 2024). Durante o período de estágio, não tive oportunidade de efetuar ou presenciar uma notificação de eventos adversos. Contudo este assunto foi alvo de *reflexão* com a equipa. Em relação à comunicação de eventos adversos, percecionamos que na prática, poderia existir uma discrepância entre o número de eventos adversos ocorridos e o número de eventos adversos notificados, uma vez que grande parte da equipa apresentava desconhecimento sobre a utilização desta plataforma. Tive a **necessidade de realizar pesquisa bibliográfica** para aprofundamento deste tema. De fato, esta perceção vai de encontro aos dados encontrados por Lee, que demonstram que a maioria dos enfermeiros apresenta vontade de comunicar o erro à equipa

de saúde, contudo não demonstra a mesma disposição para realizar essa comunicação no sistema de notificação (Lee, 2017). Algumas das razões que podem justificar a omissão da comunicação e notificação de eventos adversos são o medo das reações da equipa de saúde, doente e família e a preocupação sobre as consequências profissionais e legais decorrentes desta informação (Brabcová et al., 2023). Apesar da comunicação de eventos adversos, ser um ponto de partida para a implementação de estratégias preventivas do erro e consequente, promoção da melhoria dos cuidados, ainda se mantém a *cultura de culpa* e uma abordagem punitiva da ocorrência do evento adverso, com foco no profissional. De realçar, que as crianças estão mais vulneráveis às consequências dos eventos adversos. Contudo, as notificações destes são inferiores do que na população adulta. (Sakuma et al., 2024).

Neste domínio da formação posso ainda incluir a participação no VII Fórum das Especialidades de Enfermagem, subordinado ao tema: “Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”. Este constituiu-se como um momento de partilha e divulgação do conhecimento científico mais atual, sobre temas que inquietaram os estudantes de Mestrado em Enfermagem com Especialização em diferentes áreas como: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Sem dúvida que este evento promoveu o desenvolvimento da prática de investigação e a difusão do conhecimento, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, pelo desenvolvimento pessoal e profissional, de quem participa e de quem assiste, a este tipo de evento científico.

Um outro momento de aprendizagem, diz respeito à presença na 3ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica, organizada pela Ala pediátrica da ULS São João. Este acontecimento incentiva a produção científica na área da Enfermagem Pediátrica e a sua disseminação pública. A edição em causa abordou entre outros assuntos, a importância da família nos cuidados à criança, educação parental, abordagem do doente crónico complexo e controlo da dor.

Considero que todos os aspetos supracitados, contribuíram para atingir os objetivos previstos para este domínio de competências.

4.4 Domínio da Prestação de Cuidados

A assistência em enfermagem é tao abrangente quanto as situações de saúde e doença que possam existir. Os avanços na área da saúde favorecem situações novas e com particularidades específicas. A Enfermagem é um saber dinâmico, onde surgem frequentemente novos desafios, que impõe a reflexão sobre a prática, a atualização de conhecimentos e a formação.

O enfermeiro EESIP compromete-se com a maximização da saúde da criança/jovem, cuidando em situações de complexidade e respondendo às necessidades de cuidados impostos pelo ciclo de vida e pelo seu desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Desta forma, só pelo desenvolvimento de competências em diferentes contextos da prática, o enfermeiro adquire aptidão para a prestação de cuidados, em parceria com a criança/jovem e família, nos múltiplos contextos onde a criança/jovem se encontram (Ordem do Enfermeiro, 2011). Desta forma, é preconizado que o enfermeiro EESIP seja capaz de transpôr o conhecimento científico atual para a prestação de cuidados, atuando numa perspetiva de enfermagem avançada. Os processos de tomada de decisão deverão contemplar uma abordagem diferenciada da criança/jovem e família, nos contextos de desenvolvimento e promoção de saúde, prevenção de doença, minimização do impacto da doença na criança/jovem e família, bem como a assistência em situações de grande complexidade de saúde. O reconhecimento pelo indissociável binómio criança/jovem família, perspetiva os Cuidados Centrados na Família e aplicação prática do Modelo de Parceria de Cuidados.

Por essa razão, pretendo que este domínio espelhe o carácter multifacetado dos cuidados do enfermeiro EESIP, o qual pretendo demonstrar como adquirido. Seria impossível, reportar-me a todas as experiências, reflexões e intervenções neste relatório, pelo que saliento aquelas que pela novidade e desafio, tiveram mais impacto no meu desenvolvimento.

Competência:

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

Objetivos:

- Compreender a organização e o funcionamento dos diferentes contextos da prática;
- Desenvolver uma relação profissional adequada com equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Reflexão Crítica:

Todos os contextos da prática têm as suas próprias características e organização. Em cada contexto procedi ao conhecimento das suas estruturas físicas e a dinâmica de trabalho entre os diferentes elementos profissionais.

No sentido de atingir este objetivo, especificamente no contexto de CSP procedi ao **conhecimento da equipa**, a sua forma de **articulação com os recursos existentes**, à leitura do **Manual de acolhimento e Regulamento Interno** da UCC. Este foi um dos contextos que se distinguiu ao nível da dinâmica e método de trabalho do enfermeiro. A sua dinâmica é muito diferente daquela experienciada em contexto hospitalar. Ao nível dos CSP, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro é suportado por um Plano de Ação da Unidade Funcional. Este tem em conta as necessidades em saúde identificadas e priorizadas pela UF, as áreas de melhoria, os Índices de Desempenho Global (IDS) e os Índices de Desempenho Sectoriais (IDS), contemplando as estratégias ou atividades a desenvolver. Este documento é desenvolvido no âmbito do processo de contratualização dos CSP (ACSS, 2023). Tal como previsto por lei, a UCC funciona em intercooperação com as outras unidades funcionais do ACES. Especificamente em relação à equipa pude perceber que os enfermeiros integram projetos dentro da sua área de especialização e ainda colaboram uns com os outros, de forma a dar resposta ao Plano Nacional de Saúde (PNS). Procurei perceber junto dos colegas de cada especialidade, de que forma esta articulação se desenvolvia. A **interação profissional que desenvolvi com a equipa**, permitiu-me conhecer os projetos da minha área de especialização, mas também de outras especialidades.

No contexto de UCIN, pude **familiarizar-me com os protocolos** instituídos no serviço. Os protocolos limitam a variabilidade na prestação de cuidados e permitem a difusão de boas práticas (DGS, 2013). Na UCIN estes protocolos descrevem a atuação direta em diversos

cuidados ao recém-nascido (RN), mas também referem intervenções indiretas, como por exemplo a troca de incubadora semanalmente (para desinfecção), como medida de controlo do risco de infeção.

Também no SUP, tive a oportunidade de *colaborar na verificação do material da sala de emergência*, que segue uma *check-list*. Esta verificação é realizada diariamente no turno da manhã, pelos enfermeiros triadores. Também nesta sala, existem 2 ecrãs que exibem protocolos de atuação nas diversas situações de emergências. Pude conhecer este sistema aquando da assistência a uma criança com crise convulsiva.

A articulação com a equipa multidisciplinar é uma necessidade, quando se desenvolve a atividade profissional numa área tão abrangente como a área da assistência em saúde. É explicitado no art.º 112 do Código Deontológico dos Enfermeiros, que o enfermeiro deve atuar responsabilmente na sua área de atuação, trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde e reconhecer as áreas de competência de cada um (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na USF, tive a oportunidade de proceder a consultas de vigilância infantil que se concretizavam numa **avaliação conjunta entre médico e enfermeiro**. Estes dois profissionais trabalhavam lado a lado no gabinete, e a abordagem à criança/jovens família era realizada pelos dois. **Pude participar desta dinâmica conjunta**, na avaliação do desenvolvimento da criança/jovem e na abordagem a diferentes temas como por exemplo, a diversificação alimentar. Em cada tema abordado, tanto o enfermeiro EESIP, como o médico de família davam o seu contributo. Pude ainda perceber que existe uma articulação entre a USF e a UCC, onde a referenciação de utentes podia ocorrer de forma bilateral.

No contexto da neonatologia constatei uma **relação de proximidade da equipa de enfermagem com a equipa médica**, especificamente no que se relaciona com a vigilância do recém-nascido, o **agrupamento de cuidados e a colaboração nos procedimentos técnicos**, como colocação de cateter central de inserção periférica. Nestas situações pude colaborar, mantendo o conforto do RNPT, pela contenção física e proteção da luz.

Os **sistemas de informação** foram outra área alvo da minha atenção. A Ordem dos enfermeiros defende a existência de um sistema de enfermagem que permita documentar as

necessidades de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem obtidas pelo cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Nos cuidados de saúde primários o programa utilizado já era de meu conhecimento, contudo, a novidade foi a inclusão de focos de atenção direcionados para a comunidade, por exemplo, a “Não adesão da comunidade à escovagem dos dentes”. Este diagnóstico suportou, no caso da comunidade educativa do jardim de infância, **o planeamento de intervenções** como “avaliar a adesão da comunidade à escovagem dos dentes”, “ensinar sobre higiene oral”, “ensinar sobre saúde oral”, “instruir a lavar os dentes” e “treinar a lavar os dentes”. Na UCIN e no SUP, os sistemas de informação são muito específicos. Na UCIN, a avaliação regular de sinais vitais aparece automaticamente no sistema, carecendo de validação do enfermeiro. Todas as intervenções do plano de cuidados (previamente elaborado) são exibidas nos horários estipulados e o enfermeiro valida a sua execução. Em caso de não realização de alguma intervenção, este procede à sua justificação. No SUP, o sistema de informação permite ao enfermeiro documentar em cada momento as intervenções desenvolvidas. Este programa também permite identificar os exames complementares de diagnósticos pedidos e se os utentes já os realizaram, possibilitando uma melhor organização de cuidados, antes da saída do utente para exames, e após o seu regresso. **Procurei familiarizar-me com estes sistemas de registos de enfermagem, desenvolvendo a prática de documentação das intervenções de enfermagem.**

Considero que as minhas intervenções foram produtivas para a aquisição da competência supracitada.

Competência:

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

Objetivo:

- Aprofundar competências comunicacionais com a criança/jovem e família, nos diferentes contextos da prática.

Reflexão Crítica

O primeiro axioma do Modelo da Pragmática da Comunicação Humana descrito por Watzlawick et al. (como citado em Luna & Scapini, 2019), diz-nos que é impossível não comunicar, pois todo o comportamento tem intenção comunicacional. Em qualquer momento de interação com o outro estamos a comunicar, quer seja de forma verbal ou não verbal. É fundamental que o enfermeiro tenha presente estas duas formas de comunicação, quando aborda a criança/jovem e família. A componente não verbal tem um impacto significativo na comunicação com a criança/jovem e família. De uma forma geral, a criança/jovem está muito atenta e procura atribuir significado a todos os gestos e movimentos do enfermeiro, sendo difícil disfarçar sentimentos, atitudes e ansiedade em relação a elas (Hockenberry & Wilson, 2014).

O desafio da comunicação em pediatria, encerra ainda outras particularidades como, a adequação da comunicação à idade e características da criança/jovem, à sua família e ao contexto.

Nos cuidados de saúde primários, nas consultas de vigilância infantil e na especificidade da assistência a lactentes, procurei ter um **comportamento calmo promotor do conforto** da criança aquando avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico. De salientar a importância, de permitir à criança **manter contacto visual com a mãe**. Tive oportunidade de treinar um **discurso composto por perguntas abertas**, no sentido de obter maior informação e permitir aos pais **abordar aspetos causadores de maior preocupação e ansiedade**. Tive ainda a oportunidade de aplicar o **reforço positivo** nestas consultas o que teve um resultado positivo na interação com os pais. Este tipo de atitude, dá abertura para os pais exporem como cuidam do seu filhos, o que avaliam neles e **promove a confiança** para colocarem dúvidas (Hockenberry & Wilson, 2014). Estes aspetos possibilitaram-me identificar as rotinas da criança, características da sua alimentação, padrão de eliminação e do sono, e o seu desenvolvimento sensoriomotor. Neste seguimento, pude **ensinar e instruir, de acordo com as necessidades identificadas e abordar os cuidados antecipatórios**.

Frequentemente os enfermeiros direcionam o seu discurso para os pais, mas torna-se essencial que a criança não seja excluída do processo de comunicação. É possível favorecer a sua inclusão através de comentários para ela, questões ocasionais ajustadas à idade e através do jogo. Esta participação, permite recolher mais informação, uma vez que a própria criança, é também uma fonte de informação sobre o que se passa com ela (Hockenberry & Wilson, 2014). Tive a oportunidade de colocar em prática estas recomendações numa consulta dos 5 anos. Esta consulta inclui a vacinação recomendada para esta idade, pelo que procedi à explicação do procedimento tanto aos pais, como à criança. Nesta faixa etária, apesar de se verificar um grande desenvolvimento do vocabulário e da expressão verbal, a capacidade de compreender frases complexas, não pode ser tomada por garantida. Para além disso, nesta fase as crianças interpretam de forma muito literal e direta, aquilo que veem e ouvem (Hockenberry & Wilson, 2014; Lambert et al., 2012). Nesta situação procurei explicar à criança o que ia acontecer de **forma clara e simples**. Para além disso, na tentativa de lhe **fornecer algum controlo**, envolvia-a no processo atribuindo-lhe a tarefa de segurar o “penso rápido” a ser aplicado no final do procedimento.

Considerando que adolescência é uma fase de desenvolvimento desafiadora, numa consulta com um adolescente de 15 anos, apesar de demonstrar uma boa interação com a mãe, percecionei que ele não estaria confortável em falar sobre o tema da sexualidade. Refleti sobre a importância de **assegurar a privacidade e a confidencialidade**, principalmente em temas como a sexualidade, o uso de drogas e a violência (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Consideramos então, propor um momento a sós, que foi aceite por ele e pela mãe. Nessas condições, já se mostrou mais disponível para conversar sobre o tema mencionado, referindo já ter iniciado a sua atividade sexual. Assim, pudemos ajustar o discurso às suas dúvidas, fornecendo informação sobre os meios anticoncecionais, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e violência no namoro. De realçar, que a comunicação com o adolescente deve permitir a sua expressão, **considerar com respeito as suas preocupações e dúvidas**, numa postura de **disponibilidade e empatia, abstendo-se de juízos de valor** (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Foram estas características da comunicação com o adolescente, que procurei não descurar. Considero ainda, que é necessário ser-se proativo e ponderar os fatores que possam estar a comprometer a sua expressão, de forma a **ajustarmos as circunstâncias da interação**.

Ao nível da UCC, realço as competências necessárias para elaboração de um Plano de Saúde Individual (PSI). É necessário a empatia para **compreender as necessidades e receios dos pais**. Também é importante a **assertividade do discurso** ao abordar as medidas a instituir. Muitos pais demonstram negação, outros falta de conhecimento e outros necessidade de suporte. É necessário **reconhecer o impacto que a doença crónica tem na vida da criança e nos pais**. É fundamental um diálogo de disponibilidade, sem juízos de valor, de forma a agir sobre diferentes vertentes, procurando uma abordagem centrada na família e favorecendo o processo de ajustamento dos pais, que muitas vezes, ainda estão no caminho da aceitação da condição do seu filho (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN a comunicação com o RN pressupõe a **interpretação de sinais indicadores de disponibilidade para a interação**, de facto a linguagem do RN é o comportamento. Os estímulos externos desajustados condicionam o neurodesenvolvimento do RN. O momento mais adequado para interagir com o RN é quando ele está no estágio de consciência “alerta tranquilo”, apresentando olhar vivo e com atividade motora mínima. Tive o cuidado de ter presente os sinais de desorganização, como por exemplo soluçar, bocejar, agitação, hipertonciedade, entre outros, de forma a implementar estratégias facilitadoras da regulação do RN. Durante a permanência dos pais, **procurei transmitir-lhes confiança** para exporem as suas dúvidas e receios, e apoio e segurança para prestarem os cuidados ao seu filho de acordo com as diferentes circunstâncias, que se relacionam com o bebé, com o ambiente e com os próprios pais.

No SUP, destaco a habilidade comunicacional necessária à área de triagem. O processo de triagem pressupõe que o enfermeiro tenha um pensamento crítico ágil, para que num curto espaço de tempo, possa fazer uma avaliação sobre a gravidade da situação da criança, atribuindo-lhe uma prioridade de atendimento. Independentemente da sua capacidade para uma avaliação multifatorial, a principal fonte de informação provém do diálogo com a criança/jovem e família. Neste âmbito, compete-lhe acolher a criança/jovem e família de forma empática, incentivando o diálogo, conduzindo assertivamente a entrevista, mantendo o foco na colheita das informações essenciais. Paralelamente à comunicação verbal, pode perceber a atenção dada à comunicação não verbal. O enfermeiro da triagem é o primeiro profissional de saúde que a criança/jovem e família encontra, daí que o contacto visual, a expressão facial, o tom de voz calmo e disponibilidade para ouvir, possam dar conforto e

segurança. Inclusive, existe evidência que refere uma correlação entre a experiência inicial na triagem e a satisfação referida em relação a toda visita ao SU (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013). Portanto, assumi uma **postura empática, de interesse, disponibilidade para escutar** e procurei transmitir calma e segurança, validando a preocupação que levou a família a levar a criança/jovem ao SUP.

Destaco ainda, uma situação de assistência a uma criança autista com períodos de agressividade. Considerando que os ambientes novos, a alteração de rotinas e sobre-estimulação têm impacto negativos nas crianças autistas, vários aspectos foram tidos em conta para uma interação saudável, inclusive a comunicação não verbal. Procuramos **encontrar o melhor local** para assistir a criança, sem sobre-estimulação, com o **cuidado de manter o distanciamento físico, resumir o toque ao estritamente necessário** e comunicar **com a criança através da mãe**, que constituía o elemento mais familiar naquele local.

Considero que transferi para a prática os conhecimentos adquiridos sobre a comunicação e desenvolvi a minha comunicação verbal e não verbal, nas referidas situações.

Competências:

- 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 perspectiva académica avançada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objetivo:

- Desenvolver e implementar estratégias na gestão e controlo da dor do RN/criança/adolescente.

Reflexão Crítica:

A dor constitui-se como uma sensação corporal desagradável de carácter individual, subjetiva e multidimensional, equiparada ao 5º sinal vital (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A sua avaliação pressupõe o recurso a instrumentos de avaliação, necessários à sua identificação e à sua gestão. O controlo da dor traduz-se num dever do enfermeiro e um direito da criança (DGS, 2010). Pelo carácter subjetivo da dor, esta deve ser avaliada com recurso ao autorrelato, sempre que possível. Neste sentido, as escalas de heteroavaliação devem ser reservadas para as situações em que o desenvolvimento da criança, circunstância ou condição de saúde a impeçam de proceder ao autorrelato (Batalha & Mendes, 2013).

Um dos contextos mais complexos para a avaliação da dor corresponde ao momento da triagem. Vários fatores como o medo e a ansiedade podem dificultar esta avaliação. Devido aos fatores de variabilidade individual, a DGS recomenda uma avaliação da dor multifacetada, tendo presente entre outros aspetos o comportamento habitual da criança ou da criança sem dor da mesma idade (DGS, 2010). Para a avaliação do comportamento da criança relacionado com a dor, a avaliação dos pais pode ser um importante contributo, uma vez que estudos sugerem que os pais subavaliam menos a dor da criança em comparação com os enfermeiros, ou até fazem avaliações similares à avaliação da criança (Rybojad et al., 2022). Está também previsto, que os parâmetros fisiológicos possam fornecer informação sobre a intensidade da dor, tais como variações da frequência cardíaca ou da saturação de oxigénio da hemoglobina, tónus vagal, sudação palmar, entre outros. Porém estas respostas não são sinais exclusivos do fenómeno da dor e podem ter outro tipo de causa (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Ao colaborar com o enfermeiro triador na **avaliação multifacetada da dor**, pude observar como o seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e juvenil, a visão do todo e a combinação do pensamento crítico com o conhecimento intuitivo, podem contribuir para uma **avaliação mais completa** numa situação de dor.

A Ordem dos Enfermeiros diz-nos que “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Assim, numa fase muito precoce do circuito do SUP, nomeadamente na triagem, quando era identificada uma dor com *score* superior a 3, existia a recomendação de analgesia. O tipo de fármaco e doses estavam igualmente protocolados, para que de forma célere, o alívio da dor fosse providenciado.

