



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica: um percurso na aquisição de
competências.**

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

Tatiana Filipa Gomes Alves Carneiro

Porto – Junho 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica: um percurso na aquisição de
competências.**

**Being a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing: a path
in the acquisition of skills.**

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

Tatiana Filipa Gomes Alves Carneiro

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – Junho 2021

RESUMO

O presente relatório foi realizado no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e reporta-se à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório com um total de 750 horas, correspondentes a 30 ECTS. O estágio decorreu entre 21 de Setembro de 2020 e 29 de Março de 2021, numa Unidade de Cuidados na Comunidade com passagem por uma Unidade de Saúde Familiar e num Serviço Hospitalar de Internamento Pediátrico num total de 180 horas de contacto em cada contexto. É utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva com recurso a pesquisa bibliográfica sistemática com o objetivo demonstrar de uma forma fundamentada a aquisição das competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica preconizadas pelo plano de estudos.

Estruturalmente, é apresentada uma reflexão sobre o percurso profissional e o contributo do estágio anterior no desenvolvimento, de forma parcial, de algumas competências para o Estágio Final. Em ambos os contextos foram prestados cuidados de enfermagem especializados a crianças de diversas faixas etárias e suas famílias com base no modelo de parceria de cuidados, com especial enfoque na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade, na comunicação adequada e eficaz com a criança e família e na minimização do impacto da hospitalização e doença crónica complexa sendo com base nisso, posteriormente apresentadas as competências adquiridas, os objetivos específicos definidos e as atividades realizadas distribuídas pelos quatro domínios de atuação do Enfermeiro Especialista: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Pediátrica; Comunicação; Desenvolvimento Infantil; Parceria de Cuidados; Parentalidade

ABSTRACT

This report was carried out within the scope of the 13th Master's Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health, held at the School of Nursing at the Institute of Health Sciences of Universidade Católica Portuguesa and refers to the Curricular Unit Final Internship and Report with a total of 750 hours, corresponding to 30 ECTS. The internship took place between September 21, 2020 and March 29, 2021, in a Community Care Unit with passage through a Family Health Unit and in a Pediatric Inpatient Hospital Service, in a total of 180 hours of contact in each context.

A descriptive and critical-reflective methodology is used, using systematic bibliographic research, with the aim of demonstrating, in a well-founded way, the acquisition of competences in Child and Pediatric Health Nursing recommended by the study plan.

Structurally, a reflection on the professional path and the contribution of the previous internship in the development, in part, of some competences for the Final Internship is presented. In both contexts, specialized nursing care was provided to children of different age groups and their families based on the care partnership model, with a special focus on promoting child development and parenting, on adequate and effective communication with the child and family and in minimizing the impact of hospitalization and complex chronic illness, with the skills acquired, the specific objectives defined and the activities carried out distributed over the four fields of activity of the Specialist Nurse being presented later: care, management, training and research.

KEYWORDS: Pediatric Nursing; Communication; Child development; Care Partnership; Parenting

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Quelhas pela orientação ao longo de todo o percurso.

A todos os profissionais e em particular às tutoras pelo empenho, empatia e cordialidade.

À chefia e colegas do STMO pelas palavras de incentivo e pela colaboração.

Aos sogros, cunhada e madrinha pela disponibilidade.

Aos meus pais, pelo incentivo e apoio.

Ao meu marido, pela força e suporte.

À minha filha, pela compreensão demonstrada nos momentos de ausência e por ser fonte de inspiração.

A todas as crianças e pais com quem me cruzei neste percurso formativo e me cruzo no profissional que deixam um pouco deles e levam um pouco de mim...

A todos Muito Obrigada!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CMEESIP - Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DM1 – Diabetes *Mellitus* tipo 1

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECTS - European Credit Transfer System

EEER - Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESC - Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ELI - Equipas Locais de Intervenção

EPS - Escola Promotora de Saúde

ICN - Internacional Council of Nurses

IMC - Índice de Massa Corporal

IPO - Instituto Português de Oncologia do Porto

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIIP – Plano Intervenção na Infância Precoce

PNS – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PSI - Plano de Saúde Individual

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNACJR - Rede Nacional de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

SNIFI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

“ Se o seu olhar se transformar, vai transformar o que olhar. ”

Mary Poppins

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1- PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO: REFLEXÃO CRÍTICA	20
2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	25
3- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	28
3.1- DOMINIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	30
3.2- DOMINIO DA GESTÃO DE CUIDADOS.....	66
3.3- DOMINIO DA FORMAÇÃO	70
3.4- DOMINIO DA INVESTIGAÇÃO.....	73
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBILOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	89
APÊNDICE I.....	91
PLANEAMENTO SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	91
Febre na Criança e no Adolescente: Últimas orientações e Análise do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em idade pediátrica	91
APÊNDICE II.....	119
PLANEAMENTO DA ELABORAÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO	119
Utilização de mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.	119

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Reporta-se à unidade curricular Estágio Final e Relatório, planeado para um total de 750 horas, correspondentes a 30 European Credit Transfer System (ECTS). Foram realizadas 360 horas de contacto, divididas equitativamente entre dois contextos de estágio: uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com passagem por uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e Serviço de Internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminário, restando 350 horas para estudo, pesquisa sistemática e elaboração do presente relatório. O estágio decorreu entre 21 de Setembro de 2020 e 29 de Março de 2021 sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas, bem como o presente relatório.

De acordo com o Relatório de Saúde Infantil e Juvenil em Portugal de 2018 (Direção Geral da Saúde, 2018), o país apresenta, a nível mundial, os melhores resultados no que concerne à saúde materna, infantil e juvenil, alertando contudo, que existe potencial de melhoria. A prevenção primária, a vigilância ao longo da infância e o tratamento e acompanhamento em situação de doença têm apresentado indicadores positivos e estáveis, mantendo-se contudo áreas em que é fundamental a manutenção da atenção das políticas de saúde e de investimento como por exemplo, o aumento do consumo de álcool e drogas entre os jovens ou o aumento da prematuridade devido à idade tardia em que surge o primeiro filho. A área da saúde infantil, tal como indica a Convenção sobre os Direitos da Criança (Comité Português para a UNICEF, 2019) deve ser uma área prioritária e justifica um maior empenho e especial atenção dos gestores de saúde. Revela-se portanto de fulcral importância a aposta na formação na área de saúde infantil pois, e tal como indica o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), é vasto o espaço de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), que pode intervir em qualquer contexto onde existam crianças, promovendo a saúde, o bem estar e o auto cuidado e prevenindo complicações.

Assim, ciente da necessidade e importância de uma formação especializada na área de saúde infantil, e na continuação do meu projeto pessoal e profissional pretendo com este relatório transmitir e valorizar os resultados obtidos através do estágio realizado, nomeadamente o alcance, com sucesso, dos objetivos gerais propostos para a Unidade Curricular e que são:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.

Na elaboração deste relatório foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica sistemática, por ser a mais apropriada ao documento em análise.

Do ponto de vista da estrutura, inicia-se com a atual introdução, seguido de um primeiro capítulo onde é feita uma reflexão sobre o percurso profissional e formativo decorrido até ao momento e a sua contribuição para o Estágio Final, nomeadamente o contributo do estágio do primeiro ano A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica. O segundo capítulo faz uma contextualização do estágio. O terceiro e último capítulo, contém quatro subcapítulos que correspondem aos quatro domínios de competências a adquirir, propostas pelo Plano de Estudos da Unidade Curricular e interligadas com o Regulamento nº 140/2019 (Ministério da Saúde, 2019) que definem o perfil de competências do EEESIP. Partindo das competências referidas, são descritos os objetivos específicos traçados e as atividades desenvolvidas, seguidos de uma reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento das diversas competências e inerentes aprendizagens. Por fim é apresentada a conclusão e

referências bibliográficas utilizadas. Os Apêndices complementam alguma da informação constante deste relatório.

1- PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO: REFLEXÃO CRÍTICA

O exercício de uma profissão com uma dimensão tão abrangente como a Enfermagem, é desafiante, complexo e único. Os objetivos traçados enquanto estudante de Licenciatura podem mutar em função das oportunidades que surjam, a prática conduz a outros e novos interesses, a experiência trás segurança nas decisões e a definição de uma linha de pensamento fundamentado que pautar o que queremos ser enquanto profissionais e que contributo e dignificação queremos dar à profissão.

Há contudo, uma obrigação assente no 109º artigo do Código Deontológico do Enfermeiros, que refere que o Enfermeiro tem o dever de “(...) *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (Ministério da Saúde, 2015).