As **medidas não farmacológicas para o controlo da dor** permitem modificar o seu significado e podem ser utilizadas de forma isolada ou em concomitância com as medidas farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Tive o cuidado, sempre que possível, de procurar o alívio da dor pelo posicionamento, incentivo à sucção não nutritiva e amamentação, administração de sacarose 24% e brincadeira lúdica. Considero que, se ultrapassadas determinadas condições/constrangimentos inerentes ao serviço, a aplicação destas medidas poderia ser mais frequente por exemplo, no controlo da dor em procedimentos dolorosos.

A avaliação da dor no RN é essencialmente comportamental e por isso deve ser dada atenção ao rosto, corpo, sono, interação e reconforto, como está contemplado na escala EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*). A evidência diz-nos que as experiências de dor no período neonatal podem ter repercussões nas posteriores experiências de dor, como na sensibilidade dolorosa e na gestão do stress (DGS, 2010). Nos RNPT a par da intensidade dos estímulos externos como por exemplo, a luminosidade e o ruído, a dor parece igualmente influenciar o neurodesenvolvimento e causar alterações fisiopatológicas nos sistemas imunitário, endócrino, nervoso, favorecendo a perpetuação da dor (Cruz, 2020). Desta forma, na UCIN **utilizei medidas farmacológicas para o alívio da dor**, bem como **medidas não farmacológicas** como a administração de sacarose 24%, a sucção não nutritiva e a contenção física, aquando da manipulação e realização de procedimentos dolorosos. Tive sempre o cuidado de manter a baixa luminosidade, cobrindo os olhos do recém-nascido quando era necessário utilizar de maior intensidade de luz na realização de procedimentos, adotar um tom de voz baixo e calmo e controlar o ruído.

Para além da utilização da escala EDIN, pude utilizar outras **escalas de avaliação da dor** mediante a faixa etária. Até aos 3 anos, utilizei a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC), que permite uma fácil aplicação. A partir da referida idade são privilegiadas as escalas de heteroavaliação. Nas crianças pré-escolares utilizei a Escala de faces de Wong-Baker. A partir da idade escolar, apesar de escala de referência ser a Escala Visual Analógica (EVA), a que mais vezes utilizei foi a Escala Numérica (EN), principalmente pela facilidade de não necessitar de instrumento físico para a avaliação. No caso das crianças com multideficiência, a escala de eleição a usar será a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised* (FLACC-R), que contempla o comportamento individualizado (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Julgo que todas as intervenções realizadas no âmbito desta temática, favoreceram a aquisição de competências na área da gestão e controlo da dor. Sendo que, as experiências variadas nos diferentes contextos, possibilitou-me uma melhor compreensão do fenómeno da dor e a sua expressão.

Objetivo:

- Promover a parceria de cuidados.

Reflexão Crítica

Ao longo dos tempos, os pais passaram de visitas, a acompanhantes 24h do filho em qualquer contexto de saúde, e atualmente são considerados elementos essenciais na prestação de cuidados ao seu filho. Cada vez está mais vigente o conceito de Cuidados Centrados na Família. O conceito de Cuidados Centrados na Família atribui ao enfermeiro e à família uma parceria na prestação de cuidados. E uma vez que este binómio é indissociável, a criança/jovem e família são consideradas o alvo dos cuidados do enfermeiro (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A filosofia de Parceria de Cuidados, fundamental para os cuidados centrados na família é da autoria de Anne Casey. Esta desenvolveu o Modelo de Parceria de Cuidados, onde o envolvimento dos pais é reconhecido como elemento de afeto, de segurança e de apoio a criança/jovem. Desta forma, o enfermeiro cria oportunidades e

meios para que as famílias possam colocar em prática, as competências já adquiridas nos cuidados ao seu filho, bem como outras, justificadas pelas necessidades atuais do mesmo.

O contexto de estágio onde tive maior oportunidade de desenvolver a parceria de cuidados, foi na UCIN. A complexidade dos cuidados prestados ao RN em situação crítica, leva os pais a sentirem insegurança na interação com o seu filho. Considero que tive uma ação importante em **promover o envolvimento dos pais nos cuidados**, como por exemplo pedir a sua colaboração para realizar “contenção”, quando ia prestar algum cuidado de enfermagem ao seu filho. Progressivamente procurei capacitar os pais nos cuidados de conforto, como a mudança da fralda e procurei dentro das possibilidades **negociar o plano de cuidados**. Algumas das intervenções nessa área, passaram por negociar com os pais o melhor momento para a realização do método canguru, a colocação ao seio materno e a prestação dos cuidados de higiene ao neonato estável. Nesta interação procurei **conhecer os fatores potenciadores do envolvimento dos pais, bem como as barreiras à permanência junto do seu filho** e a vontade de participação, identificando necessidades de conhecimento e de habilidades necessárias para os cuidados ao seu filho, mantendo uma **postura de respeito pelas suas convicções, crenças culturais e religiosas**. Em função disso procurei **fornecer aos pais as ferramentas para o cuidado ao RN**, com base na evidência científica mais atual. Mantive **o apoio e supervisão dos cuidados prestados**, mantendo disponibilidade para **esclarecer dúvidas e providenciando reforço positivo** durante a prestação de cuidados pelos pais.

No SUP, a parceria dos cuidados pode ser mais difícil, uma vez que os cuidados são muito técnicos, por vezes só necessários de forma transitória, não exigindo aprendizagem por parte dos pais. Ainda assim, houve momentos que esta parceria de cuidados pôde ser desenvolvida. Sendo os pais as pessoas que melhor conhecem o comportamento dos seus filhos, tornam-se um recurso precioso no desenvolvimento de estratégias que possibilitem a colaboração da criança, como por exemplo, no desenvolvimento de estratégias de administração de medicação oral, adaptadas ao seu filho. Por outro lado, podem fornecer pistas sobre a melhor forma de interagir com ele, como por exemplo, na realização de um procedimento técnico suscetível de causar dor, com vista ao sucesso da técnica e minimização do impacto da mesma.

As informações que eles facultam sobre o comportamento do seu filho, são também crucias para detetar precocemente o agravamento da condição de saúde da criança/jovem e por isso, sempre atentei à **avaliação dos pais sobre os seus filhos**. Em OBS, a parceria de cuidados já era mais favorecida, como por exemplo na gestão dos cuidados de higiene e conforto, na aplicação de medidas de controlo da dor, entre outros. Desta forma procurei desenvolver os meus cuidados promovendo este **carácter participativo no atendimento** à criança/jovem e família.

Nos CSP, foi muito importante **valorizar as informações dos pais** sobre diversas necessidades, tais como: o sono, a alimentação e o comportamento dos seus filhos. Tomo como por exemplo, a suplementação com leite de fórmula, num lactente com baixa evolução ponderal. Como havia uma grande vontade dos pais em manterem o aleitamento materno exclusivo, procedeu-se à avaliação da mamada, à avaliação da possibilidade de extração de leite materno para suplementar as mamadas, ao ensino sobre a suplementação com leite materno e importância da livre demanda. A necessidade de vigilância por parte dos pais, foi reforçada e uma nova consulta agendada para a reavaliação do peso, 3 dias após. Verificou-se a eficácia das medidas e a introdução do leite de fórmula pôde ser protelada, com benefícios para o lactente e satisfação para os pais. Este tipo de **relação promotora da decisão mútua**, exige que os profissionais de saúde **reconheçam complexidade do sistema familiar e avaliam a capacidade para o exercício do papel parental**, para a melhor tomada de decisão, em conjunto com a criança/jovem e família.

A parceria de cuidados é um aspeto central do cuidado à criança/jovem, pelo que se torna imprescindível a sua compreensão e a aquisição de competências nesta área. Penso ter atingido o objetivo a que me propus, reconhecendo a importância do conceito de “parceria de cuidados” e a sua aplicabilidade, e promovendo a sua concretização.

Objetivo:

- Desenvolver competências no apoio à parentalidade.

Reflexão Crítica:

Os cuidados de enfermagem procuram prevenir a doença e promover os processos de readaptação (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Ao longo do ciclo de vida, são várias as transições que ocorrem. Segundo Meleis, as transições são mudanças que implicam aprendizagem de novos papéis. Durante os processos de transição, as pessoas podem ficar vulneráveis, mais suscetíveis aos riscos, o que pode ter repercussões na sua saúde e no seu bem-estar (Meleis et al., 2000). Assim compreende-se que estas transições se constituam como alvo de atenção do enfermeiro.

A transição para papel de mãe/pai não ocorre sem grandes desafios, até porque a aquisição desse papel, tem impacto nos restantes papéis familiares. A parentalidade pode ser definida como: “Ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (ICN, 2019). Uma das formas de apreensão do papel parental é através da socialização ao longo da vida e frequentemente os pais exercem este papel com base na tradição, com conhecimentos e experiência limitada. (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste contexto, o enfermeiro pode ter uma intervenção importante no suporte do papel parental, providenciando informação fidedigna e atual, capacitando os pais para responder às necessidades dos seus filhos nas diferentes etapas diferentes desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Compreende-se que o **suporte do papel parental** é algo necessário, particularmente no contexto da hospitalização, onde para além dos desafios inerentes ao exercício do papel parental especial e ao papel parental complexo, acrescem o ambiente desconhecido, a preocupação, o medo pela situação de doença e os sentimentos de insegurança experimentados no cuidar do seu filho.

Ao longo do estágio procurei promover a parentalidade **incentivando a presença e a participação dos pais nos cuidados, envolvendo-os nas tomadas de decisão** acerca dos cuidados a prestar, atendendo a todas as circunstâncias que o mesmo implica. Ao nível da UCIN, pude recorrer a medidas tão simples como pedir aos pais para trazerem de casa uma

fralda de pano para colocar na incubadora. Muitos mostravam-se muito satisfeitos por escolher uma que tivesse o nome do filho gravado. Como também a medidas mais elaboradas, como a técnica do canguru. Esta técnica para além de favorecer a autorregulação do RNPT, favorece a vinculação e a ligação mãe/pai e filho.

As expectativas em relação à amamentação são muitas vezes defraudadas quando o RN fica internado na UCIN, o que frequentemente significa não estar apto a mamar. Inicialmente pode não ser possível amamentar o recém-nascido. Os benefícios do leite materno são indiscutíveis para qualquer criança, mas especialmente para os RNPT. O leite humano é um alimento vivo, completo e natural e é considerado o melhor alimento para o recém-nascido. (Levy & Bértolo, 2012). Desta forma, pode **incentivar a extração de leite materno**, para que fosse possível realizar a técnica de *priming* com o RNPT.

A nutrição enteral mínima (*priming*) consiste na administração de pequenas quantidades de leite, contribuindo para a maturação do trato gastrointestinal, preparando-o para a futura nutrição, diminuindo o tempo de alcance da nutrição enteral plena, com ganho de peso adequado, menor incidência de enterocolite necrosante e prevenção de infeções. (A. Gomes, 2004; Queiroz & Soares, 2016). Para além dos benefícios para o RNPT, este cuidado por parte da mãe, minimiza a impotência que os pais sentem neste período. Progressivamente, mediante a evolução das competências do RNPT, inicia-se a alimentação por via oral. Nesta fase, se for possível a amamentação, é necessário dar apoio à mãe, no sentido desta se sentir capaz de amamentar e **auxiliar a mãe e a criança na amamentação**, instruindo sobre a pega eficaz, posições de amamentação, sucção nutritiva, sucção não nutritiva, bem como o treino destas habilidades. Torna-se fundamental que os pais reconheçam que amamentação resulta de um processo de aprendizagem tanto da mãe como do recém-nascido, que encerra as suas dificuldades e que pode demorar algum tempo até estar patente.

É importante reconhecer os sinais de prontidão do recém-nascido e **acompanhar o momento da amamentação**, avaliando a estabilidade fisiológica, a coordenação da sucção, deglutição e respiração, aspeto geral e o envolvimento na alimentação. Estes sinais são importantes para identificar a eficácia da alimentação oral, se é necessário ajustar alguma medida ou até para a suspender e alimentar por sonda (Neto et al., 2016). Mesmo quando não era possível a amamentação, procurei que o aleitamento (materno ou artificial) fosse **um momento de aproximação do recém-nascido com a mãe/pai, onde promovi a atenção**

ao rosto do seu filho, elogiando a competência dele a mamar, dando reforços positivos aos pais e incentivando o aconchego. É importante que mesmo no aleitamento, o recém-nascido esteja aconchegado no corpo da mãe/pai para sentir o contacto com o seu corpo, ouvir o seu batimento cardíaco, a sua voz e sentir os odores do seu corpo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Estes aspetos favorecem a vinculação e a ligação mãe/pai-filho.

Ao nível dos CSP, tive a oportunidade de assistir um recém-nascido com alterações no desenvolvimento ponderal – nomeadamente aumento ponderal excessivo numa semana. Constatamos que a mãe sentia insegurança na amamentação e suplementava o bebé com leite de fórmula em quase todas as mamadas. Percebemos que esta necessidade teria existido na primeira semana de vida, mas a sua perpetuação não parecia ser justificada. Após **validação das competências demonstradas pela mãe na amamentação**, foi reforçada a vantagem da amamentação em livre demanda, reforçado o reconhecimento sobre os sinais de fome para a decisão sobre a suplementação. Outras oportunidades de promoção da parentalidade ocorreram nas sessões de massagem infantil. Para além da promoção do contacto com o seu filho e conhecimento das suas respostas, também favorecedores da vinculação e da ligação, estas sessões constituíram-se como **momentos onde pode informar e esclarecer dúvidas sobre cólicas no RN, sono e eliminação.**

No SUP, pelo carácter mais imprevisível dos cuidados, as oportunidades para promover a parentalidade surgiram de forma pontual e sem planeamento prévio. Estas dizem respeito a situações onde **identifiquei défices de conhecimento dos pais e necessidade de intervir.** Destaco por exemplo, no âmbito das competências relacionadas com a segurança do filho no intuito da prevenção de acidentes, tal como: não deixar o bebé no trocador para além de braço de distância até ele, levantar as grades da cama e ajustar corretamente os cintos da *babycoq*.

O suporte ao papel parental é algo complexo, que pressupõe uma adaptação aos pais e ao contexto em que se encontram. Considero que as intervenções que desenvolvi, contribuíram para o apoio ao papel parental, favorecendo comportamentos parentais adequados para o saudável desenvolvimento da criança.

Objetivo:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem à criança e família perante situações de especial complexidade.

Reflexão Crítica

As situações de especial complexidade, podem ser consideradas aquelas que não são previsíveis e não permitem respostas lineares, mas que exigem uma abordagem que abranja as multidimensões do problema. (Stein et al., 2014).

No contexto de CSP, destaco o papel do enfermeiro de saúde escolar promotor da inclusão da criança com necessidades especiais de saúde. Entende-se por “Necessidades de Saúde Especiais” (NSE), “as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (Decreto-Lei n.º 54/2018, 2018, p. 2920). O referido decreto, vem estabelecer como prioridade o estabelecimento de uma escola inclusiva “onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social” (Decreto-Lei n.º 54/2018, 2018, p. 2918). Desta forma, a assistência às crianças/jovens com NSE, descentralizam-se da assistência hospitalar e passa a ser também da responsabilidade dos profissionais de saúde, com intervenção na comunidade.

Espera-se, que o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica seja aquele que “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” apoiando a “inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Nessa perspetiva compete à saúde escolar “contribuir para uma resposta adequada às NSE” (DGS, 2015, p. 44).

Em conjunto com o corpo docente e pais/encarregado de educação, é elaborado o PSI. Nele, é avaliado o impacto das condições de saúde na funcionalidade (atividades e participação) e

identificadas as medidas de saúde a implementar para melhorar o desempenho escolar da criança/jovem, tendo em conta os fatores ambientais, facilitadores ou barreiras, do contexto escolar (DGS, 2015).

Pude **participar em várias reuniões para elaboração de um PSI** e constatei isso mesmo, que todos trabalhavam em conjunto, para definir estratégias no sentido de promover a saúde da criança, a adaptação ao meio escolar e o reajuste de rotinas na escola e no domicílio. Pude verificar que existiam duas vertentes a ter em conta para a efetiva adequação do plano: o conhecimento dos pais sobre os seus filhos e o conhecimento dos profissionais. Neste âmbito, a equipa de saúde escolar, tendo em conta os recursos e as necessidades de saúde da criança, desempenha um papel importante no delineamento das intervenções. É também fundamental, conhecer o impacto da doença na criança e nos pais, pois só assim se conseguem desenvolver intervenções que satisfaçam ambos. Frequentemente os pais evidenciam uma necessidade de apoio para gerirem a doença do seu filho. Assim, pude **explorar como os pais vivenciavam a condição de saúde do seu filho**, estando ciente da possível necessidade de providenciar o apoio ou encaminhar para outro profissional mais habilitado.

Torna-se importante uma postura empática e assertiva, para procurar compreender os pais, mas não descurando os aspetos relacionados com **a promoção da saúde e a prevenção da doença**. Por exemplo, no caso de uma criança com várias necessidades ao nível da aprendizagem, com doença endócrina associada e obesidade mórbida, para além do PSI, foi igualmente necessário abordar hábitos alimentares e de exercício, fornecendo estratégias para adequação destes hábitos.

Os recursos de apoio social, desconhecidos de alguns pais, são também dados a conhecer tanto pela equipa de saúde escolar, como pelos professores. Nesta abordagem, é visível como a articulação interdisciplinar pode ser importante para a assistência à criança/jovem e família.

Uma outra situação que considero muito importante é **assegurar as condições de segurança para crianças com alergias** para que possam frequentar a escola. Nesse sentido, os PSI são elaborados e contempladas as medidas a tomar em caso de ocorrência de uma

alergia. As indicações medicamentosas prescritas pelo médico são entregues na escola e anexadas ao PSI. Está previsto no PNSE que o enfermeiro realize “ações de formação ao pessoal docente e não docente para apoio a crianças e jovens com NSE” (DGS, 2015, p. 46). Neste contexto, **colaborei no ensino à equipa** educativa de uma turma do pré-escolar, sobre a administração de adrenalina sob a forma de caneta. Neste momento pedagógico, foi importante desmistificar ideias relacionadas com a punção, a dor ou a observação da agulha. Também se tornou essencial a **instrução e o treino**.

Ao nível do contexto da UCIN, os cuidados são direcionados para um recém-nascido frágil com necessidade de suporte nos múltiplos aspetos funcionais. A experiência com RNPT, exigiu a **mobilização de conhecimento previamente adquirido durante o meu percurso formativo**, bem como a pesquisa adaptada às características do contexto de estágio. O papel do enfermeiro neste contexto assistencial pressupõe o desenvolvimento de cuidados que permitam a adaptação do prematuro à vida extrauterina (Feitosa et al., 2018).

A prematuridade está associada a um elevado risco de comprometimento neurodesenvolvimental (sequelas motoras, neurossensoriais, cognitivas e/ou comportamentais), pelo que nas unidades de cuidados intensivos neonatais se procura prestar cuidados que minimizem ou evitem as possíveis complicações decorrentes da prematuridade e ajudar as famílias na adaptação e capacitação neste contexto (Ferraz et al., 2022).

Assente na Teoria Sinativa do Comportamento, foi concebido o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) (Ferraz et al., 2022). Esta teoria defende que o RNPT está em constante interação com o meio, através de quatro subsistemas: sistema autónomo, motor, estádios de consciência e sistema de atenção/interação. Estes sistemas interagem entre si e o que se verifica é que o RN quando submetido a sobrecarga sensorial, apresenta dificuldade manter ou atingir a regulação nos seus subsistemas, apresentando sinais de stress e exaustão (Monteiro, 2019). Assim preconiza-se, que os cuidados ao RNPT se assentem em Cuidados Centrados no Desenvolvimento, cujo objetivo será minimizar os estímulos nocivos e prestar cuidados individualizados, com base nas respostas comportamentais e fisiológicas do RNPT, providenciando um ambiente de cuidados devidamente estruturado que promova o seu desenvolvimento (Monteiro, 2019).

Um dos programas promotores do CCD é o NIDCAP, no qual assentam os cuidados prestados na UCIN, onde se desenrolou o meu estágio. Este programa promove uma abordagem individualizada do RNPT, através da observação do seu comportamento, suportando o desenvolvimento do RNPT através de intervenções neuroprotetoras, proporcionando um ambiente seguro tendo em conta os estímulos sensoriais adequados, envolvendo os pais nos cuidados e decisões (*NIDCAP Federation Internacional, 2024*).