Esta breve introdução dos meandros do desenvolvimento de um percurso profissional surge por reflexão sobre o meu próprio percurso que me conduziu, por responsabilidade ética e desafio pessoal à realização do CMEESIP ultimado pela elaboração do presente relatório. Terminei a licenciatura em 2009 e fui admitida 2011 no Serviço de Transplantes de Medula Óssea do IPO do Porto onde exerço funções até ao momento. Trata-se de um serviço de internamento de adultos e crianças pelo que o meu gosto pessoal e particular pela pediatria se foi consolidando, bem como a identificação da necessidade de uma formação especializada na área. Até ao momento em que decidi tornar-me perita em saúde infantil e pediátrica através do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, fiz diversa formação na área, nomeadamente formação interna no IPO, um Curso de Formação Profissional de 40 horas em Oncologia Pediátrica e uma Pós Graduação, não conferente de grau, em Oncologia, num total de 282 horas cujo o tema do trabalho final foi “*O impacto da doença oncológica nos irmãos – a perspetiva dos pais*”, ambos no Centro de Formação da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Embora a experiência profissional me dotasse de algumas competências em determinados domínios, pois tal como refere Benner (Benner, 2001) “(...) *a prática é, em si mesma, um modo de se obter*

conhecimento”, a autora reconhece contudo, que “(...)o domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito” e portanto, a consolidação de conhecimentos e o equilíbrio obtido entre o saber da prática e o saber científico surgiu, numa primeira fase deste curso, pelos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso e posteriormente através do estágio de 1º ano denominado “A Saúde da Criança e da Família – vigilância e decisão clínica“, ambos com contributos importantes para a aquisição de competências em **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e de vida e formação pós graduada.**

Para que um processo formativo seja completo, nomeadamente no que concerne à Enfermagem, cuja abrangência da definição vai desde arte, a ciência ou a profissão, a interação entre a teoria e a prática é extremamente importante e valorizar apenas um dos lados significa uma formação incompleta. Um bom conhecimento teórico permite ao profissional resolver as múltiplas situações que a prática e a realidade profissional exigem e simultaneamente confere-lhe capacidade de analisar e refletir sobre as práticas recorrendo à teoria e à pesquisa (Moreira & Ferreira, 2014). De facto, as temáticas abordadas na componente teórica revelaram-se de fulcral importância para o sucesso das experiências e aprendizagens obtidas em ambos os contextos do estágio final pois contribuíram parcialmente para adquirir competências em **demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da EESIP e em tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.** Os conhecimentos sobre as Políticas de Saúde e os Programas Nacionais de Vigilância e Promoção da Saúde Infantil foram fundamentais para a definição dos objetivos a atingir e atividades a desenvolver na UCC e USF. A compreensão sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, sobre o conceito de parentalidade e o processo de transição para a mesma permitiram uma abordagem da criança adequada ao seu estadió de desenvolvimento e uma comunicação e relação efetivas com as famílias fornecendo cuidados antecipatórios promotores de saúde e de prevenção da doença. A exploração do Modelo de Parceria de Cuidados e do impacto da hospitalização na criança guiaram a prática e a reflexão em contexto de internamento hospitalar.

Destaco ainda a importância da dotação de competências de pesquisa científica e do fornecimento das bases para consulta e dos sítios de referência na área da pediatria para que futuramente, seja por interesse ou necessidade própria, seja porque enquanto especialista poderei ser chamada a exercer um *“papel de consultor quando os cuidados requerem um*

nível de competência correspondente à sua área de especialidade” (Ministério da Saúde, 2019), saiba onde se encontra informação fidedigna e atualizada tendo assim permitido um desenvolvimento de competências em **incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim com outras evidências.**

Por outro lado, a unidade curricular do 1º ano A Saúde da Criança e da Família – vigilância e decisão clínica, contemplou um estágio decorrido em dois contextos no período de 21 de Setembro a 13 de Novembro de 2020 , num total de 180 horas divididas equitativamente pelos serviços de Neonatologia e serviço de Urgência Pediátrica (SUP), incluindo ainda 120 horas de trabalho individual e 12 horas de orientação tutorial.

O estágio revela-se fundamental para a maturação de conhecimentos prévios e aquisição de competências práticas e reflexivas, pois surge como *“(…) um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas (...), sendo que o “(...) saber é construído através de interações com profissionais de saúde e pela análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, relacionando-as com os saberes teóricos”* (Simoes, 2008).

Ambos os contextos de estágio foram fundamentais para transpor e compreender na prática o que está definido pelo Regulamento 422/2018 (Ministério da Saúde, 2018) relativamente às competências específicas do EESIP. Foram, em primeira instância, oportunidades de desenvolver competências de integração no seio de diferentes equipas multidisciplinares, procurando desenvolver um método de trabalho eficaz na resolução de problemas, demonstrando iniciativa e interesse, capacidades que levei comigo e apliquei no contexto de estágio final permitindo a aquisição parcial de competências em **demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.**

Quer o serviço de Neonatologia, quer o serviço de Urgência Pediátrica foram ricos em possibilidades de reconhecer situações de especial complexidade na área de assistência à criança e família, permitindo que realizasse atividades de diagnóstico, juízo clínico e avaliação crítica dos resultados obtidos, contribuindo para a aquisição parcial de competências em **avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada, em demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área da EESIP e em desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.** Ao longo do estágio senti necessidade de mobilizar conhecimentos e buscar informação científica atualizada, encerrando esta necessidade em si mesma um

objetivo a atingir e que se enraizou na forma de estar e atuar no estágio final, permitindo a comunicação de raciocínio válido e justificado às orientadoras e com ajuda destas tomar decisões assertadas, desenvolvendo assim competências em **produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde encontrados**, cimentadas no estágio final.

Em contexto de Neonatologia implementei intervenções de avaliação e de promoção do desenvolvimento do Recém-Nascido, de acordo com uma filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento. Implementei ainda intervenções no âmbito da promoção do aleitamento materno, da vinculação e ligação pais-filho e facilitei a transição para a parentalidade, compreendendo que esta se trata de um processo de maturação e psicoafectivo que requer apoio e valorização. Aprofundei conhecimentos e realizei intervenções no âmbito do controlo da dor que me foram úteis e às quais dei continuidade nos contextos de estágio seguintes.

Em contexto de SUP, assisti e colaborei no processo triagem e desenvolvi competências de avaliação inicial de crianças e jovens em situação de urgência e emergência. Prestei ainda assistência especializada no âmbito de cuidados de urgência.

Em ambos os contextos desenvolvi competências comunicacionais e relacionais com a criança e o jovem e desenvolvi os meus conhecimentos e competências no âmbito da parceria de cuidados através da relação e negociação de cuidados com a família. Desenvolvi ainda competências no âmbito capacitação para a transição para a parentalidade e aquisição de habilidades para o papel parental. As atividades desenvolvidas nestas três áreas de conhecimento: comunicação, parceria de cuidados e papel parental contribuíram parcialmente na aquisição de competências em **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** e foram basilares na continuação do processo de aquisição de competências especializadas no estágio final.

O estágio realizado no primeiro ano foi particularmente relevante para me capacitar de ferramentas de organização e planeamento do meu próprio processo de desenvolvimento pessoal e formativo através da reflexão sobre a prática e da elaboração e reformulação de objetivos em função das correções e sugestões dadas pela Professora Orientadora, contribuição importante para a aquisição de competências em **manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**. Considero fundamental, particularmente no nível de ensino em que me encontro, esta

centralização da aprendizagem no estudante, onde se fornece “(...) *ao aluno os conhecimentos e os instrumentos do saber mas, sobretudo, que o prepare para uma formação autodirigida e responsável, que lhe permita acompanhar a evolução dos saberes para que possa, em cada momento, transpor os mesmos para a prática, ao agir com pertinência*” (Rua, 2009).

A elaboração do portfólio final da unidade curricular clarificou conceitos, permitiu uma reflexão crítica e construtiva sobre o trabalho desenvolvido e se por um lado parecia em si mesmo uma meta, acabou por se mostrar um documento de partida para a elaboração do projeto do estágio final e até do presente relatório pela clarificação do modelo conceptual e conteúdos a abordar favorecendo parcialmente a aquisição de competências em **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, bem como comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

Saliento ainda a importância dos inúmeros momentos de discussão e reflexão com as tutoras que foram de encontro a alguns pressupostos sobre os quais já tinha refletido eu própria em contexto profissional enquanto orientadora de alunos de Licenciatura, na medida em que considero que “(...) *os mentores fazem mais do que ensinar habilidades, facilitam novas experiências de aprendizagem, ajudam novos enfermeiros a tomar decisões de carreira e os apresentam a redes de colegas que podem proporcionar novos desafios e oportunidades profissionais. Mentores são caixas de ressonância interativas que ajudam outras pessoas a tomar decisões*” (Dracup & Bryan-Brown Christopher, 2004). Esta combinação de partilha de conhecimentos foi motivadora e enriquecedora, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e com certeza das próprias tutoras, permitindo desenvolver competências em **refletir na e sobre a prática, de forma crítica e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Como referido anteriormente, o Estágio Final realizou-se em dois contextos assistenciais, o primeiro uma UCC, com a integração simultânea de alguma atividade realizada em contexto de USF, no sentido de uma mais ampla aprendizagem sobre a assistência especializada na área dos cuidados de saúde primários, facto que se veio a confirmar como uma mais valia no processo formativo. O segundo contexto um Serviço de Internamento Pediátrico de uma unidade Hospitalar.

O desenvolvimento de aprendizagens e competências em contexto de Cuidados de Saúde Primários assume particular relevância pelas características do mesmo, pois, como referido na Declaração de Alma Ata de 1978 (Declaração de Alma Ata, 1978), “ *os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde (...) constituem a função central e o foco principal (...) do desenvolvimento social e económico global (...) representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...) constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde*”. Enquanto formação especializada, por serem as unidades de referência para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao estágio em UCC atribui-se especial enfoque, sendo que realizei o estágio a equipa multidisciplinar é constituída no que concerne à Enfermagem por 6 Enfermeiros, dos quais 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária (EESC), 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), 1 EESIP e o Enfermeiro Coordenador, EESC.

Assim, no âmbito da Saúde Infantil, as atividades desenvolvidas decorriam da aplicação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) dando resposta às situações de maus tratos através da colaboração na Rede Nacional de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (RNACJR), da avaliação e intervenção no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) através das Equipas Locais de Intervenção (ELI) e da realização do Rastreio Visual Infantil e das atividades desenvolvidas nas diferentes áreas de intervenção dos programas de apoio ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que devido à

situação pandémica se encontravam suspensas, mantendo-se contundo as intervenções relativas às crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE).

É nas USF que decorrem as consultas de enfermagem de saúde infantil. Uma consulta de Enfermagem é uma *“intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”* (Ministério da Saúde, 2011), e no que diz respeito à saúde infantil, *“(...) os Enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010), estas consultas ocorrem de acordo com o preconizado no PNSIJ, onde se inclui o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Tal como previamente referido, para otimizar o desenvolvimento de competências no âmbito da avaliação, vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, foi importante a realização na USF de consultas de vigilância de saúde infantil. A USF onde decorreu o estágio tem uma equipa de Enfermagem constituída por 7 elementos com apenas uma EESIP. As consultas de enfermagem de saúde infantil eram concentradas em momentos concretos da semana, sendo realizadas em interligação com a consulta médica.

O segundo contexto de estágio decorreu num Serviço de Internamento Pediátrico, inserido no Departamento da Mulher e da Criança, que engloba também os serviços de Bloco de Partos, Obstetrícia e Neonatologia. Conforme Despacho n.º 9871/2010 (Ministério da Saúde, 2010), presta cuidados ao recém-nascido, à criança e aos jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias e às respetivas famílias, admitidos vindos do serviço de urgência, da consulta externa, do serviço de Obstetrícia, do serviço de Neonatologia, dos serviços da área cirúrgica (blocos, cirurgia, especialidades cirúrgicas e ortopedia) ou ainda provenientes de outras Instituições. Apesar da sua principal área de atividade ser no âmbito das patologias do foro médico, presta também cuidados a crianças e jovens submetidos a cirurgia.

Estruturalmente tem capacidade para internar 24 crianças, tendo 6 camas de adulto, 11 camas intermédias e 7 camas de grades, destinadas a serem ocupadas de acordo com a faixa etária. Entre outras infra estruturas mais gerais, enquanto serviço de pediatria, possui uma sala de atividades lúdicas com duas Educadoras de Infância em permanência e possui ainda condições para ter um acompanhante 24 horas por dia tal, como preconizado nas Orientações Gerais para um Serviço de Pediatria Hospitalar da Comissão Nacional da Saúde da Criança e o Adolescente (Alto Comissariado da Saúde, 2009) e na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1988). Existe ainda uma área destinada ao armazenamento e

preparação de leite (copa de leites) que se encontra conforme Orientação Técnica da DGS nº 018/2013 (Direção Geral da Saúde, 2013). A equipa de Enfermagem é constituída por um enfermeiro gestor e dezasseis enfermeiros, dos quais 3 EESIP e 3 com formação especializada a decorrer.

3- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A história da Enfermagem diz-nos que esta tem acompanhado a sociedade e o mundo no sentido da evolução e do progresso. O desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem tem como precursora Florence Nightingale, e passou por várias fases, procurando dar resposta às necessidades que surgiam. Se no período da segunda metade do séc. XIX a Enfermagem precisava dar resposta a “o que fazer?”, no início do séc. XX o foco centrava-se em “como fazer?”. Entre o final dos anos 40 até meados da década de 60, começaram a introduzir-se princípios científicos no ensino da profissão procurando dar resposta a “porquê fazer?”. A construção de Teorias de Enfermagem tem permitido o desenvolvimento crítico da Enfermagem, afirmando a mesma como ciência e portanto dotada de um corpo de conhecimentos, centrando o foco sobre “qual o saber próprio da Enfermagem?” (Gomes, Backes, Padilha, & Vaz, 2007).

Em Portugal, a complexificação da Enfermagem tem sido acompanhada por marcos importantes no domínio da formação e do exercício profissional. Em 1988, através do Decreto-Lei 480/88 o ensino da Enfermagem é integrado no Ensino Superior (Ministério da Saúde, 1988), passando a ser ministrado nas Escolas Superiores de Enfermagem e sofrendo uma série de transições a partir dos anos 90 até à estruturação em três ciclos de estudos. Em 1996 é criado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro através do Decreto-Lei nº 161/96, que “(...) *clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais*” (Ministério da Saúde, 1996). A criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em 1998, que tem como “ (...) *desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional*” (Ministério da Saúde, 2015), deu uma garantia efetiva da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, através da revisão do REPE e da adoção de um Código Deontológico que pautar a conduta profissional.

Na continuidade da procura de uma afirmação da Enfermagem e da qualidade dos cuidados prestados, com base no ICN Framework of Competencies for Generalist Nurse, surge o conceito de perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, constituído por três domínios e que demonstra a aplicação efetiva do conhecimento, das capacidades e o nível de desempenho do profissional, orientando a prática desde 2003 (Cantante, et al., 2019). No fundo, possuir um determinado perfil de competências significa que o Enfermeiro “(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em 2011, é publicado pela primeira vez o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, republicado em 2019 com alterações através do Decreto-Lei 140/2019 que indica que “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Ministério da Saúde, 2019). O regulamento identifica a competências comuns, ou seja, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados e identifica diferentes domínios de competências do enfermeiro especialista: responsabilidade, profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O primeiro domínio contém competências que devem estar presentes no decorrer de toda e qualquer intervenção de Enfermagem. O segundo domínio contém competências no âmbito da governação clínica e promoção de estratégias institucionais. O terceiro é relativo à organização e criação de parcerias na equipa de Enfermagem e multiprofissional. Por fim o quarto e último domínio diz respeito à capacidade de desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade nas relações terapêuticas e multiprofissionais (Cantante, et al., 2019).

O conjunto do perfil de competências comuns com o perfil de competências do enfermeiro especialista, integra o “(...) conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”, sendo que com respeito às Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica este “ (...) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (...) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (...) e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ministério da Saúde, 2018).

Posto isto, os próximos subcapítulos estão organizados de acordo com os domínios supracitados e contemplam as competências a adquirir que constam do plano de estudos da unidade curricular seguidas dos objetivos a atingir e das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, continuados por uma reflexão sobre o processo de aprendizagem.

3.1- DOMINIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

No âmbito da prestação de cuidados, o Enfermeiro Especialista “(...) *desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (...) garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (Ministério da Saúde, 2019). O EESIP presta cuidados de nível avançado, centrados na criança e na família, assentes num modelo de parceria com os mesmos. O seu âmbito de atuação encontra-se numa fase particular do ciclo vital, entre o nascimento e os 18 anos de idade, em diferentes contextos (Ministério da Saúde, 2018).

Competências

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área EESIP;

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;

Objetivo Específico:

Desenvolver competências de vigilância de saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

Atividades

- ✓ Mobilizar os conhecimentos adquiridos no âmbito do desenvolvimento infantil;
- ✓ Aplicar os diferentes programas de saúde na área da saúde infantil, nomeadamente Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Programa Nacional de Vacinação;

- ✓ Realizar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil;
- ✓ Avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança e família relativos à saúde;
- ✓ Criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a criança e família no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- ✓ Fornecer informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil;
- ✓ Participar no Rastreio de Saúde Visual Infantil;

Reflexão

O conceito de infância tem sofrido modificações ao longo dos tempos e portanto, também as atividades relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil têm sido alvo de reestruturação perante novos conhecimentos e desafios relacionados com a evolução da sociedade em geral e da família em particular.

Percebe-se que cada criança é um ser único e individual e portanto, que embora haja uma certa consistência nas aquisições que são esperadas no crescimento e desenvolvimento da criança que resultam do processo de maturação do corpo e do cérebro, há também influências nesse processo que têm origem essencialmente numa combinação entre a hereditariedade e o ambiente. Como ser biopsicossocial que é, considera-se que o desenvolvimento da criança assenta assim em três principais domínios: o físico, cognitivo e o psicossocial, estando estes profundamente relacionados entre eles, na medida em que cada um afeta os outros (Papalia & Feldman, 2013).

O acompanhamento do desenvolvimento infantil pelo EESIP, faz-se pela gestão e promoção da saúde, através da observação e avaliação com recurso a instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor que permitam identificar e prevenir potenciais problemas. É um acompanhamento baseado em programas estruturados de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento no qual o EESIP deve estabelecer uma parceria com os pais/prestadores de cuidados, através de uma comunicação efetiva no sentido da adoção de comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil que realizei na USF foram centrais no desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância de saúde e da promoção do desenvolvimento infantil. Essas consultas estavam calendarizadas para idades-chave de acordo com o PNSIJ, ou seja, etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, de socialização, progressão na alimentação e escolaridade. No

primeiro ano de vida estas consultas ocorrem na primeira semana, 1, 2, 4, 6 e 9 meses. Entre 1 e 3 anos, ocorrem aos 12, 15, 18 meses, aos 2 e aos 3 anos. Entre os 4 e os 9 anos, aos 4, 5, 6 ou 7 (final do 1º ano de escolaridade) e 8 anos. Entre os 10 e os 18 anos aos 10, 12/13 e 15/18 anos. O PNSIJ veio substituir o Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992, e a sua aplicação sistemática tem vindo a revelar-se um “(...) garante de cuidados de saúde adequados e eficazes, com a contribuição e o empenho de todos os que nela participam (...)”, nele constam “(...) os conteúdos das ações de saúde com as novas evidências científicas e com novas morbilidades e (...) uma maior relevância de problemas de saúde preexistentes”, dando resposta à necessidade de melhoria contínua dos padrões de qualidade (Direção Geral da Saúde, 2013). Deste documento constam então orientações sobre os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios para cada idade, bem como links para outros documentos e textos de apoio que auxiliam nesse processo, tornando-o o documento de referência para o EESIP nas consultas de enfermagem de saúde infantil.