Desta forma, **desenvolvi os meus cuidados apoiando-me nos conceitos chave do programa NIDCAP:** coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados estruturados nas 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele-a-pele, entre outros (Santos, 2011). Desenvolvi o **reconhecimento de sinais de stress ou desorganização do RNPT** e desenvolvi **intervenções minimizadoras do impacto sensorial** nos vários procedimentos.

A vigilância permanente do RNPT, possibilitou-me **reconhecer situações de instabilidade**, que indicavam necessidade de manter as vias áreas permeáveis pela aspiração de secreções ou situações em que se verificava que a dor estava mal controlada e procedíamos a intervenções não farmacológicas e farmacológicas prescritas em SOS, bem como a ativação do médico, quando estas não surtiam o efeito pretendido.

Outra situação de interesse pessoal, relaciona-se com o **reconhecimento dos sinais de prontidão alimentar**. Tive a oportunidade de treinar estas competências, procedendo à alimentação oral, vigiando os sinais de stress, o que me levou a considerar em múltiplas vezes, a interromper a situação anterior e optar por administrar o restante leite por sonda. Um outro foco muito importante de atenção prende-se com os *cuidados à pele*. A imaturidade cutânea, compromete importantes funções como a regulação térmica, a homeostasia eletrolítica e a prevenção de infeções (Feitosa et al., 2018). Assim, os cuidados com o controlo de temperatura e humidade da incubadora foram tidos em conta, tanto em repouso, como quando era necessário realizar algum procedimento demorado, com a incubadora aberta. Na UCIN, os cuidados de higiene ao RNPT eram apenas parciais e quando justificados, sob pena de causar instabilidade hemodinâmica (R. Silva & Paiva, 2022).

Um cuidado fundamental é a **prevenção de úlceras de pressão (UP)**. As UP mais frequentes no RN são causadas pela utilização de dispositivos médicos como tubo endotraqueal, sonda orogástrica, CPAP nasal, *prongs* nasais, máscara oronasal, sensor de oximetria, sonda de temperatura, entre outros (Grosvenor & Dowling, 2018). O instrumento de avaliação do **risco de UP** em uso foi a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NRAS). Esta escala é baseada na Escala de Braden, mas contempla fatores de risco específicos para o desenvolvimento de UP no RN e é constituída por seis itens: condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade (Martins & Curado, 2017). Os principais **cuidados de enfermagem preventivos da UP**, passavam pelo posicionamento, alternância do local dos diferentes dispositivos (braçadeira de tensão arterial, sensor de oximetria, sonda de temperatura), aplicação de hidrocolóide na pele aquando colocação de CPAP e alternância da interface do CPAP.

Uma das outras situações em que colaborei foi **na transmissão de más notícias**. Esta experiência diz respeito à comunicação de uma doença cardíaca grave num RN pré-termo, que exigia cirurgia urgente e que apresentava alto risco para o RN. Tratou-se de uma gravidez desejada, vigiada e em nenhum momento foi identificada qualquer anomalia congénita. O impacto da notícia foi potenciado pela noção que algo teria escapado na vigilância pré-natal, o que não teria permitido aos pais, qualquer preparação para este diagnóstico. De facto, o parto aconteceu num hospital periférico, sem suporte de uma unidade de neonatologia diferenciado, nomeadamente no que se refere ao apoio da especialidade de cardiologia/cardiotorácica. Aqui pude assistir à comunicação da notícia, seguindo a metodologia *SPIKES* (setting up; perception; invitation; knowledge; emotions; strategy). O médico abordou os pais juntamente com o enfermeiro, num local calmo e privado, nomeadamente a *box* do RN. Este procurou saber o que pais sabiam ou consideraram saber sobre o estado do seu filho, percebeu que estariam recetivos a obter informações mais específicas e compreender as implicações do estado de saúde do seu filho. O médico de forma calma explicou as implicações do estado de saúde do RN e a ameaça à sua vida, bem como os riscos da cirurgia cardíaca. No seu discurso contemplou a esperança, referindo os benefícios da cirurgia para o RN, a qualidade de vida associada e assegurando que a equipa cirúrgica ia fazer tudo o que estivesse ao seu alcance, para que a cirurgia tivesse sucesso. Por fim, e nesta fase a minha colaboração foi maior, procurando compreender o impacto

desta notícia, escutando os pais e disponibilizando tempo para colocarem as suas dúvidas e exporem as suas preocupações e medos.

No SUP, tive a oportunidade de participar na assistência a uma criança que apresentou crise convulsiva, enquanto aguardava observação médica. Nessa situação, a emergência de assistir a criança, fora de um ambiente mais controlado levou a que a equipa tivesse de **considerar múltiplas vertentes dessa assistência emergente, tal como:** como colocar a criança em segurança recorrendo a uma maca, providenciar oxigenioterapia, administrar medicação, monitorizar os parâmetros hemodinâmicos, proceder a cateterização de acesso venoso periférico e a cateterização vesical. O mais desafiante nesta situação foi o **providenciar e manter a privacidade da criança**, enquanto se realizavam todos os procedimentos emergentes e urgentes. Este carácter emergente, muitas vezes coloca a privacidade em segundo plano, contudo foi satisfatório verificar que a equipa de enfermagem organizou recursos para que, como exigido pela sua deontologia profissional, a criança fosse assistida com respeito pela sua privacidade e intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Relativamente à triagem, esta constitui o início do percurso no SUP e está sob a responsabilidade do enfermeiro. Esta consiste numa avaliação rápida da criança, com a identificação da queixa, a avaliação clínica e a avaliação crítica do grau de prioridade de atendimento, com vista a assegurar um atendimento eficiente e de acordo com a situação clínica. (Gomes et al., 2019). É também o momento em que é explicado à criança/jovem e família que o atendimento será por pela prioridade identificada e não pela ordem de chegada, assegurando que podem ser realizadas (re)triagens com vista à segurança da criança e qualidade dos cuidados (Fernandes & Andrade, 2020). Constatei que nesta área funcional do SUP, a expertise do enfermeiro triador deve estar assegurada. Os requisitos no contexto onde estagiei, exigiam que o enfermeiro fosse EESIP, com pelo menos 3 anos de exercício profissional naquele serviço.

O processo de triagem exige mobilização de conhecimentos teórico-práticos, capacidade para o seu desempenho em situações muitas vezes caóticas, capacidade de tomadas de decisão rápidas mediante a sua avaliação, bem como detetar sinais subtis indicativos de um possível agravamento. A estas exigências acrescem ainda, as particularidades de um enfermeiro a desempenhar funções na área pediátrica: conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e os respetivos sinais de alerta, particularidades associadas a

crianças com necessidades especiais, adequação da comunicação à faixa etária, avaliação da criança/jovem e do seu contexto familiar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Tive oportunidade de **participar e realizar triagem de acordo com a *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS)***. Esta consiste numa escala com 5 níveis de prioridade: Reanimação, Emergente, Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente, numeradas de 1 a 5, respetivamente. Este sistema de triagem aborda: a impressão inicial da gravidade clínica, avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, a avaliação da queixa/motivo de consulta e a avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados (DGS, 2018). Procurei desenvolver uma ***capacidade de avaliação clínica precoce***, mantendo ***uma avaliação global***, enquanto iniciava a ***interação com a criança/jovem e família***. Procurei de forma calma ***esclarecer a queixa principal***, mostrando ***empatia e interesse*** pelas preocupações quer da criança/jovem, quer do acompanhante. Pude ***mobilizar múltiplos conhecimentos*** que me auxiliaram no processo de triagem, na navegação pelo sistema informático e na seleção adequada da queixa principal e dos modificadores. De salientar que este sistema de informação, incorpora o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) na avaliação inicial.

O TAP permite identificar rapidamente e de forma confiável, os pacientes pediátricos clinicamente urgentes e o seu estado patofisiológico. (Fernandez et al., 2017). Pressupõem-se que em 30-60 segundos o enfermeiro consiga fazer a avaliação dos 3 componentes que integram o TAP: aparência, respiração e circulação, baseando-se em pistas visuais e auditivas. Qualquer anormalidade numa das referidas áreas, indica que a criança necessita de observação clínica imediata (Fernandez et al., 2017).

Considero que as múltiplas experiências nos diferentes contextos, permitiram-me, por um lado, desenvolver competências ao nível da avaliação e intervenção em situações mais urgentes, com um maior risco de comprometimento da saúde. Por outro, desenvolver competências ao nível das situações que exigem ao enfermeiro uma avaliação e intervenção abrangente, personalizadas e atenta aos diferentes fatores que podem facilitar ou dificultar a assistência à criança/jovem, na comunidade.

Objetivo:

- Desenvolver competências na promoção do crescimento, do desenvolvimento infantil e da vigilância de saúde.

Reflexão Crítica:

A promoção da saúde e a prevenção da doença são ações fundamentais da prática de enfermagem. O contexto de cuidados de saúde primários é soberano na aplicação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Este promove a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, através de consultas planeadas, que permitem avaliar o crescimento e o desenvolvimento e detetar precocemente sinais de alarme. As consultas de vigilância são calendarizadas tendo em conta idade-chave relacionadas com o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, alimentação e escolaridade. Para além disso, procura-se que o agendamento das consultas, possam integrar os momentos de vacinação previstos no Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2013).

As consultas de enfermagem de vigilância da saúde infantil e juvenil, constituem um momento onde através de **abordagem à criança/jovem, inserido num contexto familiar e social** o enfermeiro EESIP estabelece uma **relação de proximidade com a criança/jovem e família**, favorecedora da **adoção de comportamentos saudáveis**. O enfermeiro EESIP, mobiliza os seus conhecimentos e capacidades comunicacionais conduzindo a consulta com base em orientações definidas pelo PNSIJ (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, fazem parte das competências previstas do enfermeiro EESIP. Preconiza-se que o enfermeiro EESIP, seja capaz de avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e transmitir orientações antecipatórias ajustadas às faixas etárias, no sentido de maximizar o potencial de desenvolvimento daquela criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O enfermeiro EESIP apoia-se num processo de decisão clínica em enfermagem, em que o **pensamento crítico e o processo de enfermagem** são basilares (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo Alfaro-LeFevre, (como citado em Mártires et al., 2019), o pensamento

crítico é a habilidade para realizar um raciocínio cuidadoso e deliberado, fundamentado nas necessidades da pessoa e orientado para os resultados. Este é fundamental em todo processo de enfermagem, que por sua vez irá orientar a tomada de decisão e a sua documentação. Desta forma, o enfermeiro EESIP, baseia-se no PNSIJ e identifica as necessidades da criança/jovem e família, desenvolvendo uma estratégia assistencial.

Nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, pude perceber o desenrolar do **processo de enfermagem**. Após a preparação do ambiente físico e materiais, procede-se ao acolhimento da criança/jovem e família. Nesta fase, é importante identificar os resultados negociados na consulta anterior e reconhecer expectativas face à presente consulta. Após colheita de dados, são identificadas as áreas de atenção e procede-se à atividade de diagnóstico. Após identificação dos diagnósticos e subdiagnósticos, são delineadas as intervenções suscetíveis de lhes dar resposta. Por fim, são negociados os resultados esperados para a próxima consulta (Carvalho et al., 2017) este processo é documentado em sistema informático. Os focos de atenção mais frequentes na consulta que presenciei foram: desenvolvimento infantil, adesão à vacinação, alimentação e sono, papel parental. Essencialmente, os diagnósticos de enfermagem levantados, referiram-se ao papel parental “conhecimento não demonstrado”, pelo foram desenvolvidas que intervenções do tipo: ensinar, promover e planear.

De forma mais concreta, **procurei avaliar o comportamento da criança/jovem desde o momento de entrada no consultório, até à sua saída**. Por norma as consultas desenrolavam-se num gabinete com **jogos e brinquedos disponíveis para serem incorporados na interação com a criança**. Assim procurei, principalmente nas crianças em fase pré-escolar, incentivar a demonstração das suas capacidades e habilidades, com recurso à **brincadeira lúdica**.

A avaliação do desenvolvimento psicomotor recorre à utilização de testes desenvolvimento. É preconizada a utilização da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Esta escala avalia os domínios da postura e motricidade global, da visão e motricidade fina, da audição e linguagem, e do comportamento e adaptação social. Se for detetado algum sinal de alarme, procede-se à referenciação da criança, para uma avaliação específica, no sentido de se confirmar a suspeita ou não, e iniciar uma intervenção precoce, se necessário. Apesar

de os parâmetros a avaliar se encontrarem no programa de documentação informático, e facilmente poder ser usado como um guião, **verifiquei que a avaliação da criança era mais eficaz se realizada de forma natural e discreta, durante a interação.** A escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, contempla ainda **atividades promotoras do desenvolvimento, que fui salientado aos pais,** tornando-os ativos no processo de desenvolvimento do seu filho.

Os enfermeiros EESIP, principalmente nos CSP, estão em posição privilegiada para **apoiar os pais a suprir as necessidades dos seus filhos em cada fase de vida.** Uma vez que o desenvolvimento psicomotor é dinâmico e contínuo, cumpre etapas que variam na velocidade de transição entre elas, mas que seguem uma ordem. Desta forma, é possível prever desafios e orientar os pais para cuidados antecipatórios. Estes podem evitar futuras dificuldade e problemas.

Pude abordar diversas áreas relevantes para os cuidados ao filho, tais como: a alimentação, a higiene, o sono, a atividade física, a segurança e acidentes, a vacinação, a saúde oral, a sexualidade, os consumos nocivos, a relação com família, com amigos, com a creche/infantário/escola.

Relacionado com a avaliação e entrevista ao adolescente, pude **orientar a consulta de um adolescente com base no acrónimo HEEADSSS.** A utilização deste acrónimo permite facilmente explorar os aspetos psicossociais mais importantes, com vista à identificação de pontos fortes ou fatores de vulnerabilidade. Assim aborda: H – *home* (casa, família); E – *education e employment* (escola e emprego); E – *eating* (alimentação); A – *activities* (atividades desportivas e de lazer); D – *drugs* (consumos, adição); S – *sexuality* (sexualidade); S – *Suicide* (depressão, suicídio, humor); S – *Safety* (segurança, acidentes, violência) (DGS, 2013c). Esta ferramenta permitiu-me avaliar todos os aspetos que se preveem significativos e impactantes na vida do adolescente (DGS, 2013).

As medidas de crescimento físico dão importantes informações sobre o estado de saúde da criança. O crescimento é um processo complexo e não linear, com velocidades diferentes nas várias fases de vida. Os primeiros anos de vida são considerados os mais vulneráveis, daí que a frequência de avaliação destes parâmetros seja mais frequente (Rito et al., 2011).

Procedi a avaliações antropométricas, avaliando os indicadores de crescimento: peso, estatura e perímetro cefálico.

Pude familiarizar-me com o **registo dos parâmetros no Boletim de Saúde Infantil**, utilizando as tabelas numéricas e as tabelas de Percentis. Os parâmetros registados nas tabelas de percentis, fazem a comparação do crescimento da criança com a população geral. Existem várias curvas de percentis e é valorizado o crescimento harmonioso. Uma criança com parâmetros fora do desvio padrão, não significa logo à partida, que apresenta alguma perturbação no crescimento. Pode apenas refletir uma tendência genética de ser pequena ou grande (DGS, 2013).

Grande parte das consultas onde colaborei constituíram, simultaneamente, momentos de vacinação. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) “um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Tem por objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação” (DGS, 2020, p. 17). Nestes momentos pude **aplicar o esquema geral recomendado de vacinação**, explicando o procedimento à criança/jovem e família, certificando-me de que **conheciam as indicações das vacinas e alertando para os possíveis efeitos secundários e como atuar**. Procedi ao registo no boletim de vacinas e tive a oportunidade de me familiarizar com a plataforma VACINA, onde se encontra a informação vacinal dos utentes e onde se procede ao registo das vacinas administradas.

Considero que todas as oportunidades foram momentos de aprendizagem, que me permitiram evoluir nos cuidados promotores de saúde e preventivos de doença, com foco na criança/jovem e família e no seu acompanhamento durante o processo de crescimento e desenvolvimento.

Objetivo:

- **Desenvolver competências assistenciais no âmbito da Saúde Escolar**

Reflexão Crítica

A assistência de enfermagem no âmbito da saúde Escolar, orienta-se pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Este tem como objetivo, promover estilos de vida saudáveis e saúde, prevenir a doença e melhorar o ambiente escolar. Por consequência, as intervenções da equipa de saúde escolar visam elevar o nível de literacia em saúde, minimizar os riscos de saúde e o impacto dos problemas de saúde, de toda a comunidade educativa. Está ainda assente em 6 eixos estratégicos: Eixo 1. Capacitação; Eixo 2. Ambiente escolar e saúde; Eixo 3. Condições de saúde; Eixo 4. Qualidade e Inovação; Eixo 5. Formação e investigação em Saúde Escolar; Eixo 6. Parcerias (DGS, 2015).

A equipa de saúde escolar, está sob alçada dos CSP, nomeadamente da UCC. Estes enfermeiros implementam intervenções que visam responder às necessidades das escolas.

A “capacitação” contemplada no Eixo Estratégico 1, refere-se à transmissão de informação, assegurando a sua compreensão para desenvolvendo de habilidades e competências para a tomada de decisão (DGS, 2015). Faz todo o sentido instituir e reforçar a educação para a saúde na infância pois é um período “onde são desenvolvidas atitudes, comportamentos e competências pessoais que levam a uma progressiva autonomia da criança e onde o exemplo dos pais e educadores é da maior relevância” (A. Silva et al., 2022, p. 86).

Uma das áreas contempladas neste eixo refere-se à “Capacitação saúde mental e competências socioemocionais”. Neste tema, pode **colaborar numa iniciativa organizada entre a equipa de saúde escolar dirigida ao pessoal docente e não docente**, onde após levantamento de necessidades numa escola específica, promovemos uma sessão de relaxamento com o intuito de facultar ferramentas para alívio da ansiedade. Relativamente à “Alimentação saudável e atividade física”, no âmbito de um dos programas prioritários de saúde, o Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável (PNPAS), **colaborarei numa sessão de educação para a saúde sobre “Pequeno-almoço e Lanche Saudáveis”** orientada para o 2º ciclo. Esta sessão expôs a importância do pequeno-almoço, os alimentos recomendados e as sugestões de pequeno-almoço e lanche. Foram avaliados os lanches dos alunos interessados em participar e foram feitas sugestões de melhoria, momento no qual participei.

Relativamente à área de “Higiene corporal e saúde oral”, participei nas reuniões de apresentação do novo letivo, onde a equipa docente se dirigia aos encarregados de educação, no sentido de dar a conhecer os objetivos e o trabalho a desenvolver naquele ano letivo. Essas reuniões incluíram um momento onde pude colaborar **na informação aos pais sobre prevenção e tratamento da pediculose, demos a conhecer as idades com acesso a cheques dentistas e a aplicação na escola de medidas promotoras da saúde oral**, como a escovagem dos dentes e bochechos com solução fluoretada.

A “Saúde Escolar contribui para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral” (DGS, 2015, p. 27). Atualmente assiste-se a uma grande colaboração entre profissionais de educação e os profissionais de saúde integrados nas equipas de saúde escolar.

A equipa de saúde escolar, é apoiada pelo pessoal docente nas intervenções que realiza junto da comunidade educativa, sendo o papel deste muito importante a vários níveis, como por exemplo na implementação e adesão da escovagem dos dentes em meio escolar e na implementação dos bochechos com solução fluoretada (DGS, 2021).

Desta forma, os enfermeiros formam para a saúde, capacitam e vêm aplicado de forma concreta os cuidados recomendados para a comunidade escolar. É neste contexto que surge a concretização de uma **sessão de educação** para a saúde, com ênfase na higiene oral e com foco na técnica de escovagem dos dentes. Esta, intitulada “**Dentes Saudáveis**”, foi dirigida aos alunos do 2º ano do ensino básico, podendo ser consultado no apêndice IV, todo o material produzido para a mesma Nesta sessão promotora do conhecimento e habilidades, abordei o conceito de cáries e como ocorrem, informei sobre os cuidados de higiene oral e instruí sobre a técnica de escovagem, com recurso a um modelo físico de boca com dentadura e escova de dentes. Ao longo da sessão, foi incentivada a participação dos alunos por meio de perguntas e respostas sobre o tema, para que de forma mais interativa os conhecimentos fossem expostos e assimilados. No final da sessão, foi realizada a avaliação de conhecimentos por meios de questões e respostas, de forma lúdica. Apenas se verificaram respostas incorretas nos itens referentes ao tempo recomendado para a troca de escova de dentes e ao conhecimento sobre a quantidade de flúor recomendada para a pasta de dentes. Foi incluído também um momento de avaliação da técnica da escovagem dos dentes, sendo

que a turma, apresentou um desempenho muito satisfatório. Apenas um aluno, apresentou dificuldade em ler a quantidade de flúor no rótulo da pasta de dentes, referindo não saber o que procurar. Relativamente à utilização da escova, dois alunos faziam movimentos paralelos à gengiva. Nos restantes tópicos, os alunos demonstram corretamente a técnica. De uma forma global, a interação com os alunos foi muito produtiva. Os alunos mostraram-se motivados a aprender e a demonstrar o seu conhecimento, tanto durante a exposição dos conceitos teóricos como durante a parte prática.