Foi um contexto de estágio onde me senti bastante autónoma e realizada. Compreendi que a avaliação da criança é feita através de um olhar crítico que começa desde que esta entra na sala de consulta até ao momento em que sai. É fundamental numa primeira fase a conversa com os pais/cuidadores e com a criança, conforme a idade, sobre dúvidas, alterações de padrões/rotinas e acontecimentos ou intercorrências marcantes.

Partindo deste momento inicial, em cada consulta fiz avaliação do crescimento e desenvolvimento de acordo com os parâmetros a avaliar indicados pelo PNSIJ. Realizei a monitorização do peso e dependendo da idade, do comprimento/altura, índice de massa corporal (IMC) e perímetro cefálico. Compreendi a importância fundamental do registo nas curvas de percentil. Este registo permite compreender a evolução estatuto-ponderal ao longo do tempo, sendo que um atraso nessa evolução ou uma alteração ao padrão habitual pode ser a primeira manifestação de alguma patologia. Por outro lado, sabendo da relevância que a obesidade infantil apresenta em termos de mortalidade e morbilidade na idade adulta, o registo da curva de IMC permite identificar crianças com obesidade ou em risco de serem obesas (Direção Geral da Saúde, 2006). A existência deste registo da curva de IMC revelou-se também muito útil para conseguir explicar aos pais a situação de obesidade do seu filho e estabelecer as metas a atingir. Ainda no âmbito da problemática da obesidade infantil e estilos de vida, monitorizei a tensão arterial em crianças a partir dos 3 anos, na medida em que a hipertensão arterial em idade pediátrica é um problema com uma dimensão crescente e portanto, com necessidade de vigilância.

Monitorizei o desenvolvimento psicomotor através da Escala de Mary Sheridan Modificada, e que está integrada no programa informático SClínico. Uma vez que os parâmetros de desenvolvimento psicomotor não são facilmente mensuráveis como os parâmetros de crescimento, é fundamental a aplicação de testes de desenvolvimento validados, sendo o recomendado pelo PNSIJ o referido. Os resultados deste teste devem ser encarados como um padrão de referência relativamente à normalidade. Assim, compreendendo que existe uma grande variabilidade na velocidade a que as crianças atingem determinadas competências, os resultados da aplicação desta escala devem ser interpretados no contexto global de saúde da criança e todas as oportunidades de contacto devem ser aproveitadas para uma reavaliação, mesmo fora das “idades-chave” (Direção Geral da Saúde, 2013). Mais do que detetar uma patologia, é muito importante reconhecer desvios fisiológicos à normalidade passíveis de serem corrigidos através de medidas simples, muitas vezes ao alcance dos pais como por exemplo um reforço e/ou correção da estimulação e/ou interação pais-criança. Não obstante, o reconhecimento atempado de desvios patológicos permite uma identificação precoce e devida sinalização e encaminhamento para um equipa especializada (Pinto, 2009).

Saliento ainda que a aplicação de instrumentos de rastreio standardizados têm sensibilidade e especificidade entre os 70 a 90% na identificação de situações de alteração da normalidade, enquanto que a observação clínica informal deteta menos de 30% das alterações (Direção Geral da Saúde, 2013). Esta evidência reforça a importância do papel que o EESIP possa ter na formação em serviço, como consultor e na supervisão da equipa incentivando à qualidade efetiva das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, o que é aliás, uma competência exigida ao especialista no domínio da melhoria contínua de qualidade.

Realizei avaliação oftalmológica da criança nas idades preconizadas pois embora “(...) *as avaliações e rastreios da visão sejam preferencialmente do âmbito da oftalmologia: médicos oftalmologistas e ortoptistas, também os outros profissionais da saúde deverão colaborar, nomeadamente: (...) enfermeiros*” (Direção Geral da Saúde, 2008). Seguindo as recomendações do manual da DGS de Boas Práticas em Oftalmologia avalei sistematicamente a visão da criança e utilizei testes para quantificação da acuidade visual, nomeadamente optótipos de imagens para os mais pequenos e a tabela de Snellen para os mais velhos.

Dei cumprimento ao PNV, e compreendi que a vacinação vai muito além do ato de vacinar. É um ato privilegiado no âmbito dos CSP, uma vez que muitas vezes esta é o

principal motivo para a criança e família se deslocarem à USF, devendo portanto ser considerada uma oportunidade não só para imunizar, como também para proceder à restante avaliação da criança e criação de uma relação entre o enfermeiro e esta, bem como com a família. Assim, no que concerne à vacinação, foi minha preocupação uma correta administração através da técnica adequada e seleção do local pois a “(...) *definição de locais anatómicos de administração das vacinas do PNV, consoante a via de administração, a idade e as possíveis reações locais, tem por objetivos promover as boas práticas em vacinação e facilitar a farmacovigilância e está descrita para cada vacina* “ (Direção Geral da Saúde, 2020). Para além disso foi importante, desmitificar falsas contra indicações para a vacinação que são muitas vezes causa de adiamento desnecessário da mesma. Perante a diversidade de vacinas e respetivos efeitos secundários fiz o ensino aos pais/cuidadores sobre os cuidados pós-vacinais, esclarecendo que os efeitos secundários são benignos e que comprovadamente qualquer risco é superado pelo benefício de estar imunizado individualmente, contribuindo assim também para a imunidade de grupo. Esclareci ainda sobre a forma de atuação perante alguns sintomas secundários mais comuns evitando situações de stress acrescido para os pais ou recorrência indevida ao serviço de urgência. De referir ainda o fenómeno de hesitação vacinal, provocado por movimentos anti vacinação. Embora seja uma problemática já com várias décadas de existência, atualmente confere um desafio acrescido devido à possibilidade de rápida propagação de informações incorretas e manipuladas através das redes sociais, sendo que o EESIP pode ter um papel primordial no esclarecimento e desmistificação de falsos conceitos. Por fim, ainda no âmbito da vacinação procedi ao registo da administração no Boletim Individual de Saúde e na plataforma Vacinas.

Ainda nas consultas de vigilância de saúde infantil, envolvi ativamente os pais e a criança reforçando os seus papéis na aquisição de comportamentos promotores de saúde. Para além disso, promovi o desenvolvimento da criança fornecendo cuidados antecipatórios aos pais de acordo com a faixa etária e sobre as temáticas sugeridas pelo PNSIJ. Foi ainda importante neste âmbito consultar os diversos programas e orientações como por exemplo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o Manual do Aleitamento Materno do Comité Português para a Unicef, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, o texto de apoio Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da Maternidade, entre outros. Encontrei como limitação à aquisição de competências no âmbito da vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil não ter conseguido realizar, durante o período que estive em estágio em USF, nenhuma consulta de enfermagem ao adolescente.

Uma das atividades que pude ainda realizar no âmbito da vigilância de saúde infantil, na UCC diz respeito ao Rastreamento Visual Infantil. Trata-se de um rastreio que utiliza uma tecnologia inovadora e inócua de foto rastreio que permite identificar erros refrativos e outras alterações com potencial ambliogénico. A informação resultante do rastreio segue para ser vista por um oftalmologista hospitalar que convocará a criança a consulta em caso de alteração (Direção Geral da Saúde, 2018). Embora inicialmente considerasse que esta atividade não deveria ser do âmbito da enfermagem, considerando-a como um procedimento técnico de outra área profissional, efetivamente é um procedimento técnico mas é também um momento de contacto da criança e família com a UCC e as suas valências, muitas vezes desconhecidas pela população em geral, e é ainda um momento de contacto entre o especialista e a família, permitindo por vezes o esclarecimento de dúvidas ou a identificação de alguma situação que necessite de avaliação ou intervenção. Tal como refere o Parecer da OE sobre a temática, de facto faz parte das intervenções de enfermagem interdependentes a implementação técnica de intervenções iniciadas por outros técnicos da equipa e por outro lado o Enfermeiro tem o direito de exercer livremente a profissão designadamente quanto a intervenções diagnósticas com recurso a dispositivos para os quais tenha formação e competência executando assim uma intervenção assente na aplicação efetiva do conhecimento, evidências científicas e capacidades que são as bases da tomada de decisão em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Objetivo Específico:

Desenvolver competências no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Atividades

- ✓ Conhecer e aplicar o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- ✓ Implementar estratégias para reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos com necessidades de saúde especiais;
- ✓ Participar de reuniões entre a equipa de saúde escolar e a escola no âmbito de crianças com NSE;
- ✓ Participar nas reuniões de elaboração de Plano de Saúde Individual (PSI).

Reflexão

Atualmente espera-se da escola que prepare academicamente a criança conforme o grau de ensino mas também que seja espaço de educação para o bem estar físico, social e emocional. O conceito de Saúde Escolar liga-se intrinsecamente ao conceito de Promoção

da Saúde. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde de 1986, define que esta “(...) é o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, de satisfazer necessidades e de mudar ou lidar com o meio ambiente (...)” (World Health Organization, 1986). A Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar, tem por objetivo que as crianças desenvolvam competências em contruírem um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas consciente e individuais de forma responsável, num processo contínuo em que a escola seja um ambiente facilitador de escolhas saudáveis. Foi uma meta e objetivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Saúde e Bem-Estar na Europa em 2020 e é temática da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Organizações das Nações Unidas. Pretende-se fundamentalmente a formação de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes (Direção Geral da Saúde, 2017).