No âmbito do eixo estratégico 2, “Ambiente Escolar e Saúde”, **colaborei em ações de formação para o pessoal docente e não docente** sobre: cuidados a ter com a criança com alergias, bem com a atuação em caso de reação anafilática e reconhecimento e atuação em caso de hipoglicemia e hiperglicemia na criança com insulino-terapia contínua. Estas ações de formação, decorreram da identificação das necessidades de criança/jovens com NSE e levantamento das necessidades formativas da equipa docente e não docente para a sua assistência. Também a monitorização dos prazos de validade das canetas de adrenalina e glucagon, fez parte da nossa intervenção, certificando-nos que a equipa docente e não docente tinham presente o local onde as mesmas se encontravam.

No âmbito das “Condições de saúde” previstas no eixo estratégico 3, compete à equipa de saúde, colaborar na identificação de crianças/jovens carentes de vigilância de saúde e vacinação e apoiar as crianças/jovens com NSE, na integração na escola (DGS, 2015). A identificação das crianças/jovens com NSE, pode ocorrer pela equipa de Intervenção Precoce (ELI), pelo pessoal docente, pelos pais/encarregados de educação, por IPSS e pelos serviços de saúde (através de pessoal médico e de enfermagem). Foi interessante perceber como a equipa de saúde escolar mantém o acompanhamento da criança/jovem com NSE, mantendo a atenção e tendo o cuidado em saber quando ela transita de ciclo e/ou muda de escola ou se há mudança na equipa docente e não docente. Neste contexto, colaborei em várias **reuniões com equipa educativa e pais**, para realização da **avaliação da funcionalidade e elaboração dos PSI**. Não me vou alongar neste tema, uma vez que a minha intervenção já foi anteriormente exposta neste domínio de competências.

Considero que o meu percurso neste contexto de estágio permitiu-me compreender o papel do EESIP em contexto de saúde escolar, consolidar conhecimentos previamente adquiridos

e treinar competências na área da educação para a saúde. Compreendi como os programas de saúde orientam a atenção do enfermeiro, no sentido de desenvolver a sua atividade num contexto amplo, variado e desafiante. Reconheço que este, é um dos contextos que exige ao enfermeiro EESIP, uma intervenção multifacetada em várias áreas da promoção da saúde e prevenção do impacto da doença na comunidade escolar.

O domínio da prestação de cuidados, é aquele que engloba maior número de competências requeridas ao enfermeiro EESIP, as quais se direcionam para uma assistência mais direta à criança/jovem e família. Os objetivos delineados e as intervenções desenvolvidas, visaram a aquisição de todas as competências referentes a este domínio. Considero, pelo exposto neste documento, que cumpri esse propósito.

5. Implicações para a prática

Numa fase final deste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, considero necessário refletir sobre as implicações, que de alguma forma já se conseguem evidenciar na minha prática profissional, bem como aquelas que se vislumbra puderem vir a impactar a mesma.

O cariz teórico deste curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionou-me a aquisição de conhecimentos que completaram e reforçaram o meu “saber” em enfermagem. O cariz prático desta formação, contemplou diferentes contextos de estágio e por conseguinte, as mais variadas experiências no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o que contribuiu para uma maior desenvoltura na minha prática de prestação de cuidados de enfermagem.

O aprofundamento da assistência em enfermagem alicerçada na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, vinculou a necessidade de uma abordagem holística da criança/jovem e família. A criança/jovem é indissociável das pessoas que proporcionam o seu crescimento e desenvolvimento. Se tradicionalmente associamos estas pessoas aos pais, na verdade não podemos deixar de considerar que os recursos familiares não são lineares nem estáticos.

Na realidade atual, a estrutura e a organização familiar, adquirem múltiplas compleições. É importante reconhecer o contributo da família para a assistência à criança/jovem, deixando de lado uma atitude de superioridade e potenciando o seu envolvimento nos cuidados à criança/família.

Neste âmbito, pude aprofundar o meu conhecimento acerca Modelo de Parceria de Cuidados, que já orientava a minha prática. Contudo, revestido por um maior conhecimento “do que é” e “do que significa”, permitindo-me refletir sobre o posicionamento do enfermeiro, família e da criança/jovem, nessa dinâmica. Não é infundado referir, que a adoção deste modelo possa servir de uma justificação vã, para o delegar de cuidados à criança/jovem nos

pais, sem negociação, sem apoio ou supervisão, numa postura de exigência dissimulada. Contudo, a reflexão sobre esta temática e o perceber da complexidade do papel parental e do processo das transições na criança/jovem e família, fez-me redefinir algumas linhas de pensamento e tornar-me mais crítica na realidade, onde me movimento.

A assistência desenvolvida nos diferentes contextos de estágio, veio realçar aquilo que de uma forma ténue já percecionava – a importância da capacitação dos pais/família. Pude desenvolver esta visão e adotar esta postura de capacitação em diversas oportunidades proporcionadas ao longo do estágio. Cada contexto de estágio, acrescentou algo ao anterior. Pude perceber que o enfermeiro EESIP, muito pode contribuir para a literacia em saúde, que esta favorece a capacitação da criança/jovem e família, contribuindo para o seu empoderamento. O contributo que levo para a minha prática, prende-se com uma avaliação mais cuidadosa das características daquela família, o seu potencial e a sua vontade de “saber mais” e “fazer mais”, procurando fornecer as ferramentas potenciadoras para a ocorrência deste processo. Reconheço-os como parceiros e como colaboradores, assumindo a importância da sua participação na minha interação com o seu filho e o quanto podem contribuir para a adaptação de cada intervenção ao mesmo.

Num outro registo, ao vivenciar diferentes contextos da prática, pude identificar os constrangimentos de cada serviço, da equipa de enfermagem e da criança/jovem e família. Assim, compreendi melhor o percurso da criança/jovem e família no hospital. Conheci, por exemplo, o impacto vivenciado pelos pais na UCIN e identifiquei os constrangimentos a que a criança/jovem e família estão expostos no SUP. Tal levou-me a refletir sobre o que posso melhorar no acolhimento à criança/jovem e família, sempre que as mesmas transitam para o internamento.

Sem dúvida que os contextos de UCIN SUP, trouxeram-me maior conhecimento sobre a assistência de enfermagem ao RN/criança/jovem, em estado crítico. Contudo, os CSP pela assistência de enfermagem tão diferente, daquilo que se prevê a nível de internamento hospitalar, trouxeram-me uma visão mais abrangente do papel do enfermeiro EESIP. Neste sentido, de forma mais ciente, procuro a articulação de cuidados com os CSP.

O conhecimento sobre a assistência de enfermagem na comunidade, permitiu-me desenvolver uma melhor articulação com os CSP e por conseguinte, contribuir para uma maior vigilância da criança/jovem e maior suporte familiar. A aquisição e consolidação do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, também me permitiu antever dificuldades após a alta, o que contribuiu para reforçar esta necessidade de articulação referida anteriormente.

Neste capítulo, referi os contributos mais prominentes para a minha prática atual. Contudo, agora que detenho maiores recursos pessoais e profissionais para responder a situações assistenciais mais complexas, não duvido de outros contributos que virei a reconhecer.

6. Conclusão

O processo de desenvolvimento de competências, pressupõe aprendizagens através dos múltiplos desafios inerentes, às diferentes áreas de atuação do enfermeiro EESIP. Considero que o documento apresentado cumpre o seu intuito, espelhando o meu processo de desenvolvimento de competências, cujo objetivo final é obter o grau de mestre em enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica.

A estrutura do trabalho faz um enquadramento deste documento e o seu objetivo, dá a conhecer as competências previamente adquiridas, através do percurso profissional desenvolvido até ao momento, destacando as principais atividades, que se relacionam com as competências atribuídas ao enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. É ainda incluída, uma referência à componente teórica que antecedeu esta unidade curricular e que criou uma base sólida para as etapas seguintes. Os três contextos de estágio são descritos de forma sucinta, permitindo contextualizar todo o conteúdo de seguida exposto, onde são apresentadas as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo. As competências previstas foram organizadas por domínios, nomeadamente: Gestão, Investigação, Formação e Prestação de Cuidados. Foram elaborados objetivos específicos que guiaram as atividades desenvolvidas para aquisição dessas competências. De seguida, apresentei para cada objetivo ou grupo de objetivos, uma reflexão onde evidenciei as aquisições conseguidas, pela prática e pelo pensamento crítico. Esta reflexão crítica contemplou sempre que possível, os três contextos de estágio, sendo que alguns objetivos não seriam transversais aos mesmos. O caráter científico deste relatório exigiu que o alicerçasse em conhecimento científico atual, providenciado por diversas pesquisas bibliográficas nas bases de dados.

Numa fase final deste documento, são apresentadas as implicações para a prática profissional, que ainda durante esta unidade curricular começaram a ter efeito.

Considero que este trabalho comunicou de forma organizada e clara, o meu desempenho neste percurso de desenvolvimento. A elaboração deste relatório proporcionou-me aprimorar as reflexões emergentes dos contextos de estágio, potenciando o referido desenvolvimento de competências. Ao implicar um olhar crítico sobre diferentes contextos, contribuiu para um maior conhecimento da realidade de enfermagem, com especificidade, na área de saúde infantil e pediátrica.

Concluo, referindo que o esforço e dedicação colocados neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, realçaram o meu gosto por esta área de especialização. Não me restam dúvidas de que este ciclo de estudos me acrescentou valor pessoal e profissional, contribuindo para uma prática mais completa e fundamentada, que certamente terá expressão na qualidade dos cuidados de enfermagem que presto ao RN/criança/jovem e família.

7. Referências bibliográficas

- ACSS. (2023). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Barbieri-Figueiredo, M. do C. A. (2015). Cuidados centrados na família: Do discurso à prática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28, 3–4. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500083>
- Batalha, L., & Mendes, V. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência, serie III* (11), 07–17. <https://doi.org/10.12707/RIII12101>
- Benner, P. (1984). From Novice To Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 84, 1480. <https://doi.org/10.1097/00000446-198412000-00025>
- Brabcová, I., Hajduchová, H., Tóthová, V., Chloubová, I., Červený, M., Prokešová, R., Malý, J., Vlček, J., Doseděl, M., Malá-Ládová, K., Tesař, O., & O'Hara, S. (2023). Reasons for medication administration errors, barriers to reporting them and the number of reported medication administration errors from the perspective of nurses: A cross-sectional survey. *Nurse Education in Practice*, 70, 103642. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103642>
- Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). (2013). *The Canadian Triage and Acuity Scale*. https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
- Carvalho, E. C. D., Oliveira-Kumakura, A. R. D. S., & Morais, S. C. R. V. (2017). Clinical reasoning in nursing: Teaching strategies and assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 662–668. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- Cruz, M. D. D. da. (2020). *Epidemiologia da dor neonatal: Fatores determinantes para a sua prevenção e tratamento* [doctoralThesis, 00500: Universidade de Coimbra].
<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/91098>
- Decreto-Lei n.º 54/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República, 1.^a série — N.º 129 — 6 de julho de 2018.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>
- Decreto-Lei n.º 71/2019, da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27 (2019).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Decreto-Lei n.º 103/2023, da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07 (2023).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei n.º 137/2013, do Ministério da Saúde. (2013). Diário da República n.º 193/2013, Série I de 2013-10-07 (2013). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Departamento da Qualidade na Saúde. (2023). *Manual de Standards Unidades de Gestão Clínica*.
<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/ManualUnidadesGestaoClinicaDGS2023.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Saúde-Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

- DGS. (2010a). *Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010.aspx>
- DGS. (2010). *Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010—Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012—2016 3.3 EIXO ESTRATÉGICO - QUALIDADE EM SAÚDE*. https://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- DGS. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Norma 002/2018*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- DGS. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- DGS. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>
- DGS. (2024). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes—Segurança do Doente*. <https://notifica.dgs.min-saude.pt>
- Feitosa, A. R. D. S., Fontinele, L. F., Santiago, A. K. C., Oliveira, L. D. A. M., & Costa, G. D. S. (2018). Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões de Pele em Recém-

Nascidos Prematuros: Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 22(1), 100–106.

Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *Jornal de Pediatria*, 93, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>

Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e202110235. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0235pt>

Gomes, A. (2004). Nutrição Entérica do Recém-nascido Prétermo. *Consensos Nacionais em Neonatologia, Coimbra, 109-112.*, 109–112.

Gomes, A. R., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019). Triagem em Pediatria uma Opção: Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale. *Cuid'arte - Revista de Enfermagem*, 7–11.

Grosvenor, J., & Dowling, M. (2018). Prevention of neonatal pressure injuries. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(3), 122–125. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.09.004>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, A Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª edição). Lusociência.

ICN. (2019). *ICNP*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Lambert, V., Long, T., & Kellehe, D. (2012). *Communication Skills for Children's Nurses Tony Long Deirdre Kellehe* (1ª edição). McGraw-Hill Education.

Lee, E. (2017). Reporting of medication administration errors by nurses in South Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(5), 728–734. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx096>

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

- Luna, I. J., & Scapini, A. N. (2019). Mudanças na comunicação ao longo da terapia de abordagem sistêmica: Um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2019v10n2p210>
- Mações, M. (2018). *Manual de gestão moderna: Teoria e prática. (2ª edição). Actual. (2ª edição). Actual.*
- Martins, C. O. A., & Curado, M. A. dos S. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: Validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(13), 43–52.
- Mártires, A., Monteiro, M. J., Rainho, M. da C., & Branco, M. Z. C. (2019). Promoção de competências de pensamento crítico em estudantes de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 44, 159–172.
- Meleis, A., Sawyer, LM, L., E, I., DKH, M., & K, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Monteiro, M. (2019). *Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28815/1/Relatorio_170531133.pdf
- Neto, F., França, A., & Cruz, S. (2016). OC24 – An algorithm proposal to oral feeding in premature infants. *Nursing Children and Young People*, 28, 72–72. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.4.72.s55>
- NIDCAP Federation Internacional. (2024). *Model and Impact*. NIDCAP. <https://nidcap.org/about-us/our-work/model-and-impact/>

- Nunes, Lucília. (2010). Do Perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- Ordem do Enfermeiro. (2011). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Da Saúde Da Criança E Jovem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem—Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. I(3)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratICA_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. III(3)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática—Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. 6*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroloadorcrianca.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (8). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Queiroz, D. N. R. de, & Soares, V. H. M. (2016). Análise da Prática de Nutrição Enteral Mínima em Recém Nascidos Prematuros Internados na UTI Neonatal de um Hospital de Referência do Estado Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 8(2), Artigo 2.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª edição). Lidel.
- Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 366/2018, Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de junho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Rito, A., Breda, J., & Carmo, I. do. (2011). *Guia De Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. Publicação conjunta DGS –INSA no âmbito do Conselho Científico da Plataforma contra a Obesidade da DGS. <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.pdf>
- Rocha, A. B. R., Santos, D. F., Souza, T. J., Fagundes de Oliveira, D., Silva, J. N., & Ferreira da Silva, A. (2022). Conhecimento da enfermagem na prevenção de lesões em

- prematturos. *RECIEN: Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 34–44.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.34-44>
- Rodrigues, S. C., Orsi, K. C. S. C., Avelar, A. F. M., & Balieiro, M. M. F. G. (2023). Influência do uso de proteção de pele na leitura da oximetria de pulso do neonato. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 23, eSOBEP20230009.
<https://doi.org/10.31508/1676-379320240009>
- Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: Adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Cadernos de Saúde*, 5(1–2), Artigo 1–2.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2831>
- Rybojad, B., Sieniawski, D., Rybojad, P., Samardakiewicz, M., & Aftyka, A. (2022). Pain Evaluation in the Paediatric Emergency Department: Differences in Ratings by Patients, Parents and Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042489>
- Sakuma, M., Ohta, Y., Takeuchi, J., Yuza, Y., Ida, H., Bates, D. W., & Morimoto, T. (2024). Adverse Events in Pediatric Inpatients: The Japan Adverse Event Study. *Journal of Patient Safety*, 20(1), 38. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001180>
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma Filosofia de Cuidados. *Nascer e Crescer 2011*, 1(20), 26–31.
- Severino, M. A. F. (2004). *Supervisão em educação de infância: Supervisores e estilos de supervisão* [masterThesis, Universidade de Évora].
<http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/15323>
- Silva, A., Mendes, S., & Bernardo, M. (2022). Escovagem dentária e outras atividades de promoção da saúde oral em educação pré-escolar. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 63(2).
<https://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.06.869>
- Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>

- Silva, R., & Paiva, E. (2022). Cuidados de enfermagem para prevenção de lesão de pele em recém-nascidos pré-termo: Revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 25, 8688–8699.
<https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2737/3327>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*, 2, 17–26.
- Stein, D., de, H. B., de, M. T., & Santini, R. (2014). Do cuidado previsível ao cuidado complexo de enfermagem. *Enfermería Global*, (36), 283-288.
https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_reflexion2.pdf
- Torres, C. P. M. B. (2019). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal* [Instituto Politécnico do Porto].
https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15591/1/DM_C%C3%A2niaTorres_2019_MGO.pdf
- Trevizan, M., Mendes, I., Fávero, N., & Melo, M. (1998). Leadership and communication in the scenery of nursing management. *Revista latino-americana de enfermagem*, 6, 77–82.
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review/ Working methods of nurses in hospitals: scoping review/ Métodos de trabajo de las enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295
<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

Apêndices

Apêndice I: A literacia em saúde dos pais/cuidadores e o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura

A literacia em saúde dos pais/cuidadores e o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura

The health literacy of parents/caregivers and the use of the Pediatric Emergency Department

Sara Neiva¹, Isabel Quelhas²

¹ Enfermeira no serviço de pediatria médica da Unidade Local de Saúde São João.

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem (Porto), Portugal

² Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem (Porto), Portugal

Resumo

Introdução: A literacia em saúde permite decisões fundamentadas no que concerne à gestão da doença e procura de cuidados de saúde. O Serviço de Urgência Pediátrica é um local de assistência, que muitas vezes é confrontado com casos não-urgentes ou casos em que os pais/cuidadores, mostram défices na gestão do processo de doença dos seus filhos. O objetivo deste estudo é identificar a literacia em saúde dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica. A questão de investigação delineada foi “Qual a literacia em saúde dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica?”

Material e Métodos: Este estudo seguiu metodologia indicada para revisões integrativas e a estratégia PICO foi utilizada para identificar os termos de pesquisa de acordo com a questão da revisão. Acedemos às bases de dados CINHALL, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection e PubMed. Foi considerada todo o tipo de literatura publicada entre janeiro de 2019 e março 2024, em português e inglês, com acesso livre e integral. Foram encontradas 60 publicações. Após análise do título e resumo, procedeu-se à leitura integral de 16 publicações. Destas, 5 foram consideradas para a revisão.

Resultados e Discussão: Foram identificadas duas áreas em que os pais/cuidadores mostraram défice de conhecimento: gestão da febre e gestão medicamentosa. Estes dois aspetos contribuem para erros em diferentes áreas de cuidados aos filhos, tais como avaliação da febre, administração de medicação antipirética, administração de antibióticos e no recurso precoce aos cuidados de saúde, nomeadamente ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Conclusão: A informação que os pais/cuidadores detêm sobre saúde pode influenciar os cuidados prestados à criança. Maior atenção deve ser dada à educação parental/cuidadores relativamente à febre na criança, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados que os pais/cuidadores prestam, bem como ajustar o comportamento de procura de assistência médica, recorrendo ao Serviço de Urgência Pediátrica, apenas quando necessário. Também a educação referente à gestão medicamentosa deve ser um foco de atenção, de forma a evitar erros e efeitos adversos, da inapropriada administração de medicação.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Pais/Cuidadores; Serviço de Urgência Pediátrica, Criança.

Abstract

Introduction: Health literacy allows for informed decisions regarding disease management and seeking healthcare. The Pediatric Emergency Department is often faced with non-urgent visits or cases in which parents/caregivers present poor management of their children's disease process. The aim of this study is to identify the health literacy of parents/caregivers who use the Pediatric Emergency Department. The review question outlined was “What is the health literacy of parents/caregivers who use the Pediatric Emergency Department?”

Materials and Methods: This study followed the methodology recommended for integrative reviews and the PICO strategy was used to identify the search terms according to the review question. We access the CINHALL, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection and PubMed databases. All types of published studies between January 2019 and March 2024, were considered. Only studies in Portuguese and English, with free and full access, were included. The titles and abstracts from the 60 publications founded, were screening and full-text screening was performed in 16 publications. Five publications were considered for review.

Results and Discussion: This study found parents/caregivers knowledge gaps the following subjects: fever management and medication management. These two subjects contribute to errors in different aspects of childcare, such as fever assessment, administration of antipyretic medication, administration of antibiotics and early seeking care, particularly the Pediatric Emergency Department.

Conclusion: The parents/caregivers health knowledge can influence the care provided to the child. Better attention should be paid to parental/caregiver education regarding fever, improving quality of care provided by parents/caregivers, as well as adjust seeking healthcare behavior, avoiding misuse of Pediatric Emergency Departments. Medication management education should also be considered, preventing errors and side effects from inappropriate medication administration.

Keywords: Health literacy; Parents/Caregivers; Pediatric Emergency Department; Child.

Introdução

O conceito de “literacia em saúde” tem ganho cada vez mais notoriedade. Esta pode ser entendida como “ as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos de aceder, compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (Nutbeam, 1998, p. 357). A literacia em saúde permite decisões fundamentadas no que respeita à gestão da doença e procura de cuidados de saúde (Belim, 2023; Sørensen et al., 2012). Apesar dos níveis de literacia em Portugal terem apresentado uma evolução positiva nos últimos anos, a literacia em saúde continua em foco no novo Plano de Saúde (Arriaga et al., 2023). Uma vez que níveis baixos de literacia têm sido associados a uma saúde precária, menor capacidade de interpretar rótulos e avisos de saúde e utilização injustificada dos serviços de saúde (Belim, 2023), o nível de literacia em saúde dos pais pode condicionar a capacidade dos pais protegerem os seus filhos (Goes, 2019).

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como competência avaliar e facilitar a aquisição de conhecimentos de saúde da criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018), portanto ele pode ter um impacto muito positivo na literacia em saúde dos pais/cuidadores.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é um local de assistência de saúde, que muitas vezes é confrontado com casos não-urgente ou pouco urgentes, que não implicam terapêutica, exames complementares de diagnóstico ou internamento (Martins et al., 2020).

Desta forma, o objetivo deste estudo é identificar a literacia em saúde dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica, identificando as áreas mais suscetíveis de educação em saúde. A questão de investigação delineada foi “Qual a literacia em saúde dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica?”

Materiais e Métodos

Este estudo apresenta-se como uma revisão integrativa da literatura. A questão de investigação foi apoiada na estratégia PICO, assumindo: P = Pais /cuidadores; I = Literacia em Saúde; (C= Não aplicável) e O = Recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica na literatura cinzenta através do “Google Académico”, para enquadramento da problemática e identificação de descritores e termos-chave. Seguidamente, procedeu-se a uma pesquisa preliminar para ajuste dos termos de pesquisa e construção da frase booleana:

(“Child” OR “Children” OR "Family Caregiver*" OR "famil* carer*" OR "Family Involvement" OR "parent*") AND (“Health Literacy*” OR “caregiver education*” OR Parental education*) AND ("emergency Unit*" OR "emergency* unit" OR “paediatric* emergency” OR “pediatric* emergency” OR “emergency room*” OR “emergency department*”)

A pesquisa final realizada nas bases de dados CINHALL, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection e PubMed, por título, resumo ou termos do assunto. Foram definidos os seguintes os critérios de inclusão:

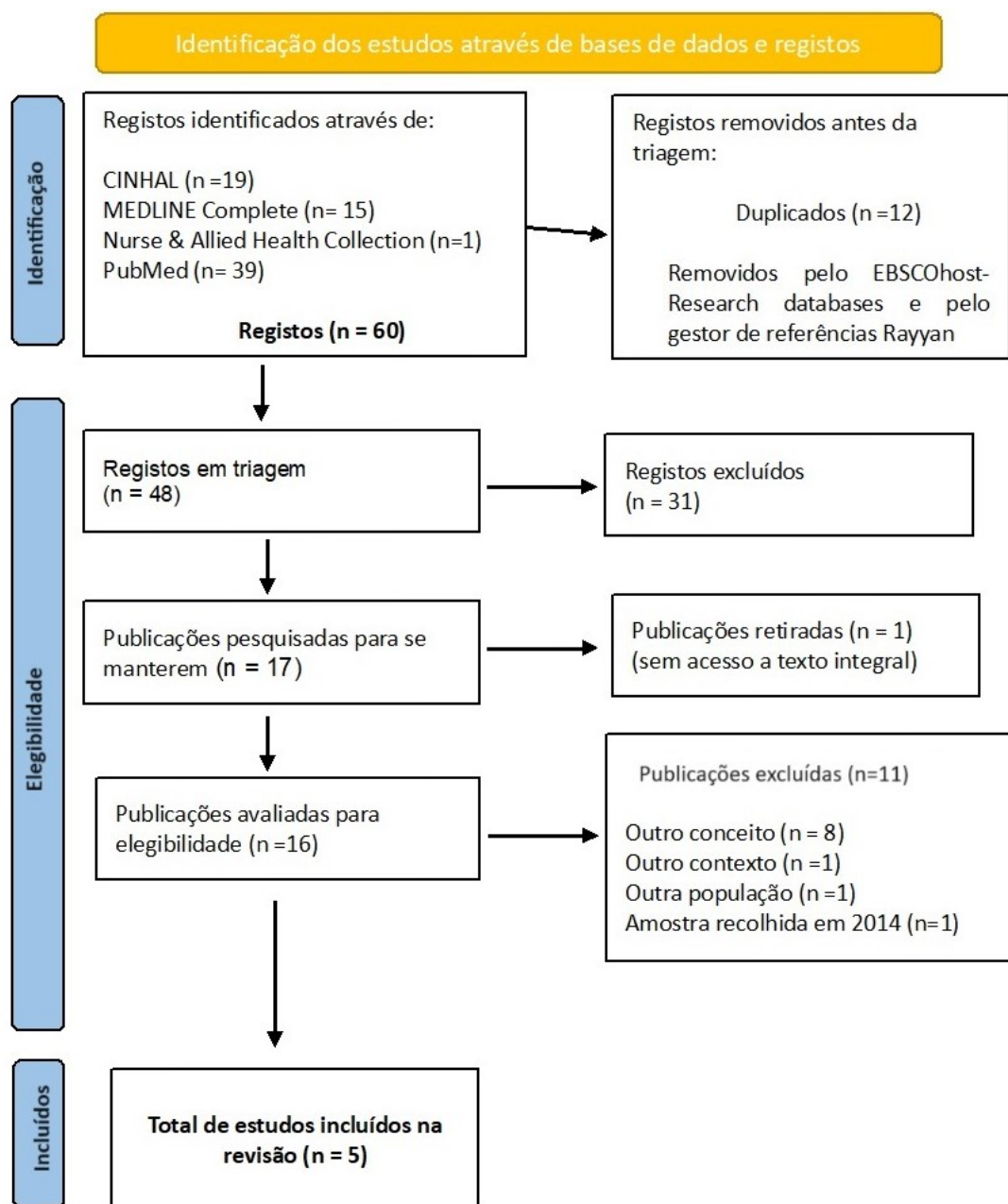
- **Participantes** - Pais/cuidadores que acompanham crianças ao Serviço de Urgência Pediátrica
- **Conceito** - A literacia em saúde dos pais/cuidadores que acompanham as crianças ao Serviço de Urgência Pediátrica
- **Contexto** - Serviço de Urgência Pediátrica
- **Limite temporal** - Janeiro de 2019 e março de 2024
- **Língua** - Português e Inglês
- **Acesso ao estudo** - Acesso livre e integral

Os critérios de exclusão definidos foram: “outros participantes”, “literacia noutras áreas”, “internamento em pediatria ou consulta programada”.

Resultados

Foram considerados todos os tipos de estudos. Dos 60 documentos encontrados, foram removidos 12 duplicados. Dos restantes 48 artigos, foram excluídos 31 após análise do título e resumo e 1 por inacessibilidade ao texto integral. Foram elegíveis 16 publicações para leitura integral, das quais 11 não cumpriram os critérios de inclusão. Assim, foram consideradas 5 publicações para a revisão (Figura 1). Os principais resultados são apresentados na tabela de extração de dados (Tabela 1).

Figura 1. Diagrama Prisma



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal

Tabela 1 – Tabela de extração de dados

Estudo	Título Autor, Ano e País	Objetivos	Tipo de Estudo	Amostra	Metodologia	Resultados/ Conclusões
1	<i>A Survey of Caregivers' Knowledge on Detection and Management of Pediatric Fever</i> Concilla A, Kovacik R, Kobilis J, et al. 2021 US	Avaliar os cuidadores relativamente à deteção e gestão da febre na criança Identificar falhas de conhecimento na deteção e gestão da febre na criança	Quantitativo Longitudinal	Foram incluídos 276 cuidadores de crianças com idades entre 3 meses e 12 anos, que se apresentaram no SU independente da sua queixa principal. Este estudo foi realizado num centro de trauma de nível 1, em Philadelphia.	Aplicação de questionário em suporte de papel, contendo 11 questões sobre de escolha múltipla. Dados recolhidos em documento Excel.	Foram detetadas necessidade de maior conhecimento relativamente à avaliação e gestão da febre na criança. Nomeadamente a forma de avaliação da temperatura apropriada à idade da criança, quais os sinais de febre e partir de que valores se considera febre. Também se verificou que a maioria dos pais trata precocemente a febre, com base na temperatura e não no conforto da criança. Este comportamento leva a que 1/3 dos inquiridos preferam alternar antipirético, apesar do risco de erro ou reação adversa. O recurso à avaliação médica ocorre cedo demais (entre 0 e 2 dias após o início da febre) e cerca de ¼ dos cuidadores indica o SU como o contexto preferencial de assistência em caso de febre. Limitações: pelo contexto de serviço de urgência, as respostas dos cuidadores podem ter sido influenciadas pela ansiedade.
2	<i>Factors associated with self-medication of antibiotics by caregivers in pediatric patients attending the emergency department: a case-control study</i> Cruz et al. 2022 Columbia	Determinar os fatores relacionados com a automedicação com antibióticos, realizada pelos cuidadores de crianças que recorrem ao SU, com sinais de infeção.	Quantitativo Estudo caso-controlo	A amostra foi obtida em dois hospitais gerais, incluindo pais/cuidadores de crianças com idades entre 1 mês e 18 anos. <u>Caso:</u> Incluídos os pais/cuidadores que referiram administração de antibióticos sem prescrição médica. <u>Controlo:</u> Incluídos pais/cuidadores de crianças com infeção aguda	Aplicação de um questionário eletrónico, preenchido em tablet sob a supervisão dos investigadores. Análise estatística pela utilização do STATA 16.1. Regressão logística.	Foram verificados equívocos e falta de conhecimento relativamente a: diferenças entre infeção bacteriana e infeção viral, situações em que está recomendado a administração de antibióticos, segurança e efeitos adversos. Limitações: O estudo aborda uma parte da população de classe média e com seguro de saúde; os membros da equipa de investigação não se encontravam 24h, pelo que alguns casos elegíveis podem não ter sido incluídos na amostra; o

				que negaram a administração de antibióticos sem prescrição médica.		recrutamento para amostra foi interrompido pela pandemia COVID-19, pelo que a amostra foi reduzida para 75% do previsto.
3	<p><i>Fever phobia in caregivers presenting to New Zealand emergency departments</i></p> <p>Macmahon, D. et al.</p> <p>2021</p> <p>Nova Zelândia</p>	Determinar a prevalência da “febre fobia” e o incorreto conhecimento e gestão da febre, entre os cuidadores/pais que recorrem ao SU.	Estudo quantitativo Transversal	<p>Amostra de conveniência recolhida entre janeiro de 2019 e março de 2020, em 3 hospitais, em Nova Zelândia.</p> <p>Amostra foi composta por 502 cuidadores de crianças com idade inferior a 5 anos.</p>	<p>Análise estatística realizada em XLSTAT e SAS 9.4</p> <p>Regressão logística.</p>	<p>Os resultados demonstram que os cuidadores que recorrem ao SU, demonstram falta de conhecimento relativamente ao uso de antipiréticos (dose, intervalo de administração e quando está indicado), bem como intervenção sem evidência para a redução da febre.</p> <p>Por outro lado, mantem crenças incorretas em relação aos efeitos adversos da febre.</p> <p>Limitação: A amostra foi mais reduzida do que o previsto devido à pandemia COVID-19.</p>
4	<p><i>Factors that influence family and parental preferences and decision making for unscheduled paediatric healthcare – systematic review</i></p> <p>Nicholson et al.</p> <p>2020</p> <p>Irlanda</p>	Identificar os fatores que influenciam os pais/famílias a recorrer a cuidados de saúde pediátricos não programados.	Revisão Sistemática da Literatura	56 estudos (incluindo estudos quantitativos, qualitativos e mistos).	<p>Pesquisa de literatura em 5 bases: CINHALL, Pubmed, SCOPUS, Psycinfo, EconLit; Pesquisa na literatura cinzenta (Lenus, OpenGrey e Google Scholar).</p> <p>A triagem foi realizada de forma independente por dois autores. Foram adicionados 9 artigos, após verificação das referências dos artigos elegíveis.</p>	<p>Os resultados abordam um grande número de fatores que podem influenciar o recurso aos cuidados de saúde não programados, como o SU.</p> <p>Relativamente à literacia em saúde dos pais/cuidadores, os resultados sugerem que esta pode influenciar a perceção da urgência da situação de doença.</p> <p>Assume-se que uma maior compreensão da condição de saúde e gestão de doença pode influenciar a decisão de recorrer ao SU.</p>
5	<p><i>Beliefs, Practices and Health Care Seeking Behavior of Parents Regarding Fever in Children</i></p> <p>Urbane, U. et al.</p> <p>2019</p> <p>Letónia</p>	Identificar a influência das crenças dos cuidadores na gestão da febre e procura de cuidados de saúde.	Estudo Quantitativo Transversal	<p>Amostra obtida em dois momentos diferentes e em dois contextos diferentes, considerando pais/cuidadores de crianças com idades entre 1 mês até 18 anos:</p> <p>- Entre outubro de 2017 e dezembro de 2018 foram</p>	<p>Aplicação de um questionário aos pais/cuidadores de crianças com idades entre 1 mês até 18 anos.</p> <p>A análise estatística foi suportada pelo SPSS e MS Excel e foi realizada</p>	<p>Os resultados mostram os cuidadores tem crenças erradas e falta de conhecimento relacionado com a febre. A maioria acredita que que a febre é um indicador de doença grave e que esta pode atingir valores que podem colocar em risco a vida da criança.</p> <p>Desta forma os antipiréticos são administrados precocemente, com base</p>

				recrutados 199 participantes no Hospital pediátrico Universitário em Riga; - Entre janeiro e março de 2019, foram recrutados 156 participantes em 6 hospitais regionais	análise estatística descritiva.	em valores de temperatura e não no conforto da criança. Simultaneamente mais de metade dos participantes refere procurar cuidados médicos nas primeiras 24h do início da febre. A maioria dos cuidadores sente maior segurança quando assistidos no serviço de urgência em relação à assistência pelo médico de família. Limitações: não foi definido o método standard de avaliação da temperatura, pelo que pode haver variações nas práticas de avaliação no domicílio.
--	--	--	--	---	---------------------------------------	--

Discussão

A literacia em saúde dos pais pode condicionar a perceção de gravidade do estado dos seus filhos e o recurso indevido ao SUP. A literatura mostra que ansiedade sentida pelos pais/cuidadores quando os seus filhos estão doentes, pode levar ao recurso indevido do SUP, no sentido de se tranquilizarem e receberem orientações sobre como gerir a condição de saúde dos seus filhos (Nicholson et al., 2020).

Apesar da febre ser um fenómeno benigno que atua como mecanismo de defesa contra infeções (DGS, 2018), alguns estudos mostram que a “fobia da febre” se mantém entre os pais/cuidadores. Este termo, refere-se aos medos infundados e às crenças erradas que os pais/cuidadores detém sobre a febre, os quais podem levar a intervenções potencialmente prejudiciais para reduzir a temperatura. (Concilla et al., 2021; MacMahon et al., 2021; Urbane et al., 2019). Uma grande percentagem dos pais acredita que pode ocorrer dano cerebral, dano cardíaco, cegueira, coma e morte (MacMahon et al., 2021; Urbane et al., 2019). O receio da febre leva a avaliação injustificada da temperatura. Frequentemente os pais/cuidadores avaliam a temperatura quando a criança se sente quente, independente de apresentar outros sinais relevantes, como a alteração do comportamento habitual (Concilla et al., 2021). Apesar das recomendações de saúde, verifica-se que a maioria trata precocemente a febre, com base na temperatura e não no conforto da criança. Os dados sugerem que é comum a administração de antipirético quando a temperatura corporal atinge

os 38°C (Urbane et al., 2019). Paralelamente, identifica-se que alguns pais/cuidadores preservam práticas de controlo da febre desajustadas como: acordar os filhos para avaliar a temperatura e/ou para administrar antipiréticos (MacMahon et al., 2021). Verifica-se ainda, que os métodos de avaliação da temperatura nem sempre são os mais adequados à idade da criança, principalmente nas faixas etárias mais baixas. Tal pode levar a avaliações erradas da temperatura e a maior insegurança na gestão da febre (Concilla et al., 2021).

De uma forma geral, verifica-se que o recurso aos serviços de saúde, entre os quais o SUP, acontece numa fase precoce da instalação da febre, nomeadamente nas primeiras 48h (Concilla et al., 2021; Urbane et al., 2019).

No que diz respeito à gestão medicamentosa, a maioria dos pais/cuidadores parecem respeitar o intervalo recomendado entre a administração dos antipiréticos (MacMahon et al., 2021). Contudo, uma grande parte dos pais/cuidadores refere administrar de forma alternada antipiréticos (tais como o paracetamol e o ibuprofeno), apesar desta prática não estar recomendada. Relativamente à antibioterapia, ainda persistem conceções erradas sobre a ação dos antibióticos, considerando-se que são eficazes em infeções virais e que encurtam o tempo de doença. Muitos pais/cuidadores consideram poder suspender a antibioterapia quando a febre é resolvida e mostram desconhecimento sobre a relação entre o uso de antibióticos e a criação de bactérias resistentes (Cruz et al., 2022).

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com a ausência de estudos na população portuguesa. Havendo diferenças significativas entre os sistemas de saúde dos vários países e o acesso à informação, consideramos importante que futuros estudos possam ser realizados na população portuguesa.

Conclusão

A informação que os pais/cuidadores detêm sobre saúde pode influenciar os cuidados prestados à criança. A falta de conhecimento sobre a gestão adequada da febre e da medicação, contribui para erros em diferentes áreas de cuidados aos filhos, tais como avaliação da febre, administração de medicação antipirética, administração de antibióticos e no recurso precoce aos cuidados de saúde, nomeadamente ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Mais atenção deve ser dada à educação dos pais/cuidadores relativamente à febre na criança e gestão medicamentosa. O nível de literacia em saúde dos pais/cuidadores nesta área, pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados por eles e ajustar o comportamento de procura de assistência médica, recorrendo ao Serviço de Urgência Pediátrica, apenas quando necessário. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrico pode contribuir para a difusão do conhecimento nos diferentes contextos da sua prática, esclarecer e incentivar a procura de informação de saúde. Assim, perspectiva-se que possa ter um papel ativo no aumento da literacia em saúde dos pais/cuidadores.