Desde 1994 que Portugal integra a School for Health in Europe, em Português Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde através da parceria entre o Ministério da Saúde e da Educação e todas as escolas desde 2016 incluem no seu projeto educativo a área de educação para a saúde, assente numa metodologia de trabalho por projeto, com base nas reais necessidades da população escolar. As Escolas Promotoras de Saúde têm como princípios a “(...) equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar (...)” (Direção Geral da Saúde, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNS) defende uma abordagem holística da saúde na escola, admitindo que todos os fatores que influenciam a saúde a nível individual e coletivo relacionam-se com 6 eixos: capacitação, ambiente escolar e saúde, condições de saúde, qualidade e inovação, formação e investigação em Saúde Escolar e parcerias, sendo os três primeiros eixos nucleares e os três últimos complementares e transversais. No eixo da capacitação são desenvolvidas áreas de intervenção na saúde mental e competências socio-emocionais, educação para os afetos e sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias. Considero que seria pertinente ter realizado e participado em ações de saúde sobre temáticas consideradas necessárias pela escola ao abrigo dos projetos em desenvolvimento na UCC no âmbito da Saúde Escolar. O objetivo dessas atividades é aumentar a literacia em saúde no sentido de prevenir a doença e de promover a adoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, devido à

Pandemia de Covid19 não foi possível que tal acontecesse, tendo contudo procurado perceber a dinâmica desse tipo de atividades através de partilha de ideias com a tutora e adquirir parcialmente competências neste âmbito.

No que concerne ao segundo eixo, as áreas de intervenção são o desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde e prevenção dos acidentes e primeiros socorros. A saúde escolar deve por um lado a ajudar a escola a avaliar e intervir no sentido de eliminar riscos ambientais que possam ter impacto negativo na saúde das crianças e jovens e por outro lado articular e integrar projetos que as auxiliem no desenvolvimento de uma consciência ambiental. Seria interessante e pertinente ter realizado algumas ações de vigilância das escolas relacionadas com o ambiente, como por exemplo, sobre a oferta da mesma em termos alimentares. Este assunto foi também tema de conversa e reflexão com a tutora na impossibilidade de ter acontecido pelos motivos expostos anteriormente.

Com respeito ao terceiro eixo são áreas de intervenção a saúde de crianças e jovens e a saúde de docentes e não docentes. A saúde escolar deve desenvolver, quando solicitada atividades de melhoria da vigilância de saúde e vacinação em colaboração com a equipa de saúde familiar e atuar, em articulação com os serviços de saúde e a escola, perante crianças com necessidades de saúde especiais e vítimas ou suspeitas de maus tratos. As NSE serão abordadas mais à frente neste relatório, contudo no âmbito da saúde escolar, são “ (...) *as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual* (Direção Geral da Saúde, 2015). Relativamente a isto, participei de uma reunião via telefone entre a EESIP e a Diretora de Turma de uma escola a propósito de uma criança de 10 anos com diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus Tipo I (DM1). A referenciação à Equipa de Saúde Escolar partiu da escola e tratou-se de uma primeira reunião para apresentação do caso. Na reunião não estavam presentes o encarregado de educação nem a criança, não sendo assim possível elaborar o Plano de Saúde Individual, do qual estes devem participar e que deve ser baseado no plano terapêutico da consulta de especialidade e onde deve constar: contactos em caso de emergência; monitorização da glicemia capilar; administração de insulina, (incluindo doses e horário de administração); planeamento das refeições principais e intercalares, sintomas e tratamento de hipoglicemia; sintomas e tratamento da hiperglicemia; participação em atividades físicas e atividades extracurriculares e nível de autonomia da criança/jovem na gestão da diabetes. Ficou

portanto agendada uma segunda reunião para o efeito, na qual embora não estivesse presente participei do seu planeamento.

A função da equipa de saúde escolar é mobilizar os recursos de saúde disponíveis para apoiar a inclusão escolar de crianças e jovens com DM1 e capacitar os elementos da Escola, indicados pelo diretor do Agrupamento de Escolas, para o acompanhamento da criança/jovem com DM1 (Direção Geral da Saúde, 2016). Assim importou saber se a criança fazia as refeições na escola e percebendo que isso não acontecia, procuramos perceber se era só desde o diagnóstico, inferido desde logo a necessidade de intervenção a esse nível, na medida em que a criança não deve ser impedida de almoçar na escola apenas por receio dos pais ou não fornecimento por parte da escola das condições adequadas. Foi ainda questionado o nível de conhecimento e habilidades relativos à doença por parte dos professores, ficando já definida a programação de uma sessão de formação sobre a temática. Procuramos ainda perceber o impacto da doença no desempenho escolar do aluno e na socialização com amigos e professores, sendo que a esse nível não estava a ocorrer grande impacto.

Por fim, o quarto, quinto e sexto eixos supracitados, referem a importância de recorrer às novas tecnologias de modo a criar comunidades educativas virtuais para partilha de informação de saúde, à importância da formação intersectorial dos profissionais de saúde e educação envolvidos na Saúde Escolar e da investigação neste âmbito e Por fim, a necessidade de estabelecimento de parcerias com as autarquias e o setor privado, a nível local e regional para potenciar a resposta às necessidades de ganhos em saúde da comunidade educativa (Direção Geral da Saúde, 2015).

Objetivo Específico:

Desenvolver competências no âmbito da promoção do desempenho da parentalidade;

Atividades

- ✓ Participar no curso de preparação para o parto e parentalidade;
- ✓ Avaliar o desenvolvimento das competências parentais;
- ✓ Ensinar, instruir e treinar os pais no âmbito do desempenho da parentalidade;
- ✓ Validar positivamente o desenvolvimento da parentalidade, promovendo a autoestima e a ligação pais-filho;
- ✓ Proporcionar a interação dos pais com a criança com vista à promoção da vinculação;

- ✓ Implementar estratégias que facilitem a amamentação;

Reflexão

Definida na CIPE ® como “ *tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados*” (International Council of Nurses, 2019), a *parentalidade* tornou-se uma temática de especial relevância para a sociedade e particularmente para a Enfermagem pelo seu potencial em promover a saúde e o bem estar das crianças ou, quando o processo é inadequado, causar graves distúrbios no desenvolvimento físico e emocional com consequentes prejuízos de saúde e sociais na gerações futuras (Gage, 2006).

A adaptação à parentalidade é um processo de transição, na medida em que, segundo a Teoria das Transições de Meleis, as transições são o resultado e resultam de mudanças na vida, no estado de saúde, nas relações ou no ambiente e deixam o cliente numa situação de vulnerabilidade, e é uma transição do tipo desenvolvimental, uma vez que está relacionada com mudanças no ciclo de vida. Neste sentido, os Enfermeiros são profissionais com um posição privilegiada ao prepararem os pais para essa transição, ao estarem atentos às mudanças e exigências do novo papel e ao facilitarem a aquisição de aprendizagens e habilidades para o exercício do papel parental (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

As transições são dotadas de propriedades que envolvem a consciencialização, o envolvimento, a mudança, o tempo de transição e pontos ou eventos críticos. Só é possível iniciar um processo de transição quando há consciencialização e o nível desta tem influência sobre o nível de envolvimento, ou seja, a profundidade de procura de informação, recurso a modelos e preparação ativa para se ajustar à situação. Por outro lado as transições podem ser uma mudança, ou por sua vez resultar de uma mudança. A identificação do que mudou conduz ao ajuste de comportamentos. Há que identificar o impacto da mudança, a capacidade do cliente em lidar com a mesma e o nível de conforto com a nova situação. O tempo de transição diz respeito ao espaço temporal em que esta ocorre, e que vai desde a antecipação, passando pela identificação da mudança, até a um fim após um período que se prevê de instabilidade e stress. O evento crítico é o ponto e partida da transição, é o evento

identificável que resulta numa mudança, neste caso ser pai/mãe (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

De acordo com a Teoria supracitada, se a transição ocorrer de forma saudável, o período de instabilidade e stress dará lugar a sensações de bem estar e domínio de novas competências, atingindo o grau de mestria, num processo de transformação e integração da nova identidade. A isto é chamado padrão de resposta e que permite uma monitorização do progresso da transição (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

Esta transição para a parentalidade e os comportamentos dos pais são influenciados por inúmeros fatores e condições, nomeadamente pelos próprios pais, pela criança e pelo contexto social (Belsky, 1984). Com respeito aos pais alguns fatores de influência são o nível de instrução e conhecimentos, experiências de vida e infância e sistema de valores (Ateah, 2003). O peso ao nascer, a prematuridade, o temperamento ou o choro do bebé são fatores de influência por parte da criança na relação parental (Secco & Moffat, 2003). Um bom suporte social e económico está associado a menor ocorrência de comportamentos disfuncionais. A ajuda da família e amigos para cuidar dos filhos, ajudar nas tarefas domésticas, orientar e oferecer suporte emocional bem como um casamento saudável que permita que pai e mãe se apoiem mutuamente são características do contexto social favorecedoras de uma transição saudável (Dessen & Braz, 2000).

No seguimento do referido, a CIPE ®, não só define como foco a *parentalidade* como também a *adaptação à parentalidade* como sendo “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*” (International Council of Nurses, 2019), inferindo assim que a transição para a parentalidade tem início ainda antes do nascimento da criança. Deste modo, considereei pertinente assistir a algumas aulas do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC onde decorreu o estágio, na medida em que foram abordados temas importantes na área de EESIP, que pretendem ser contributo para a preparação e a capacitação dos pais para o cuidado ao filho. Dentro destes, podem ser destacados o aleitamento (materno e artificial), a vigilância da saúde do recém-nascido (onde estava incluída a vacinação, a prevenção de acidentes, o síndrome de morte súbita, o sono, a higiene e saúde oral) e ainda prevenção de acidentes e transporte seguro. As sessões decorreram via on-line devido à pandemia, e permitiram-me por exemplo, validar que as dúvidas sobre os cuidados ao recém-nascido são mais características de quem está à espera do primeiro filho, que há muita influência no conhecimento dos pais das opiniões de familiares próximos,

nomeadamente pais/sogros, com informações erradas e infundadas ou que existem grandes expectativas dos pais relativamente ao recém-nascido e à dinâmica que a família terá após o seu nascimento que podem levar a situações de disrupção se não acontecer tal como está planeado/sonhado. Conhecer estas perspetivas foi um contributo importante na compreensão dos processos inerentes à adaptação à parentalidade. Refleti ainda que o EESIP pode ter um contributo importante neste tipo de abordagem à parentalidade, distinto do EESMO, e que a articulação entre as duas áreas de especialidade neste âmbito, traria ganhos para os intervenientes, pensamento partilhado pela equipa da UCC que tem previsto (após o período de pandemia), incluir a EESIP no curso, nomeadamente em sessões sobre Sono do Bebê e Massagem Infantil.

Em contexto de estágio avaliei o desenvolvimento das competências parentais identificando as competências já adquiridas, por um lado através da observação da interação entre os pais e a criança, por outro através de conversa com os mesmos sobre o seu desempenho, as suas expectativas e dificuldades. Identifiquei as necessidades de conhecimentos e habilidades dos pais sobre a satisfação das necessidades físicas e biológicas tais como: alimentação, sono e repouso e eliminação. Furneci informações sobre promoção da saúde e prevenção da doença. Instruí os pais no sentido de estimularem o desenvolvimento da criança através da interação e organização do ambiente em função da idade. Orientei no sentido da satisfação das necessidades emocionais de autorregulação, afeto, segurança e disciplina.

No contexto hospitalar em particular compreendi a alteração do tipo de necessidades parentais e que serão abordadas mais à frente neste relatório no âmbito da hospitalização da criança e impacto da família, pois o desempenho da parentalidade encontra desafios acrescidos numa situação de doença ou internamento, dado que quando esta ocorre, o papel de autoridade, de cuidador e responsável pelo apoio e orientação necessária ao crescimento e desenvolvimento do filho é melindrada pela incapacidade em atender à totalidade das necessidades da criança, pois são necessários cuidados médicos complexos, abrindo assim mão seu papel para os profissionais de saúde (Just, 2005).

Para dar resposta às necessidades dos pais no âmbito do desempenho do papel parental diferenciando o cuidado familiar do cuidado necessário em contexto hospitalar e assim desenvolver intervenções de Enfermagem com diferentes intencionalidades, Paula Sousa (Sousa, 2012) nomeou diferentes “tipos” de papel parental, a partir da designação de papel parental classificado na CIPE® como processo, comportamento e ação de providenciar os cuidados necessários. O *papel parental desenvolvimental* diz respeito ao “processo,

comportamento e ação de providenciar cuidados de acordo com a norma, típico, padrão, habitual ou esperado". O *papel parental especial* é o "processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos e característicos de uma situação". O papel parental normal dá resposta às necessidades da criança de sustento, ou seja, "essenciais à sobrevivência e continuidade no processo do desenvolvimento infantil relacionadas com: alimentação; higiene; conforto; sono/repouso; carinho; segurança; aquisição e desenvolvimento das competências", numa condição desenvolvimental, ou seja, "caraterística do percurso de desenvolvimento/crescimento, transversais a todas as crianças, implica cuidados não diferenciados (do domínio do conhecimento, habilidade e/ou recursos)". O *papel parental especial* dá respostas às necessidades "essenciais à recuperação da saúde, relacionadas com: equipamento; dor; medicação; procedimentos diagnóstico/tratamento", numa condição especial, "característica de processos patológicos, específica de cada criança, implica cuidados diferenciados (do domínio do conhecimento, habilidade e/ou recursos)". Dentro do *papel parental especial*, podemos ainda referir-nos a *papel parental complexo*, quando as necessidades especiais da criança são de natureza crónica/ permanente e não transitórias. As intervenções de Enfermagem no âmbito do papel parental especial devem em primeiro ter em atenção o sentido da atuação dos pais, ou seja, se são de natureza transitória ou crónica e devem focar-se no conhecimento e habilidades dos pais sobre a hospitalização e as necessidades especiais da criança, nomeadamente de alimentação, higiene, conforto, desenvolvimento infantil, hospitalização e processo patológico e processos corporais. Tendo ainda em conta que as necessidades da crianças e dos pais numa situação crónica diferem de acordo com a fase em que se encontram da identificação das necessidades permanentes, falamos de *papel parental complexo inaugural* "quando se inicia o processo, comportamento e ação de providenciar cuidados particulares, específicos, complexos e característicos de uma situação complexa de natureza crónica inaugural" e *papel parental complexo* para "satisfazer as necessidades especiais de natureza crónica" (Sousa, 2012). Os focos de atenção de Enfermagem referidos estão parametrizados no SClínico, permitindo uma orientação da ação dos Enfermeiros e a documentação do processo de cuidados.

Ainda no âmbito do desenvolvimento da parentalidade importa inserir a definição dos focos da CIPE® ligação mãe/pai – filho, que se trata de uma "ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança" e vinculação, tratando-se esta da "ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos" (International Council of Nurses, 2019). Uma ligação mãe/pai – filho adequada é

fundamental na integração da criança na família e na promoção do crescimento e desenvolvimento saudável. Uma vinculação bem estabelecida afeta positivamente a competência emocional, social e cognitiva do bebê. Uma responsividade coerente e permanente por parte dos pais/cuidadores às necessidades da criança promove a segurança, facilita as relações sociais, a exploração do ambiente e consequente desenvolvimento e autoconfiança (Papalia & Feldman, 2013). Estes comportamentos irão conduzir ao estabelecimento de habilidades parentais sólidas e à criação de um vínculo entre o bebê e os pais favorecendo um crescimento e desenvolvimento positivos (Schenk, Kelley, & Schenk, 2005). A percepção dos pais acerca das suas próprias capacidades perante o papel parental afeta diretamente a relação pais-filho, a ocorrência de dificuldades e sentimentos de frustração desenvolverão dúvidas sobre o seu desempenho enquanto pais, por outro lado experiências positivas desenvolverão a crença nas suas próprias capacidades parentais (Crnic & Low, 2011), sendo que em contexto de USF, nas consultas com recém-nascido reforcei junto dos pais a relevância da comunicação verbal e não verbal com a criança, de compreenderem que o seu recém-nascido é um ser dotado de inúmeras competências e capacidades, demonstrando algumas delas, como prova de que o bebê é muito mais do que “comer e dormir”. Expliquei ainda o conceito de quarto trimestre e da importância do cheiro e sons do coração e da voz da mãe e do contacto de proximidade, desmitificando falsos conceitos sobre o “vício do colo”. Falei ainda da importância crucial de atendimento imediato às necessidades da criança, nomeadamente ao choro, transmitindo sentimentos de segurança, amor e compromisso ao bebê. Esclareci dúvidas que pudessem ser entrave ao melhor desempenho parental para que estes se sentissem seguros e motivados com os cuidados ao filho e reforcei positivamente a aquisição de mestria como forma de valorizar a sua autoavaliação enquanto pais e portanto favorecer a relação entre estes e o filho.

A ligação mãe-filho e a vinculação encontram na amamentação um momento privilegiado para se desenvolver. A proximidade entre a mãe e o bebê, o contacto pele com pele, o cheiro entre outros aspetos, são favorecedores desta ligação e do estabelecimento da vinculação. Tive oportunidade de desenvolver competências nesta área nas consultas de vigilância, onde promovi o aleitamento materno, esclareci dúvidas, validei junto das mães as competências do RN para a amamentação com uma atitude de respeito pela decisão individual de cada mãe. Também no internamento, contactei com a mãe de um recém-nascido internado para realização de fototerapia. Pelo facto de ter mamilo raso apresentava algumas dificuldade em amamentar e procedi então à utilização da Técnica da Seringa Invertida, que se revelou de grande ajuda. Auxiliei ainda no correto posicionamento do bebê à mama, tendo conseguido

uma adaptação adequada do recém-nascido à mama e conseqüente sucesso naquele momento, relativo à amamentação.

Objetivo Específico:

Desenvolver competências sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem SClínico.

Atividades

- ✓ Conhecer e explorar o programa SClínico;
- ✓ Realizar registos de enfermagem que evidenciem o processo de cuidados;
- ✓ Identificar as vantagens e inconvenientes da sua utilização;
- ✓ Utilizar a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem.

Reflexão

Em ambos os contextos de estágio foi utilizado o programa SClínico (Sistema de Cuidados de Saúde Primários e Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares) para registo do processo de Enfermagem e a elaboração deste objetivo teve em conta o facto de no meu contexto de trabalho não utilizar este sistema informático sendo que é este que está de acordo com “(...) a estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (...)” (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, s.d.), prevendo-se que o venha a utilizar no futuro.

Assim o meu interesse debruçou-se particularmente sobre o SClínico Hospitalar, onde procedi aos registos desde a avaliação inicial no momento da admissão, passando pela elaboração e atualização do plano de cuidados e a elaboração das notas e respetiva carta de alta.