Referências bibliográficas

- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., & Justo, A. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030—Plano Estratégico*.
https://www.researchgate.net/publication/371901961_Plano_Nacional_de_Literacia_em_Saude_e_Ciencias_do_Comportamento_2023-2030_-_Plano_Estrategico
- Belim, C. (2023). A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da revista portuguesa de literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1, 4-15. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/4.pdf>
- Concilla, A., Kovacik, R., Kobilis, J., & Stobart-Gallagher, M. (2021). A Survey of Caregivers' Knowledge on Detection and Management of Pediatric Fever. *Cureus*, 13(3), 14222. <https://doi.org/10.7759/cureus.14222>
- Cruz, J. C., Perez, C. Z., Cabrera, M. C. S., Lopez, E. R., Hoyos, P. V., Rojas Rojas, D., & Montaña, A. O. (2022). Factors associated with self-medication of antibiotics by caregivers in pediatric patients attending the emergency department: A case-control study. *BMC Pediatrics*, 22(1), 520. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03572-z>
- DGS. (2018). *Processo Assistencial Integrado da febre de curta duração em idade pediátrica*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>

- Goes, A. R. (2019). Literacia em saúde parental: Dos fundamentos às intervenções. *Saúde & Tecnologia*, 22, 8–12. <https://doi.org/10.25758/set.2237>
- MacMahon, D., Brabyn, C., Dalziel, S. R., McKinlay, C. J., & Tan, E. (2021). Fever phobia in caregivers presenting to New Zealand emergency departments. *Emergency Medicine Australasia*, 33(6), 1074–1081. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13804>
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311–317. <https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Nicholson, E., McDonnell, T., De Brún, A., Barrett, M., Bury, G., Collins, C., Hensey, C., & McAuliffe, E. (2020). Factors that influence family and parental preferences and decision making for unscheduled paediatric healthcare – systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 663. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05527-5>
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Regulamento n.º 422/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Urbane, U. N., Likopa, Z., Gardovska, D., & Pavare, J. (2019). Beliefs, Practices and Health Care Seeking Behavior of Parents Regarding Fever in Children. *Medicina*, 55(7), 398. <https://doi.org/10.3390/medicina55070398>

Apêndice II: A literacia em saúde dos pais/cuidadores e o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica: Poster Científico



A literacia em saúde dos pais/cuidadores e o recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica

Sara Neiva¹, Isabel Quelhas²

¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem (Porto), Portugal

² Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem (Porto), Portugal

Introdução

A literacia em saúde permite decisões fundamentais no que concerne à gestão da doença e procura de cuidados de saúde. O objetivo deste estudo é identificar a literacia em saúde dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica. A questão de investigação delineada foi “Qual a literacia em saúde dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica?”

Material e Métodos

Revisão Integrativa da Literatura

- **P**= Pais /cuidadores
- **I**= Literacia em Saúde
- **C**= Não aplicável
- **O**= Recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica
- ✓ Bases de dados: CINHAL, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection e PubMed
- ✓ Literatura publicada entre janeiro de 2019 e março 2024, em português e inglês, com acesso livre e integral.

Referências: BELIM, Célia. *A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*. Em linha Revista Portuguesa de Literacia em Saúde, outubro de 2023, n.º 1, pp. 5–11. Disponível em: <https://splportugal.com/rplsoutubro-de-2023>. [consult. 09/04/2024].

GOES, An. *Literacia em saúde parental dos fundamentos às intervenções*. Em linha SAÚDE & TECNOLOGIA, 2019, n.º 22, pp. 8–12. Disponível em: <https://doi.org/10.25758/set.2237>. [consult. 09/04/2024]. MENDES, Karina Dal Sasso, Renata Cristina de Campos Pereira SILVEIRA e Cristina Maria GALVÃO. *Revisão integrativa método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Em linha Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 17 (dezembro de 2008), n.º 4, pp. 758–764. ISSN 0104-0707. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018> [consult. 09/04/2024]. PEDRO, Ana Rita, Odete AMARAL e Ana ESCOVAL. *Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*. Em linha Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 34 (setembro de 2016), n.º 3, pp. 259–275. ISSN 0870-9025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>. [consult. 09/04/2024].

Resultados e Discussão

Foram encontradas 60 publicações. Após triagem pelo título e resumo, procedeu-se à leitura integral de 16 publicações. Foram consideradas para a revisão, as 5 publicações que respondiam à questão de Investigação. Os resultados revelaram duas áreas em que os pais apresentam défice de conhecimento:

Gestão da febre

Gestão medicamentosa

Estes dois aspetos contribuem para erros em diferentes áreas de cuidados aos filhos

Avaliação da Febre

Administração de antipiréticos

Administração de antibióticos

Recurso precoce aos cuidados de saúde

Conclusões: Maior atenção deve ser dada à educação parental em saúde, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados que os pais/cuidadores prestam, bem como ajustar o comportamento de procura de assistência médica, no Serviço de Urgência Pediátrica. Uma das limitações deste estudo relaciona-se com a ausência de estudos na população portuguesa. Havendo diferenças significativas entre os sistemas de saúde dos vários países, consideramos importante, que futuros estudos possam ser realizados na população portuguesa.

Apêndice III: Material Produzido para a realização de Ação de Formação a Pares - Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Sessão de Formação de Pares - Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia

Trabalho realizado para a Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório “–
Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Sara Alexandra Guimarães Neiva

Novembro, 2023

Siglas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

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

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

EESIP – Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Índice

1. Introdução	112
2. Contextualização do Tema	113
3. Objetivos	115
4. Metodologia/Seleção de Estratégias.....	116
5. Recursos	117
6. Avaliação	118
7. Plano da Sessão	119
8. Conclusão	121
9. Referências bibliográficas.....	122
Apêndices	124
Apêndice I - Questionário sobre avaliação de conhecimentos dos participantes no final da sessão.....	125
Apêndice II – Avaliação da sessão formativa	126

1. Introdução

No decorrer do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, e no âmbito da unidade curricular “Relatório e Estágio Final” apresentei um projeto de estágio que se concretizou como um guião, para o desenvolvimento de atividades que permitam adquirir as competências necessárias, à atribuição do grau académico de mestre com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil.

Algumas das competências incluídas no plano de estudos do curso, dizem respeito à identificação de necessidades formativas, promoção de formação em serviço e demonstração de capacidade de comunicação de conclusões e conhecimentos a enfermeiros especialistas e não especialista, pelo que a formação de pares no contexto de estágio, se torna mandatória.

O estágio em contexto de CSP decorre entre 4 de setembro e 24 de novembro. Especificamente, esta sessão de formação de pares insere-se na minha passagem pela UCC. A seleção do tema, ocorreu após discussão com a coordenadora da unidade, acerca das necessidades concretas que a equipa sente, quando confrontados com crianças portadores de gastrostomia. Outra razão que contribuiu para esta seleção, foi a minha experiência profissional na área, e por isso o conhecimento prático que certamente poderei mobilizar. Este planeamento tem como objetivo criar as linhas orientadoras da sessão de formação, tornando-a capaz de responder às necessidades da equipa.

Este documento é composto pela introdução, seguindo-se o segundo capítulo sobre a contextualização do tema e a sua fundamentação teórica. O terceiro capítulo expõe os objetivos. De seguida é apresentado o quarto capítulo com a metodologia/seleção das estratégias previstas. O quinto capítulo identifica os recursos a mobilizar para a concretização da sessão de formação. O sexto capítulo descreve as estratégias de avaliação. É reservado ainda o capítulo sete para apresentação do plano de sessão e por último, a conclusão. Os materiais utilizados na sessão são apresentados como apêndices.

2. Contextualização do Tema

Atualmente, assiste-se a uma maior inclusão social e escolar das crianças com necessidades de saúde especiais. Entende-se por “Necessidade de Saúde Especiais” (NSE), “as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (Decreto-Lei n.º 54/2018, 2018, p. 2918). Torna-se prioritário o estabelecimento de uma escola inclusiva “onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena inclusão social” (Decreto-Lei n.º 54/2018, 2018, p. 2920). Desta forma, os cuidados com estas crianças descentralizam-se da assistência hospitalar e passam a ser também da responsabilidade dos profissionais de saúde com intervenção na comunidade. Espera-se que o especialista em Saúde Infantil e Pediátrica seja aquele que “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” apoiando a “inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais” (Regulamento 422/2018, p. 19193). Nessa perspetiva compete à saúde escolar “contribuir para uma resposta adequada às NSE” (DGS, 2015, p. 44), nomeadamente na saúde escolar.

Não obstante do desafio que possa ser para o enfermeiro, a criação das condições para a inclusão destas crianças na escola, é certamente para a comunidade educativa, um desafio superior. Esta situação contribui para a necessidade de atenção e intervenção por parte dos enfermeiros para dar resposta a inseguranças, dúvidas e necessidade de ensino do pessoal docente e não docente. As escolas devem estar preparadas para acolher as crianças com necessidades especiais e devem ter acesso a recursos que lhes permitam aprender as intervenções requeridas, para que as crianças possam ser assistidas nas suas necessidades, durante o período escolar. Está previsto no PNSE que o enfermeiro realize “ações de formação ao pessoal docente e não docente para apoio a crianças e jovens com NSE” (DGS, 2015, p. 46).

A gastrostomia é uma intervenção frequente para assegurar a nutrição adequada na criança. São inúmeras as condições clínicas que justificam uma alimentação por gastrostomia, por esta razão, a opção por esta forma de alimentação entérica continua a aumentar (Spratling,

et., 2021). A Gastrotomia consiste na introdução de uma sonda na cavidade gástrica, permitindo a administração de alimentos, líquidos e medicação (Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, 2023).

Durante o período de permanência na escola a criança necessita de ser alimentada. Percebe-se, que se comunidade educativa não der resposta a essa necessidade, a criança pode ficar impedida de frequentar a escola ou os pais impedidos de manter a sua atividade laboral. Frequentemente para colmatar esta falha nos recursos, os pais sentem necessidade de se dirigirem à escola para alimentar a criança ou buscá-la para ser alimentada no domicílio. Em todos os casos, o direito a frequentar a escola fica comprometido

Por outro lado, a gastrostomia tem um enorme impacto na vida das crianças e dos seus pais. A indicação de gastrostomia na criança pode ser vivida como “um momento de crise, no qual sua estrutura e dinâmica de organização familiar são abaladas, assim como a idealização daquele filho” (Novaes & Cunha, 2019, p. 3). Aqui reforça-se as vivências dos pais cuidadores, de uma criança com várias necessidades especiais e várias dependências nos seus autocuidados. É importante o reconhecimento destas fragilidades e promover o apoio ao papel parental e apoio emocional.

Qualquer profissional, que pretenda capacitar a comunidade, precisa deter o conhecimento necessário para tal. No parque escolar da UCC tem aumentado o número de crianças portadoras de botão gástrico. Não sendo algo até agora habitual, os enfermeiros desta UCC mostraram interesse e necessidade em aprofundar conhecimentos nesta área. É neste contexto que surge a formação dos elementos da UCC, em gastrostomia, bem como no seu impacto na vida da criança/pais.

3. Objetivos

Para a sessão de formação de pares sobre a “Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia” defini os seguintes objetivos educacionais:

3.1 Objetivos Gerais

- Aumentar o conhecimento dos profissionais da UCC sobre “Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia”

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as indicações para a gastrostomia, métodos de colocação e momento de troca do dispositivo de gastrostomia;
- Saber prestar os cuidados ao estoma;
- Saber prestar os cuidados de manutenção do botão gástrico, seringas e extensores;
- Conhecer como se administra administração de alimentos e medicação por botão gástrico;
- Identificar as possíveis complicações, intervenções a realizar e encaminhamento;
- Refletir sobre a o papel do enfermeiro na adaptação da criança/pais à gastrostomia;
- Refletir sobre o impacto da gastrostomia na vida da criança/pai.

4. Metodologia/Seleção de Estratégias

Esta sessão de formação terá um tempo de duração de 45 minutos. Irei recorrer essencialmente ao método expositivo, com apresentação dos conteúdos em PowerPoint. Atendendo ainda às características do público-alvo, a sua formação e experiência profissional, será acrescentado o método interativo, proporcionando oportunidade para discussão e partilha de conhecimentos/experiências.

Os conteúdos seleccionados para esta sessão são de seguida enumerados:

- Definição de gastrostomia e indicações para a sua realização;
- Técnicas de gastrostomia e dispositivos;
- Troca de botão gástrico;
- Complicações frequentes;
- Quando encaminhar para os serviços de saúde;
- Impacto na criança/pais e escola;
- A assistência à criança com gastrostomia:
 - Cuidados com o estoma e botão gástrico;
 - Cuidados de manutenção do material de administração de alimentos e medicação;
 - Administração de alimentos e medicação.

5. Recursos

Para a realização desta sessão de formação foram reunidos os recursos abaixo identificados.

5.1 Recursos Humanos

- ✓ Estudante do MEESIP da Universidade Católica Portuguesa.

5.2 Recursos Físicos

- ✓ Sala de formação.

5.3 Recursos Materiais

- ✓ Computador;
- ✓ Projetor.

6. Avaliação

Os conteúdos selecionados para a formação tiveram por base a auscultação da equipa, sobre as suas principais necessidades formativas e interesses. A totalidade dos enfermeiros está familiarizada com o conceito de gastrostomia, mas desconhece os diferentes dispositivos, cuidados e manutenção e o enquadramento no contexto da criança com doença crónica complexa. Desta forma, esta formação pretende explorar os cuidados de enfermagem à criança com gastrostomia, incluindo os cuidados técnicos e atenção a ter com impacto que esta forma de alimentação, tem na criança/família.

O momento de avaliação da formação permite objetivar o seu sucesso e por isso contribuir futuras melhorias, se for necessário. A avaliação desta formação incluirá o preenchimento pelos participantes de um questionário sobre os seus conhecimentos no final da sessão (Apêndice I) e um questionário sobre a avaliação da própria sessão formativa (Apêndice II).

7. Plano de Sessão

“Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia”				
Público: Equipa de Enfermagem da UCC		Local: UCC		
Data: 21-11-2023		Hora: 13:00	Duração da sessão: 45 minutos	
Dinamizador: Sara Neiva (aluna do MEEESIP)				
Objetivos da formação	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conhecimento dos profissionais da UCC sobre “Assistência de - Enfermagem à Criança com Gastrostomia. 			
	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as indicações para a gastrostomia, métodos de colocação e momento de troca do dispositivo de gastrostomia; - Saber prestar os cuidados ao estoma; - Saber prestar os cuidados de manutenção do botão gástrico, seringas e extensores; - Conhecer como se administra administração de alimentos e medicação por botão gástrico; - Identificar as possíveis complicações, intervenções a realizar e encaminhamento; - Refletir sobre a o papel do enfermeiro na adaptação da criança/pais à gastrostomia; - Refletir sobre o impacto da gastrostomia na vida da criança/pai. 			
Recursos: Computador e projetor				
Fase	Conteúdos	Método	Atividades	Avaliação
Introdução 5 min	Enquadramento da sessão	Expositivo	Apresentação do tema e do formador	-----

<p>Desenvolvimento 25 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de gastrostomia e indicações para a sua realização; - Técnicas de gastrostomia e dispositivos; - Troca de botão gástrico; - Complicações frequentes; - Quando encaminhar para os serviços de saúde; - Impacto na criança/pais e escola; - A assistência à criança com gastrostomia: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados com o estoma e botão gástrico; • Cuidados de manutenção do material de administração de alimentos e medicação; • Administração de alimentos e medicação. 	<p>Expositivo Interrogativo</p>	<p>Apresentação em PowerPoint</p>	<p>-----</p>
<p>Conclusão 15 min</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas; Avaliação dos conhecimentos adquiridos.</p>	<p>Expositivo</p>	<p>Resumo dos tópicos-chave Avaliação da sessão</p>	<p>Preenchimento de Questionários</p>

8. Conclusão

A formação profissional é um requisito para o exercício da profissão de enfermagem. Ao longo do percurso profissional de um enfermeiro, é necessária formação complementar, aquisição de novas competências, ou até mesmo reciclagem de conhecimentos prévios. Ao enfermeiro especialista, cabe diagnosticar necessidades formativas e atuar como formador em contexto laboral (Regulamento n. °140/2019, 2019).

Espera-se com a sessão de formação referida, contribuir para o aumento de conhecimento dos profissionais da UCC, permitindo que sejam colmatadas falhas de conhecimento relativas à assistência à criança com gastrostomia e seus pais/cuidadores.

Este planeamento permitiu-me aumentar e consolidar conhecimento acerca deste tema. Por outro lado, contribuiu para treinar e evoluir na realização de planeamentos para a formação de pares. Este público-alvo requer conceitos mais detalhados e uma comunicação mais específica e menos corrente.

9. Bibliografia

- Casacio, G., Ferrari, R., Zilly, A., & Silva, R. (2022). Therapeutic itinerary of children with special health care needs: analysis guided by care systems, *Rev Gaúcha Enferm.* 43, 1-12 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210115.en>
- Cotrim, J., Carvalho, J., Carvalho, L., & Soares, I. (2012). Alimentação por gastrostomia endoscópica percutânea: impacto na qualidade de vida de doentes e cuidadores? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(3), 118-121. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/41/20130110193553_Casuistica_Cotrim_J_43.pdf
- DGS. (2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-alimentacao-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>
- DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Novaes, N., & Cunha, A. C. (2019). Enfrentamento e Resiliência Familiar na Tomada de Decisão pela Gastrostomia Infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019, 39, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003187678>
- Regulamento n.º 422/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadoras de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *Cadernos OE, II (3)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_volii.pdf

Decreto-Lei n.º 54/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República, 1.ª série — N.º 129 — 6 de julho de 2018. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. (2023). *Gastrostomia percutânea endoscópica*. <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomia-percutanea-endoscopica>

Spratling, R., Rebecca Chambers, R., & Lawrence, P. (2021). Best Practices with Use of Feeding Tubes. *Pediatric Nursing*, 47(1), 7-10. <https://research.ebsco.com/c/ljojij/viewer/pdf/aighq3q7kj>

Apêndices

Apêndice I – Questionário sobre avaliação de conhecimentos dos participantes no final da sessão

Este questionário pretende ser instrumento de avaliação do contributo da sessão para aquisição final de conhecimentos. Este documento é anónimo e apenas serve para avaliar o sucesso da formação. Para cada afirmação, assinale com um X, a opção que melhor traduza o seu conhecimento.

Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não sei
1. Os cuidados ao estoma devem ser realizados após a alimentação.			
2. A limpeza do estoma é realizada com soro fisiológico.			
3. Recomenda-se a verificação mensal da água do botão gástrico.			
4. O extensor grosso permite a administração de medicação para além da alimentação.			
5. A troca do botão gástrico do botão com menos de 4 semanas deve ser realizada pelo enfermeiro.			
6. A gastrostomia está indicada apenas se prevê a necessidade de alimentação entérica por mais de 6 meses.			
7. O tubo PEG pode ser trocado por botão gástrico.			
8. Em caso de obstrução do botão gástrico é necessário recorrer ao médico da especialidade ou em caso de impossibilidade, ao SU.			
9. Em caso do botão se exteriorizar deve-se fazer um penso compressivo e recorrer ao SU de imediato.			
10. O maior impacto da gastrostomia na criança/família está relacionado com alteração da imagem e o estigma social.			

Apêndice II – Questionário sobre a avaliação da sessão formativa

Este questionário tem como objetivo a avaliação da sessão de formação e do formador. É garantido o anonimato. A sua implementação e posterior análise permitirá uma melhoria em sessões de formação futuras. Por favor, assinale com X a resposta que melhor traduza a sua opinião.

Formação: “Assistência de Enfermagem à Criança com Gastrostomia”		Data: 21/11/2023		
Formadora: Enf. ^a Sara Neiva (estudante de MEESIP)				
Conteúdo Programático	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da sessão				
Utilidade do Conteúdo				
Satisfação face às expectativas				
Organização da Sessão	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados				
Meios utilizados				
Duração da sessão				
Formador	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio dos conteúdos				
Adequação dos métodos				
Linguagem utilizada				

Apresentação em PowerPoint

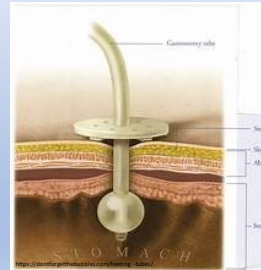
Assistência de Enfermagem à Criança com gastrostomia

Enf.ª Sara Neiva

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

Definição

- Abertura artificial que permite a comunicação entre o estômago e parede a parede abdominal, tendo por objetivo a criação de uma fistula artificial gastro cutânea, onde é colocada uma sonda dentro da cavidade gástrica.