Os registos de Enfermagem são fundamentais para a decisão clínica, a continuidade e qualidade dos cuidados, tomada de decisão, formação e investigação. Tem ainda revelado elevada importância na construção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem para efeitos de estatística ou de relatórios de saúde. Em todo o processo é utilizada a linguagem CIPE. A utilização desta é importante pois permite formalização do conhecimento próprio da Enfermagem e a utilização de uma linguagem comum que dê visibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Refleti ainda sobre o tempo despendido nos registos na carga global de trabalho, que considero elevada, sendo esta influenciada por fatores como a formação em CIPE, a idade ou tempo de serviço, com efeito, “(...) a documentação é, na realidade, uma parte essencial

da prática de enfermagem, mas será indubitavelmente responsável por uma parcela substancial da carga global de trabalho dos enfermeiros” (Bailas, 2016). Apesar disto, considero fundamental que seja incluído nos registos para além do foco, diagnóstico e intervenções, texto complementar que aborde aspetos sensíveis do ponto de vista psicológico e social, encarando o cliente no seu todo e num contexto familiar, sem o qual o registo pode ficar incompleto e portanto sem utilidade na continuidade dos cuidados, tal como defendem alguns autores (Martins, et al., 2008).

Objetivo Específico:

Desenvolver competências sobre a parceria de cuidados.

Atividades

- ✓ Conhecer as expectativas dos pais relativamente à prestação de cuidados;
- ✓ Estabelecer uma relação de confiança com os pais;
- ✓ Envolver os pais na prestação de cuidados;
- ✓ Negociar a prestação de cuidados com os pais;
- ✓ Centrar os cuidados na parceria enfermeiro-família;
- ✓ Capacitar os pais para a prestação de cuidados;

Reflexão

Nos último 30 anos um longo caminho tem sido percorrido no âmbito da Pediatria e particularmente nos cuidados de Enfermagem pediátricos. A presença dos pais em contexto de internamento não foi sempre consensual, só sendo permitido que um progenitor permanecesse como acompanhante durante período diurno em 1981 e só mais tarde garantida a presença a tempo integral. Em 1988 Anne Casey, considerando a inexistência de um modelo conceptual nas Teorias de Enfermagem que pudesse ser aplicado à pediatria, elaborou o Modelo de Parceria de Cuidados com a premissa de que os pais devem manter o seu papel de prestadores de cuidados junto da criança hospitalizada assumindo que estes são capazes e desejam ser cuidadores eficazes, sendo os principais responsáveis pelo cuidado da criança apenas com a intervenção dos profissionais quando necessário (Lee, 1998).

O Modelo assenta em 5 conceitos básicos: criança, família, saúde, meio ambiente e enfermeira e o pretende-se uma prestação de cuidados em parceria com a criança e a família, considerando que esta é a entidade melhor preparada para cuidar da criança com o apoio dos profissionais (Pandey, 2007).

A OE identifica como pré requisitos para o cuidar em parceria “(...) *estar consciente dos valores implícitos ao comportamento da família; ouvir a família, incluindo a criança, antes de planejar os cuidados; ouvir a família, e aprender com ela, antes de a tentar informar e ensinar; comunicar com a família antes de tomar decisões; individualizar os cuidados de forma a que a família se sinta segura com a sua participação (...) estar disponível para atender às necessidades da família; conhecer a família, tendo em conta as três dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento) (...)*” (Ordem dos Enfermeiros , 2015).

Ao longo do estágio mas particularmente em contexto de internamento prestei cuidados à criança sob orientação do modelo referido a qual era já uma prática enraizada no serviço. Fiz esforços no sentido de estabelecer uma relação de confiança, através de uma postura assertiva e empática e uma comunicação efetiva, fornecendo informações sobre os cuidados com vista a promover a participação dos pais nos mesmos. Avaliei as expectativas da criança (dependendo da idade) e família, bem como a vontade e capacidade relativamente à prestação de cuidados e implementei intervenções de enfermagem com base num planeamento feito em cooperação com os pais e ensinei e instruí quando estes se sentiram capazes de prestarem os cuidados, com respeito pelo seu tempo, vontade e capacidade. Para isso conversava com os pais e a criança de modo a negociar a que nível e de que modo estes pretendiam ser envolvidos nos cuidados de enfermagem a serem prestados por eles. Com frequência, por exemplo, a avaliação da temperatura era realizada pelos pais assim estes quisessem, o que deixava a criança mais colaborante e tranquila ao procedimento. Procurava ainda que todos os cuidados “familiares” permanecessem executados pelos pais, fornecendo suporte quando havia por exemplo receio em “dar banho com o cateter venoso periférico”. Envolvi ainda os pais e criança na tomada de decisão sobre os cuidados a serem prestados. Tal como indica a literatura, na Parceria de Cuidados o Enfermeiro tem como principal papel a supervisão dos cuidados, com uma intervenção mínima, devendo dotar os pais de conhecimentos e técnicas que permitam que isto aconteça. Os pais/ familiares deverão então prestar os cuidados quotidianos à criança com vista à satisfação das suas necessidades básicas, mas também prestar cuidados especializados se tiverem vontade e capacidade para o fazerem (Casey, 1995). O objetivo é não só promover o crescimento e desenvolvimento da criança apesar da situação de doença, mas também tentar manter o equilíbrio dentro da família (Lee, 1998).

Na Parceria de Cuidados, o processo de Enfermagem tem em conta na avaliação inicial não só o estado de crescimento e desenvolvimento físico e psicológico da criança, como também a estrutura familiar e o seu potencial na participação nos cuidados (Lee, 1998), não

basta identificar os hábitos da criança e dar resposta aos mesmos com a participação dos pais, mas é necessário conhecer a família, a forma de cuidar, as suas possibilidades, os seus limites e que esforços pode mobilizar na resolução dos problemas de saúde (Mendes, 2010). O planeamento dos cuidados é realizado com a família e são estabelecidos objetivos com base no ensino e no apoio prestado. As intervenções realizadas incluem apoio contínuo, sendo executadas pela família ou pelo Enfermeiro de acordo com o planeado, devendo resultar em ganhos para todos, com o respeito e o apoio necessários à reestruturação da dinâmica familiar e desejos da criança e da família (Mendes, 2010). A avaliação dos resultados deve ser contínua e avaliar não só os resultados das intervenções, como reavaliar as necessidades de apoio da criança e da família (Lee, 1998).

Chamo a exemplo, a experiência com um lactente com Tetralogia de Fallot. Este encontrava-se internado já há 5 meses quando decorreu o estágio e a cuidadora principal era a avó, por doença incapacitante da mãe e ausência permanente do pai. Havia já alguma autonomia da avós nos cuidados, fruto do trabalho de parceria estabelecido com a equipa de Enfermagem, como por exemplo a manipulação e otimização da sonda nasogástrica e ao nível da ventilação, a aspiração de secreções e a troca da cânula de traqueostomia. A relação e comunicação com a equipa de Enfermagem era excelente, a avó solicitava informação e apoio sempre que necessitava e quando se sentia menos capaz, a equipa de Enfermagem atuava, prestando cuidados “familiares” ou de Enfermagem, demonstrando, contudo apoio e inventivo para que fossem realizados pela mesma numa próxima oportunidade. Os conhecimentos, as capacidades bem como a situação emocional da avó eram reavaliados dia a dia pelos Enfermeiros pelas manifestações da avó e ajustadas as intervenções de acordo com as necessidades sentidas, numa verdadeira relação de parceria.

A Parceria de cuidados apresenta inúmeros benefícios concretos e descritos para a criança, família e profissionais de saúde. Observou-se que a abordagem reduz a ansiedade dos pais e da criança, melhora a cooperação da criança com os procedimentos, melhora o nível de atividade e reduz o tempo de internamento. Verifica-se uma diminuição da tensão entre a equipa e a família quando estes podem participar no cuidado do filho e sabem exatamente qual é o seu papel. A participação dos pais está ainda associada à diminuição dos custos com pessoal de enfermagem (Just, 2005).

Objetivo Específico:

Minimizar o impacto da hospitalização no potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e na família.

Atividades

- ✓ Conhecer e compreender o impacto da doença na criança e família;
- ✓ Realizar o acolhimento da criança e família com vista à minimização do impacto da hospitalização;
- ✓ Assistir a criança e família durante o internamento com base no processo de Enfermagem;
- ✓ Identificar fatores de risco que aumentem a vulnerabilidade perante o stress da hospitalização;
- ✓ Utilizar estratégias adequadas à idade para diminuir os fatores de stress decorrentes das hospitalizações na criança e família;
- ✓ Otimizar o regresso a casa e a continuidade dos cuidados;

Reflexão

O internamento em idade pediátrica tem grande impacto na criança e família pelo que só deve ocorrer “(...) quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança, 1988). São vários os elementos desestruturantes da hospitalização que causam impacto emocional na criança tais como: o afastamento de casa e dos familiares; o medo do desconhecido; a alteração de rotinas e horários; a restrição ao leito; perda de controlo, dor e o próprio ambiente hospitalar repleto de cheiros, sons e pessoas estranhas (Oliveira, Dantas, & Fonsêca, 2004). Ter entre os seis meses e os 5 anos confere maior vulnerabilidade perante o stress da hospitalização, bem como um temperamento difícil, internamentos frequentes, experiências prévias de doença, ser do sexo masculino, instabilidade familiar, capacidade de “coping” inata ou adquirida e ainda a gravidade do diagnóstico (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para os pais a hospitalização é um evento igualmente difícil e stressante, devido a inúmeros fatores psicológicos, físicos, sociais e ambientais, que ameaçam a estabilidade de toda a família, tendo influência facilitadora ou inibidora da sua adaptação à situação de internamento a gravidade atribuída à doença, experiências anteriores de internamento, tipo de procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico, apoio familiar e social, características individuais, estratégias de “coping” adquiridas ou inatas, crenças religiosas e culturais ou habilidades de comunicação da equipa médica (Hockenberry & Wilson, 2014).