2

Indicações

- Necessidade de aporte nutricional por via entérica por mais de 4 semanas;
- DGRE sem resposta a medidas posturais, pró motílicos, bloqueadores histamínicos ou antiácidos;
- Podem ser temporárias ou definitivas;

3

Indicações

- DRGE
- Compromisso da deglutição
- Infecções respiratórias frequentes
- Desnutrição
- Incumprimento de medicação



4



Colocação

- Cirurgia aberta
- Laparoscópica
- **Via percutânea**



PEG



Botão gástrico

Cuidados com o estoma

- Limpar diariamente a área ao redor do botão com água morna e sabão neutro usando uma compressa e movimentos circulares de dentro para fora
- Secar cuidadosamente a área (Pode ser útil usar um cotonete)
- Verificar a área peri-estoma



Cuidados com o botão gástrico

- Girar cuidadosamente o botão completamente uma vez por dia
- Verificar se a tampa de segurança está bem fechada
- Verificar o volume de água dentro do balão uma vez por semana
- Repor a quantidade que falta de água destilada
- Manter a válvula limpa



(se PEG, prender a sonda e proteger com a roupa)

Administração de alimentos pela sonda/botão

- Posicionamento
- Ligar a extensão ao botão (fazendo coincidir o traço negro da extensão com o traço negro do botão)
- Conectar seringa ou sistema de perfusão;
- Verificar o posicionamento da sonda/botão
- Alimentos à temperatura ambiente
- Limpar a sonda ou extensão do botão instilando água.



Administração de medicação

- Não misturar vários medicamentos na seringa
 - Os comprimidos devem ser triturados e dissolvidos em 5-10ml de água
 - Os comprimidos de liberação retardada não podem ser esmagados
- apresentação ou medicamento alternativo.



Cuidados com a seringa de alimentação

- Lavar a seringa (desmontada) com água e sabão/detergente
- Secar e guardar a seringa num recipiente fechado
- Para a reutilização da seringa:
 - Limpa, sem resíduos
 - Sem rachaduras
 - O êmbolo da seringa deve deslizar facilmente



Cuidados com os extensores

- Extensor grosso – para alimentação em bólus
- Extensor fino – alimentação por bomba perfusora e administração de medicamentos
- **Limpeza externa** : água morna e sabão neutro diariamente
- **Limpeza interna** : após cada refeição, lavar os extensores até que não restem vestígios de comida. Secar e guardar em recipiente



Troca de Sonda

- A primeira troca é sempre realizada pelo médico e nunca antes das 4 semanas
- Troca de sonda com balão (botão) por sonda realizada pelo enfermeiro
- Validade de 6 meses (fabricante)
- Validade de 12-18 meses se bem cuidado
- Troca apenas quando verificados danos ou sinais de deterioração.

Complicações frequentes

- Maceração ou infeção peri-estoma
- Pressão excessiva no local do estoma – mudar comprimento da sonda
- Falta de higiene - limpeza diária
 - limpar perdas de líquido
 - se aplicação de compressa deve ser frequentemente trocada
 - se perdas abundantes contactar médico
 - aplicação de creme reparador
- Granuloma – necessidade de nitratar

Obstrução da botão gástrico

- Avaliar a causa da obstrução (empactamento por restos alimentares/medicamentos, colapso da sonda, Burried Bumper Syndrome)
- Em caso de empactamento administrar água morna com ligeira pressão
- Na impossibilidade da resolução da obstrução considerar substituição

Exteriorização da sonda/botão

- Lavar a área do estoma e peri-estoma com água "morna" e sabão neutro
- Esvaziar o balão e voltar a introduzir a sonda
- Se rutura do balão gástrico, realizar penso oclusivo e requerer intervenção médica
- Na impossibilidade de reintroduzir a sonda, realizar penso oclusivo e requerer intervenção observação médica (no máximo 4h).

Nota: colocação de sonda vesical.

Prevenção da Infecção

Não molhar excessivamente o estoma

Deixar a água abaixo do nível do estoma no banho de imersão

Secar bem

Cuidados de limpeza diários

Educação para a saúde

Capacitar o cuidado da ostomia de alimentação

Reconhecimento de complicações que afetam o estoma e a pele peri-estoma

Ensinar e treinar a administração de alimentação e de medicamentos

Colaboração na substituição da sonda/botão

Encaminhamento

Médico

- Hemorragia digestiva
- Exteriorização da sonda/botão colocada há menos de 4 semanas pela primeira vez
- Síndrome da campânula interna (Burried Bumper Syndrome)
- Abscesso da parede abdominal/celulite

Enfermagem

- Lesões cutâneas peri-estoma
- Suspeita de obstrução
- Exteriorização da sonda/botão colocada há mais de 4 semanas pela primeira vez;
- Perda de líquido entre a sonda/botão e o estoma;
- Perda da capacitação de autocuidado.

Impacto da gastrostomia

Criança – Pais /cuidadores

Escola

Impacto na criança/família

Tristeza

Confronto com a “criança real”

Conflito com o instinto maternal de alimentação oral

Ruptura do funcionamento padrão familiar

Atividade social e fonte de vínculo familiar

Privar do prazer de comer pela boca

Perda de uma perspectiva de normalidade do filho, com impacto psicológico que repercute na quebra das expectativas de uma vida normal e saudável

Impacto na criança/família

Medo

Estigma social

Hemorragia

Rutura do balão

Que outras pessoas acidentalmente exteriorizem a sonda

Infeção

Morte

Impacto na criança/família

Angústia e Negação

Perda de controle

Desconhecido

Frustração

Impacto na criança/família

Insegurança

Dúvidas

Ensinos

Sensação de falta de apoio

Impacto na criança/família

Outras

Interrupção da atividade laboral

Interrupção de atividades domésticas

Menos atenção a outros filhos

Impacto na criança/família

Aspectos Positivos

Facilitação de deslocações

Alívio da pressão associada às alimentações

Ausência de necessidade de brincadeira forçada e ganho de espaço para brincadeira autêntica

Impacto na Escola

Compromisso do brincar pelo risco de exteriorização acidental

Crianças mais passivas

Criatividade dos educadores na adaptação das brincadeiras

Ajuste do horário das refeições para experiência social à mesa

Acompanhamento de Enfermagem

Avaliação do estado geral

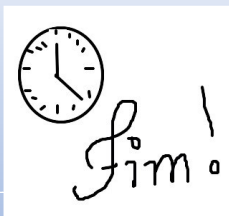
Avaliação do estoma e pele peri-estoma

Capacitação de autocuidado/prestação de cuidados

Adesão ao plano terapêutico

Suporte ao papel parental

Apoio emocional e orientação



Obrigada pela vossa
atenção

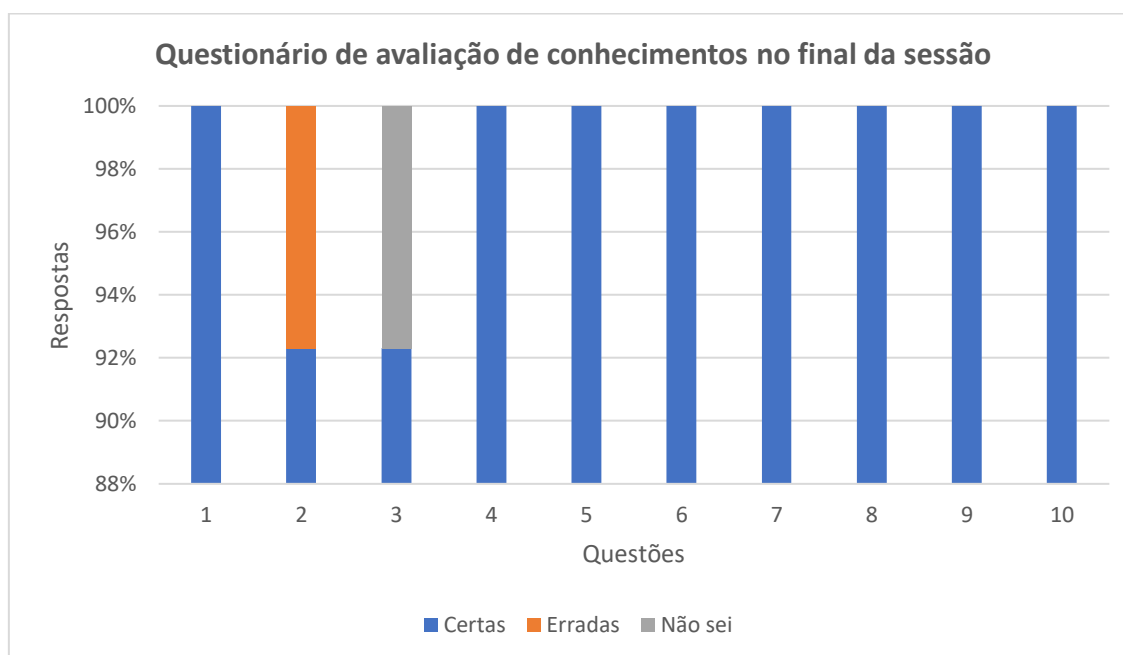
Avaliação da Sessão

Na sessão formativa de pares estiveram presentes 13 enfermeiros da UCC, o que corresponde à totalidade da equipa de enfermagem, em funções à data. Após recolha dos dados pelos questionários distribuídos no final da sessão, estes foram organizados no quadro 1. Para fácil visualização dos resultados, segue-se o gráfico representativo dos mesmos (gráfico 1).

Quadro 1 – Contabilização das respostas ao questionário sobre avaliação de conhecimentos dos participantes no final da sessão.

Questão	Resposta Correta	Resposta Incorreta	Não sabe/Não responde
1	13	0	0
2	12	1	0
3	12	1	0
4	13	0	0
5	13	0	0
6	13	0	0
7	13	0	0
8	13	0	0
9	13	0	0
10	13	0	0

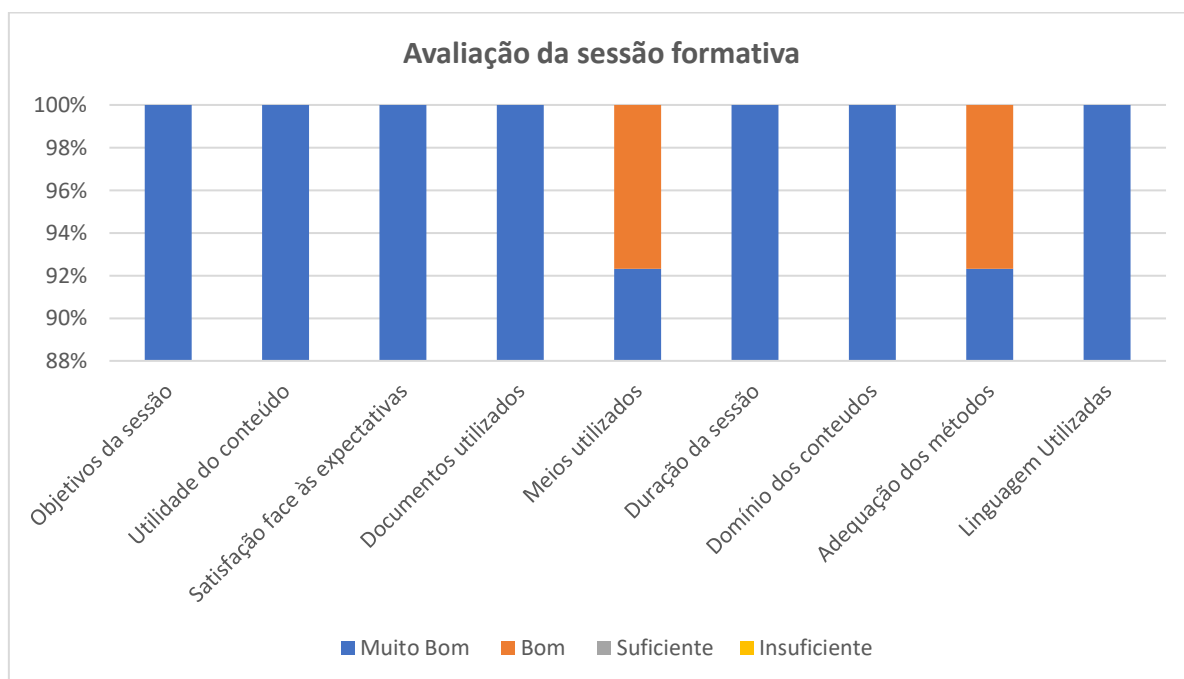
Gráfico 1 – Distribuição gráfica das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos dos enfermeiros no final da sessão.



Apesar de quase todas as respostas terem sido corretas, considero que o conhecimento sobre os cuidados ao estoma e dispositivo de gastrostomia, podem ser melhorados. Desta forma, numa próxima sessão semelhante, pode ser adequado dar maior ênfase aos aspetos relacionados como as recomendações sobre a limpeza do estoma e cuidados de manutenção do dispositivo.

Através de um segundo questionário, distribuído também no final da sessão, foi pedida a avaliação da própria sessão formativa. Os respetivos dados, encontram-se expostos no gráfico 2. De um modo geral, considero uma avaliação muito positiva. Em relação aos aspetos a melhorar, estes dizem respeito aos “meios utilizados” e à “adequação dos métodos” para exposição do conteúdo. Num momento posterior à formação, pude ouvir algumas considerações dos colegas sobre estes aspetos. Estes revelaram a necessidade de ver e manipular os materiais do dispositivo de gastrostomia, nomeadamente, o botão gástrico e os extensores. Numa futura formação semelhante, considerarei a preparação de uma bancada de materiais, de forma a trazer uma componente mais prática à sessão.

Gráfico 2 – Distribuição gráfica das respostas ao questionário de avaliação da sessão



Apêndice IV: Material produzido para a Sessão de Educação para a saúde: “Dentes Saudáveis”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de Sessão de Educação para a saúde - Promoção da Saúde Oral

Trabalho realizado para a Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório –
Contexto de Cuidados de saúde Primários

Orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Sara Alexandra Guimarães Neiva

Novembro, 2023

Siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

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

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

PNPAS – Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável

PNPSO – Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral

Índice

1. Introdução	141
2. Contextualização do tema	142
3. Objetivos.....	144
4. Metodologia/Seleção de estratégias	145
5. Recursos Formativos.....	147
6. Avaliação	148
7. Plano da sessão	149
8. Conclusão	151
9. Bibliografia	152
Apêndices	154
Apêndice I - Grelha de avaliação da escovagem de dentes	155
Apêndice II - Grelha de avaliação de conhecimentos sobre higiene oral....	156

1. Introdução

No decorrer do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, elaborei este documento que constitui o planeamento de uma sessão de educação para a saúde. Esta atividade pretende responder a um dos objetivos específicos que elaborei para a unidade curricular “Relatório e Estágio Final”, nomeadamente para o contexto de cuidados de saúde primários. O estágio neste contexto decorre entre 4 de setembro e 24 de novembro, completando 180h de contacto.

Neste contexto, foi identificada no âmbito da saúde escolar, a necessidade de abordar a temática da promoção da saúde oral, pelo que me propus a realizar uma sessão de educação para a saúde. Esta temática, pretende abordar e colocar em ação o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que integra o Plano Nacional de Saúde e é um dos focos da Saúde Escolar.

Este planeamento tem como propósito, criar as linhas orientadoras da sessão de educação, permitindo construir objetivos e adequar os conteúdos para os atingir. Pretende definir estratégias para facilitar a comunicação com o público-alvo e por último, contribuir para aquisição de competências pessoais, na área do planeamento e da educação para a saúde.

Este documento é composto pela presente introdução, o capítulo dois que ilustra a contextualização e a fundamentação teórica dos conteúdos a abordar, no capítulo três são apresentados os objetivos delineados. Segue-se o capítulo quatro com a abordagem da metodologia e seleção de estratégia formativas, e o capítulo cinco expõe os recursos necessários para a execução da sessão. O capítulo seis é reservado para a apresentação das estratégias de avaliação da formação. O capítulo seguinte mostra o plano de sessão e por último, o capítulo oito apresenta a conclusão. Constam ainda os apêndices, que consistem nos documentos de avaliação a serem utilizados.

2. Contextualização do Tema

Segundo a OMS um terço da população apresenta cáries dentárias não tratadas. As cáries dentárias são um importante problema de saúde pública, a nível mundial. De facto, esta será a doença crónica mais comum nas crianças (WHO, 2022). De entre as suas consequências salienta-se a perda de dentes prematuramente, dor, infeção, dificuldades fonéticas, dificuldade em se alimentar (Peres, 2019). Tudo isto pode levar a limitações de crescimento, absentismo e comprometimento de desempenho escolar. Por outro lado, a cárie pode inclusive evoluir para situações mais graves como pulpíte, celulite, abscessos cerebrais e septicémia (Silva et al., 2022).

Em 2005, é criado o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) com o objetivo reduzir a incidência e prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, procurando ainda melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral (SNS, 2018).

Atualmente encontra-se em vigor o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 (PNPSO). Este está assente em dois eixos estratégicos principais: a prevenção das doenças orais e o diagnóstico, tratamento e reabilitação oral. O seu intuito será “promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, as quais são altamente vulneráveis às medidas de prevenção” (DGS, 2015, p. 7). Na área da prevenção enquadram-se medidas como: incentivo à escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, o bochecho com solução fluoretada no 1º ciclo e a aplicação de selantes de físsuras.

Segundo a DGS, “os indicadores de saúde oral em Portugal têm vindo a melhorar ao longo dos anos, com maior expressão na última década” (DGS, 2015, p. 7). Neste contexto devemos relevar o papel das equipas de saúde escolar.

A Saúde Oral faz parte do Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, enquadrando-se no eixo estratégico 1 correspondente à capacitação. Esta pressupõe contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis por parte da comunidade educativa. Neste âmbito é elaborado um

Plano de Ação da Saúde Escolar ao nível do ACES, competindo às Equipas de Saúde Escolar a operacionalização do mesmo.

Faz todo o sentido instituir e reforçar a educação para a saúde na infância pois é um período “onde são desenvolvidas atitudes, comportamentos e competências pessoais que levam a uma progressiva autonomia da criança e onde o exemplo dos pais e educadores é da maior relevância” (Silva et. al., 2022, p. 86).

Atualmente a literacia em saúde começa a ganhar cada vez mais notoriedade. De facto, a “Saúde Escolar contribui para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral” (DGS, 2015, p. 27). Assiste-se atualmente, a uma grande colaboração entre profissionais de educação e os profissionais de saúde integrados nas equipas de saúde escolar. A equipa de saúde escolar é apoiada pelo pessoal docente, nas intervenções que realiza junto da comunidade educativa, sendo o papel desta, muito importante para a implementação e adesão da escovagem dos dentes em meio escolar e implementação dos bochechos com solução fluoretada (DGS, 2015). Desta forma, os enfermeiros formam para a saúde, capacitam e vêm aplicado de forma concreta os cuidados recomendados para a comunidade escolar.

Assim, é neste contexto que surge esta sessão de educação para a saúde, com ênfase na escovagem dos dentes.

3. Objetivos

Esta sessão de educação para a saúde tem como objetivos gerais:

- Aumentar o conhecimento sobre higiene oral;
- Contribuir para a prevenção de cáries.

No final desta sessão pretende-se que os alunos sejam capazes de:

- Conhecer a importância da higiene oral para prevenção de cáries;
- Conhecer a importância de evitar o elevado teor de açúcar para prevenir cáries;
- Conhecer a importância do flúor para proteção dos dentes;
- Demonstrar a correta técnica da escovagem dos dentes;
- Conhecer os momentos de escovagem diária recomendados.

4. Metodologia/Seleção de Estratégias

Esta sessão de educação para a saúde, será apresentada no âmbito das intervenções na comunidade levadas a cabo pela UCC onde me encontro em estágio, e pretende dar resposta ao programa da Saúde Escolar. Esta sessão em particular, destina-se a turmas de 1º e 2º ano de uma escola de ensino básico e tem uma duração de cerca de 45 minutos.

Com vista a alcançar os objetivos a que esta formação se propõe, são incluídos os seguintes conteúdos:

- Definição de placa bacteriana e cárie;
- A escovagem como medida preventiva de cáries;
- Os momentos de escovagem;
- A técnica da escovagem e material necessário;
- A Importância do flúor;
- O Impacto de açúcar nos dentes.

No que concerne à metodologia, irei recorrer ao método expositivo, demonstrativo e interrogativo. Pretendo que a intervenção por parte dos formandos, possa aumentar o seu interesse e o envolvimento na sessão e consequentemente, contribuir para o sucesso da mesma.

Numa primeira fase o método expositivo será privilegiado, nomeadamente para apresentação da equipa de saúde escolar, o nosso propósito e o tema que vamos abordar. De seguida mantem-se o método expositivo, ao qual se acrescenta o método interrogativo e demonstrativo. Irei proceder à apresentação de dispositivos em PowerPoint, mas procedendo a perguntas ao longo da sua visualização e permitindo que os formandos possam responder, questionar e refletir sobre as suas respostas e a dos seus colegas.

Ao nível da aprendizagem da técnica da escovagem irei demonstrar a técnica e de seguida será pedido que os formandos a demonstrem. De forma a concretizar a avaliação da técnica irei utilizar uma grelha de avaliação (apêndice I).

No final da sessão irei avaliar os conhecimentos veiculados na sessão, com recurso a um jogo. Este implica que os alunos fechem os olhos e levantem a mão consoante classificarem, como verdadeiro ou falso, as afirmações que proferirei (apêndice II). Este exercício permitirá avaliar os conhecimentos demonstrados de forma simples e participativa.

5. Recursos Formativos

Seguidamente apresentam-se aos recursos necessários para a execução desta sessão formativa.

4.1 Recursos Humanos

- ✓ Estudante do MEESIP da Universidade Católica Portuguesa;
- ✓ Tutora EESIP nos CSP.

4.2 Recursos Físicos

- ✓ Sala de aula.

4.3 Recursos Materiais

- ✓ Modelo de boca com dentes;
- ✓ Escova grande;
- ✓ Pasta de dentes;
- ✓ Projetor;
- ✓ Computador.

6. Avaliação da Sessão

A avaliação acerca da aquisição de conhecimentos irá ser realizada de duas formas. A primeira corresponde à observação da execução da técnica de escovagem, com recurso a uma grelha específica (apêndice I). Para a avaliação da técnica de escovagem, irei contar com o apoio da equipa de saúde escolar. Pretende-se que cada aluno demonstre a técnica da escovagem, no modelo de boca e dentes. A segunda forma de avaliação diz respeito aos conhecimentos adquiridos e estará assente numa estratégia dinâmica, constituída por um jogo. Neste jogo, irei proferir 10 afirmações e cada criança de olhos fechados deverá levantar o braço consoante as considerar verdadeiras ou falsas. As respostas serão registadas em grelha própria (apêndice II).

7. Plano de Sessão

Tema	Promoção Saúde Oral - “Dentes saudáveis”			
Público: Alunos do 2º ano		Local: Escola EB1 X		
Data: 16-11-2023		Hora: 9:00	Duração da sessão: 45 minutos	
Dinamizador: Sara Neiva (aluna do MEESIP) sob supervisão da tutora (EESIP)				
Objetivos da formação	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conhecimento sobre higiene oral - Contribuir para a prevenção de cáries <p>No final da sessão espera-se que alunos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a da higiene oral para prevenção de cáries; • Reconhecer a importância de evitar o elevado teor de açúcar para prevenir cáries; • Reconhecer a importância do flúor para proteção dos dentes; • Demonstrar a correta técnica da escovagem dos dentes; • Demonstrar a quantidade de pasta dos dentes a aplicar para a escovagem; • Referir que não se bochecha no final da escovagem; • Conhecer os momentos de escovagem recomendados. 			
Recursos didáticos	<p><u>Material para experiência prática:</u> modelo de boca com dentes, escova, pasta de dentes.</p> <p><u>Material audiovisual:</u> Computador e projetor.</p>			
Fase	Conteúdos	Método	Atividades	Avaliação
Introdução 5 min	Enquadramento da sessão;	Expositivo	Apresentação da equipa; Apresentação do tema;	-----

<p>Desenvolvimento 25 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definição e placa bacteriana e cárie; • A escovagem como medida preventiva de cáries; • Momentos de escovagem; • A técnica da escovagem e material necessário; • Importância do flúor; • O elevado teor de açúcar como causa de cáries. 	<p>Expositivo Demostrativo Interrogativo</p>	<p>Apresentação em PowerPoint Demonstração da técnica; Treino da escovagem.</p>	<p>Aplicação de grelha de avaliação da técnica de escovagem nos diferentes grupos</p>
<p>Conclusão 15 min</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Interrogativo Ativo</p>	<p>Resumo dos tópicos-chave. Jogo</p>	<p>Avaliação de conhecimentos</p>

8. Conclusão

A Saúde Oral, é uma área onde o enfermeiro tem uma grande intervenção pela prevenção. Neste seguimento, o enfermeiro a exercer em cuidados de saúde primários, especialmente ao nível da UCC tem um papel fundamental na difusão das recomendações de saúde, desenvolvimento de habilidades e conseqüentemente, na promoção de saúde oral.

No contexto escolar, esta temática é bastante abordada ao longo do ciclo de estudos. Cada aluno usufrui de várias intervenções da saúde escolar, o que lhes permite aumentar a sua literacia em saúde. Não obstante, ainda há alguns obstáculos a ultrapassar relacionados com a não colaboração dos professores, em executar a escovagem dos dentes na escola, o que pode repercutir nos hábitos de higiene oral dos alunos.

Este planeamento permitiu aprofundar conhecimentos na área do planeamento em saúde, mas também reconhecer a importância da saúde oral e o impacto do seu descuido. Esta percepção irá certamente contribuir para aprimorar a minha prática profissional, seja no incentivo e promoção, como nos ensinamentos para a saúde em meio hospitalar.

Por último, considero que este documento cumpre os seus objetivos. Permitiu sistematizar um conjunto de informação importante a incluir na sessão de educação para a saúde, bem como delinear as etapas e estratégias para a sua execução.

9. Bibliografia

- Ordem dos Médicos Dentistas. (2023). *Saúde Oral na Criança*.
<https://www.omd.pt/publico/saude-oral-crianca>
- Calado, R., Ferreira, C., Nogueira, P., & Melo. (2017). Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community Dental Health*, 34, 107-111. doi:10.1922/CDH_4016Calado05.
- DGS. (2014). *Saúde Oral e Alimentação*.
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#Livro-Sa%C3%BAde-Oral-e-Alimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- DGS. (2015). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- DGS. (2021). *Guia para Lanches Escolares Saudáveis*.
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/#GuiaLanchesEscolares.pdf>
- DGS. (2023). *Conheça os PNPAS*. https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/conheca-o-pnpas?_ga=2.202342609.1980074830.1698470737-1290098192.1670557589
- DGS. (s.d.). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Escovagem de Dentes Como Fazer*. https://www.saudeoral.min-saude.pt/isisoPnpsoRepo/Folheto_Escovagem_Dentes_Como_Fazer_i007736.pdf
- DGS. (s.d.) *Saúde Oral- Fio Dentário Como Utilizar*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/saude-oral-folheto-fio-dentario-imprimir-pdf.aspx>
- IEFP. (s.d). *Métodos Pedagógico*.
https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/48095/mod_resource/content/0/2_Metodos_Pedagogicos.pdf
- Nunes, A. M., & Nunes, M. L. (2018) Avanços na Política da Saúde Bucal em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 25-39.
<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2403>

- Saúde Oral Bibliotecas Escolares (2019). *Manual para Educadores - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. <https://www.sobe.pt/projecto-sobe/materiais-sobe/manuais/>
- Peres, V. (2019). *Impacto da Saúde Oral na qualidade de Vida da criança* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/28455/1/Tese%20Vanessa.pdf>
- Bernardo, M., Mendes, S., & Silva, A. (2022). Escovagem dentárias e outras atividades de promoção da saúde oral em idade pré-escolar. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 63(2), 85-91. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.06.869>
- SNS. (2018). *Saúde Oral*. <https://www.sns.gov.pt/cidadao/saude-oral/>
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2013). *Guia Prático de Saúde. Traduzido e adaptado pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. https://acesportoocidental.org/public/files/guia_pratico_saude.pdf
- WHO. (2023). *Global oral health status report Towards universal health coverage for oral health by 2030*. <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>

Apêndices


Apêndice I – Grelha de avaliação da escovagem de dentes

Escola:		Demonstra	Não demonstra	Demonstra com dificuldade
Turma:	Data:			
Ação				
1. Pega na escova e pasta de dentes				
2. Lê o valor de flúor na pasta de dentes				
3. Aplica a quantidade correta de pasta de dentes na escova				
4. Inclina a escova 45° relativamente à gengiva				
5. Lava 2 dentes de cada vez, fazendo 10 movimentos circulares				
6. Escova primeiro a parte externa dos dentes				
7. Escova em segundo a parte interna dos dentes				
8. Escova em terceiro as superfícies mastigatórias				
9. Escova por último a língua				
10. Refere não bochechar no final				

Apêndice II – Grelha de avaliação de conhecimentos sobre higiene oral

Escola:		Verdadeira	Falsa	Não sei
Turma:	Data:			
Afirmações				
1. Devo escovar os meus dentes no mínimo duas vezes por dia				
2. Não preciso de escovar sempre os meus dentes à noite, antes de dormir				
3. Devemos colocar a quantidade de pasta de dentes equivalente à unha do dedo mindinho				
4. Preciso mudar a minha escova de dentes todos os meses				
5. A minha pasta de dentes deve conter 1000-1500 ppm de flúor				
6. A língua não precisa de ser sempre escovada. Só se eu quiser.				
7. O flúor fortalece os dentes				
8. As cáries são provocadas pelo elevado teor de açúcar presente nos alimentos				
9. A escovagem dos dentes previne as cáries.				

Apresentação em powerpoint




“Dentes saudáveis”

Promoção da Saúde Oral
- Escovagem de dentes

Enf.ª Sara Neiva (estudante MEEESIP)

1



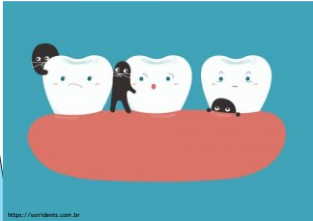
O que é a Placa bacteriana?

- ▶ Película pegajosa que forma sobre os dentes e é a principal causa de cáries e doenças da gengiva

2


O que é uma Cárie

As bactérias que se encontram normalmente na nossa boca atacam o esmalte do dente (a parte branca) corroendo-o e inflamando a gengiva.



- ▶ Esmalte - é a camada mais dura e menos sensível do dente - **Não Dói**
- ▶ Dentina - é a camada mais profunda e sensível - **Dói um bocadinho**
- ▶ Nervo do dente - **Dói muito!**

3



Como evitar as cáries?

Escovagem dos dentes

Escova macia ou média ajustado ao tamanho da boca (trocar quando os pelos começam a ficar deformados)

Pasta de dentes com flúor 1000-1500 ppm (+/- 1 cm)

Complementar com usos de fio ou fita dentária



Escovagem dos dentes

Escova macia ou média ajustado ao tamanho da boca (trocar quando os pelos começam a ficar deformados)

Pasta de dentes com flúor 1000-1500 ppm (+/- 1 cm)

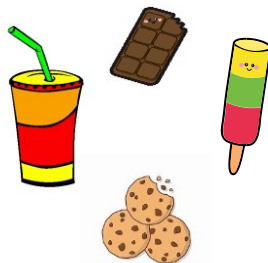
Complementar com usos de fio ou fita dentária



► O elevado teor de açúcar danifica os dentes



Só em dias de festa:





Jogo



Obrigada pela atenção



Bibliografia

- ▶ DGS. (2021, maio). Programa Nacional de Promoção o de Saúde Oral 2021-2025. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>
- ▶ Colgate. Guia para Educadores - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. https://www.sobe.pt/wp-content/uploads/2019/11/BROCHURA_COLGATE.pdf
- ▶ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2013, julho). Guia Prático de Saúde. Traduzido e adaptado pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. https://acesportocidental.org/public/files/guia_pratico_saude.pdf
- ▶ Oral-B Manual para Educadores - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. <https://www.sobe.pt/projecto-sobe/materiais-sobe/manuais/>
- ▶ Saúde Oral na Criança. Ordem dos Médicos Dentistas. <https://www.omid.pt/publico/saude-oral-crianca>
- ▶ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2013, julho). Guia Prático de Saúde. Traduzido e adaptado pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. https://acesportocidental.org/public/files/guia_pratico_saude.pdf
- ▶ DGS. Saúde Oral- Fio Dentário Como Utilizar. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/saude-oral-folheto-fio-dentario-imprimir-pdf.aspx>
- ▶ DGS - Plano Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos>

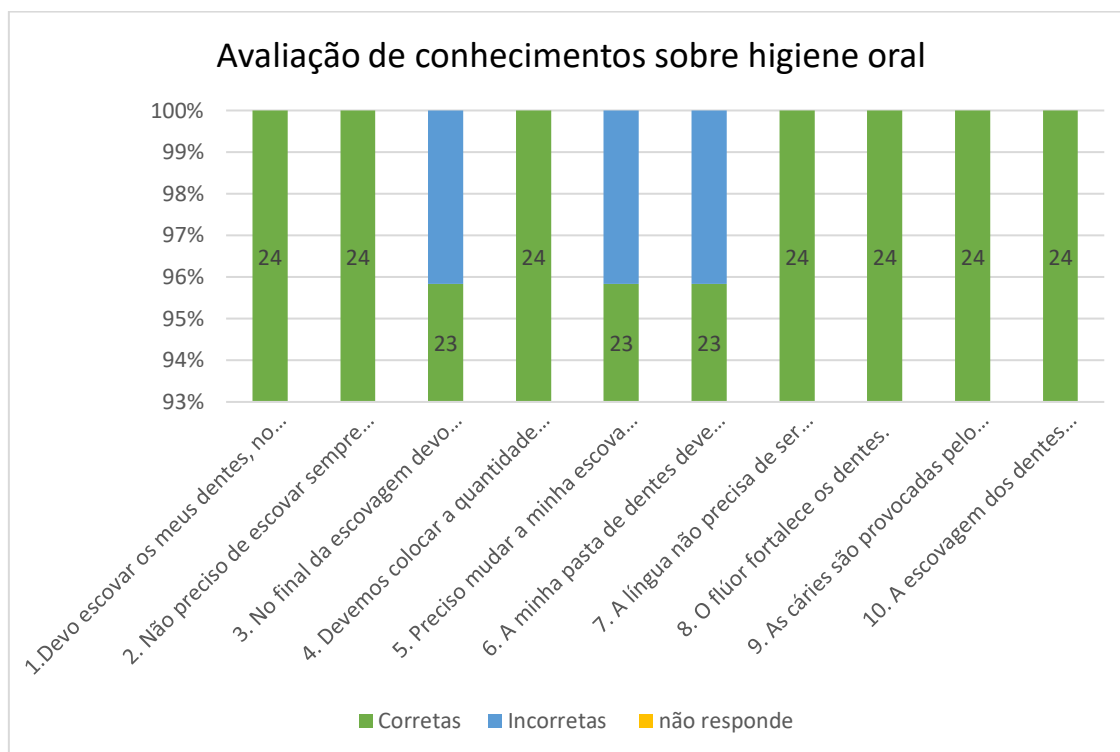
Avaliação da sessão

A sessão de educação para a saúde, à qual os seguintes dados se referem, teve a assistência dos 24 alunos que compõem a turma. As respostas às questões colocadas no final da sessão, foram organizadas no quadro 1. Quanto aos conhecimentos demonstrados, todas as respostas obtiveram mais 95% de respostas corretas. Apenas se verificaram respostas incorretas nos itens referentes ao tempo recomendado para a troca de escova de dentes e ao conhecimento sobre a quantidade de flúor recomendada para a pasta de dentes. Para uma visualização mais atrativa dos resultados, procede-se ainda, à apresentação dos mesmos, em gráfico (gráfico 1).

Quadro 1 – Contabilização das respostas ao questionário sobre avaliação de conhecimentos sobre higiene oral.

Questão	Resposta Correta	Resposta Incorreta	Não sabe/Não responde
1	24	0	0
2	24	1	0
3	23	1	0
4	24	0	0
5	23	1	0
6	23	1	0
7	24	0	0
8	24	0	0
9	24	0	0

Gráfico 1 – Distribuição gráfica das respostas às questões de avaliação de conhecimento sobre higiene oral

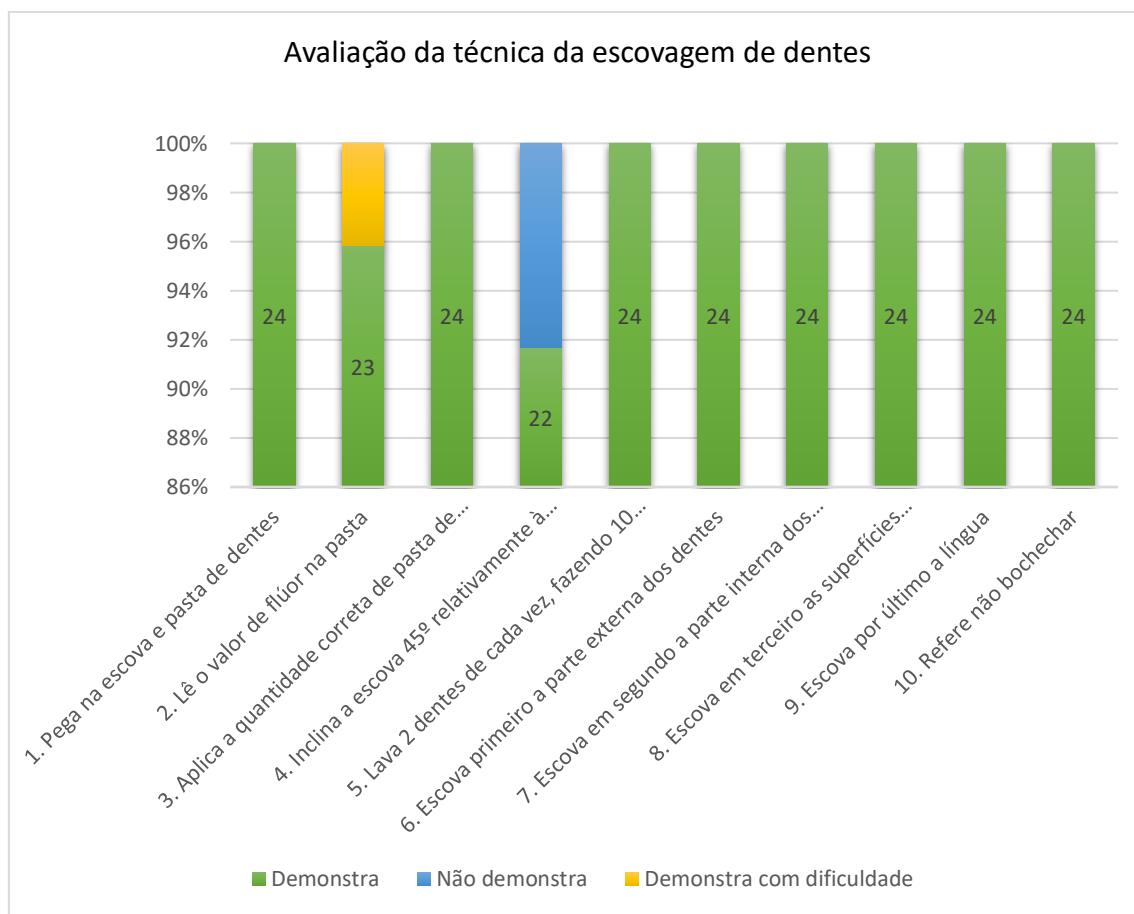


Ao nível da técnica da escovagem dos dentes, a turma apresentou um desempenho muito satisfatório. Apenas um aluno, apresentou dificuldade em ler a quantidade de flúor no rótulo da pasta de dentes, referindo não saber o que procurar. Relativamente à utilização da escova, dois alunos realizavam movimentos paralelos à gengiva. Nos restantes tópicos, os alunos demonstram corretamente a técnica. Todos estes alunos, já tinham participado em sessões de educação para a saúde sobre saúde oral em anos anteriores, pelo que considero que grande parte desta sessão de educação serviu para relembrar, reforçar e validar competências. De seguida, apresenta-se a contabilização das ações realizadas na escovagem dos dentes (Quadro 2), bem como a sua distribuição gráfica (Gráfico 2).

Quadro 2 - Contabilização das ações realizadas na escovagem dos dentes

Ação	Demonstra	Não demonstra	Demonstra com dificuldade
1	24	0	0
2	23	0	1
3	24	0	0
4	22	2	0
5	24	0	0
6	24	0	0
7	24	0	0
8	24	0	0
9	24	0	0
10	24	0	0

Gráfico 2 – Avaliação da técnica de escovagem de dentes



De uma forma global, a interação com os alunos foi muito produtiva. Os alunos mostraram-se motivados a aprender e a demonstrar o seu conhecimento, tanto durante a exposição dos conceitos teóricos, como durante a componente prática.