O primeiro impacto do internamento tem uma forte influência sobre a forma como a criança e família vão encarar a equipa de saúde e a evolução do resto da estadia em ambiente

hospitalar, e por isso se percebe que o acolhimento, cuja palavra significa a “ forma como se recebe ou se é recebido; hospitalidade; refúgio; abrigo; proteção” (Porto Editora, 2021), é um momento de superior importância, que deve ir muito além do que apenas um levantamento de dados para diagnóstico ou comparação ao longo do internamento. Durante o contexto de internamento, fiz 3 acolhimentos onde realizei uma avaliação inicial completa, com base nos parâmetros orientadores definidos no SClínico que me permitiu conhecer globalmente a criança e a dinâmica familiar. Despendi de tempo para apresentar o quarto, as instalações, os restantes elementos da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais e avaliar alguns conhecimentos sobre o contexto do internamento fornecendo o Guia de Acolhimento e alguns esclarecimentos e orientações no sentido de promover sentimentos de controlo e segurança. Com a tutora, selecionei o quarto com base na idade e patologia da criança com o objetivo de oferecer algum conforto psicológico a esta e aos pais.

Prestei cuidados a 12 crianças, de acordo com o processo de Enfermagem em situação de doença aguda e patologia crónica em parceria com o respetivo pai/mãe ou outro cuidador, cujo motivo de internamento variava entre o foro médico e o foro cirúrgico: bronquiolite aguda, infeção do trato urinário, cefaleia, gastroenterite, otite média aguda, vômitos, icterícia neonatal, celulite, linfadenite, adenoidectomia e miringotomia e tetralogia de Fallot. Foi um contexto privilegiado para consolidar e desenvolver competências de carácter técnico como a cateterização venosa periférica, inaloterapia, oxigenoterapia, cuidados ao estoma e otimização de traqueostomia entre outros. Em todos os momentos foi minha preocupação reduzir o impacto das hospitalização e das intervenções que realizei. Como tal foi importante mobilizar conhecimentos sobre os principais fatores de influenciarem na forma como a criança lida e reage à situação de internamento de acordo com a idade.

Assim, os lactentes e as crianças até aos 3 anos são particularmente afetados pela perda de controlo e pela ansiedade da separação. Nos lactentes o ambiente hospitalar leva à alteração das rotinas diárias e a estímulos perdidos ou mal interpretados, gerando implicações no desenvolvimento do seu atributo mais importante, a confiança (Hockenberry & Wilson, 2014). Nestas idades e porque a ocupação do serviço o permitiu, escolhemos sempre um quarto onde não estava mais nenhuma criança internada o que diminuía a interferência no relacionamento com os pais e reduzia os estímulos estranhos provenientes do ambiente. Entre 1 a 3 anos o pleno desenvolvimento da autonomia é interrompido, pelo que qualquer restrição aos seus movimentos ou contrariedade ao seu egocentrismo resulta em manifestações, normalmente sob a forma de birras. Também nos pré-escolares perda de controlo advém da restrição física, alteração da rotina ou dependência forçada. Muitas vezes

esta perda de controlo resulta em regressão a comportamentos característicos de uma faixa etária anterior (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando não havia limitações pela patologia, incentivei a liberdade de movimentos, a correrem pelo corredor e usarem os triciclos e carrinhos de bebé que o serviço disponibilizava. Sempre que possível a soroterapia era calculada para se realizar durante o período noturno e os cateteres removidos assim que não fossem necessários. Existiu ainda uma importante preocupação em manter a rotina o mais semelhante possível à de casa como o banho e o horário de dormir, sendo a maior limitação o horário e o tipo de alimentação, já que devido à pandemia não se podia levar nada de fora para comer, embora fosse possível durante o dia pedir um lanche extra.

Crianças em idade escolar sentem falta das atividades diárias habituais e dos amigos, pelo que incentivei a ida à sala de atividades, no sentido de estarem com as educadoras, poderem brincar e manterem o tempo ocupado. Incentivei ainda e apoiei o autocuidado e a participação ativa nas intervenções a serem realizadas para promover a sensação de controlo e segurança. Preocupam-se também com eventos mais complexos como a alteração de papéis familiares, incapacidade física, medo da morte, abandono ou lesão permanente, perda de aceitação pelos colegas, falta de produtividade ou incapacidade em lidar com o stress. Os internamentos de causa cirúrgica apresentavam um stress acrescido devido ao medo da lesão corporal e perda de controlo devido ao desconhecido. Procurei usar de explicações adequadas à idade, recorrendo alguns objetos lúdicos como por exemplo um livro que o serviço possui e que foi elaborado por uma aluna de especialidade útil para ilustrar explicações sobre o peri-operatório. O reforço positivo após um procedimento também se revelou eficaz na conquista da confiança e colaboração da criança para outros procedimentos.

Não tendo ocorrido, durante o período de estágio nenhuma experiência com adolescentes, validei com a tutora que para estes a autoafirmação e independência são fundamentais, pelo que as limitações impostas pela doença e a separação das redes de apoio constituem perda de controlo. Frequentemente ocorrem episódios de raiva ou frustração e isolamento dos pares. Sentem necessidade de serem tratados como adultos e portanto reagem ao tipo de informação transmitida, mas sobretudo ao modo como é transmitida, sentindo-se ameaçados quando são tratados de forma condescendente. A grande ameaça emocional sentida pelos adolescentes diz respeito à perda de contacto com os pares, por medo de perderem a aceitação ou lugar no grupo (Hockenberry & Wilson, 2014), pelo que uma forma de ajudar é incentivar o contacto com o grupo de pares e criar novas redes de contactos, por exemplo em grupos de suporte onde existam outros adolescentes com experiências semelhantes.

A presença de um dos pais foi sempre garantida e incentivada no sentido de minimizar a ansiedade da separação, particularmente relevante até aos 3 anos, mas que também se pode manifestar nos pré escolares e escolares, que apesar de terem maior segurança nas relações interpessoais podem contudo, regredir devido ao internamento, manifestando recusa em serem cuidados por outros adultos, dificuldade em dormir, choro ou atitudes de raiva como partir brinquedos ou bater em outras crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

As intervenções foram realizadas num modelo de parceria de cuidados com base na negociação com a criança e pais, tendo em conta as preferências e experiências prévias de ambos com vista à promoção do controlo e segurança. Tive sempre presente ainda, a importância essencial do brincar. Apresentei e incentivei a ida à sala de atividades tendo o cuidado de assegurar que essa sala servia apenas e só para esse efeito e portanto nenhum procedimento, incluindo a administração de medicação aí era realizado, mantendo-a como um lugar onde podiam sentir-se seguros.

Um adequado planeamento da alta tem impacto positivo na hospitalização, pois permite reduzir o tempo de internamento e previne readmissões. O regresso a casa pode não implicar que a recuperação está completa, mas que existe estabilidade suficiente, para que a vigilância e os cuidados necessários possam ser realizados no domicílio (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, para preparar o regresso a casa avaliei as competências da família para gerir o regime terapêutico em casa, com a inclusão da criança neste processo e procedi aos ensinamentos e orientações necessárias. Elaborei a carta de alta para continuidade do tratamento em consulta externa ou CSP e forneci o contacto do serviço para esclarecimento de alguma dúvida caso necessário.

Objetivo Específico:

Desenvolver competências de avaliação e controlo da dor.

Atividades

- ✓ Conhecer os protocolos de avaliação e controlo da dor em pediatria usados na instituição/serviço
- ✓ Avaliar a dor através de escalas adequadas à idade;
- ✓ Utilizar medidas não farmacológicas de alívio e/ou prevenção da dor;
- ✓ Gerir medidas farmacológicas de alívio e/ou prevenção da dor;

Reflexão

A dor é “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante à associada a dano real ou potencial ao tecido*”. É uma experiência pessoal influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais e com efeitos adversos no bem estar social e psicológico. A incapacidade em comunicar não nega a possibilidade de experimentar dor (Raja, et al., 2021). Na criança, a dor está frequentemente associada ao medo e ansiedade e apresenta uma enorme variabilidade na sua expressão devido às especificidades de cada faixa etária. A avaliação e intervenção na dor da criança, constitui assim um desafio para o EESIP, que em parceria com os pais deve prestar cuidados diferenciados que permitam à criança lidar com a situação de dor e promover o autocontrolo (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O primeiro passo para uma intervenção eficaz na dor é a sua avaliação. No serviço de internamento usei, conforme protocolo, escalas adequadas à idade na avaliação da dor na criança: até aos 3 anos utilizei a Escala FLACC (face, legs, activity, cry, consolability); entre os 3 e os 6 anos a Escala de Faces de Wong Baker; a partir dos 6 anos a Escala Numérica e em crianças com multideficiência a Escala FLACC-R (face, legs, activity, cry, consolability – revised). A primeira é uma escala de medida da dor comportamental com intervalos que inclui cinco categorias de comportamento: expressão facial (F), movimento de pernas (L, de leg em inglês), atividade (A), choro (C) e consolabilidade (C). Mede a dor quantificando comportamentos associados à dor cuja pontuação varia de 0 (nenhum comportamento de dor) a 10 (o máximo possível de comportamentos de dor). A segunda é uma escala de avaliação facial que contém o desenho de seis rostos que variam de sorridente para “sem dor” até um rosto a chorar para a “pior dor.” A criança deve escolher o rosto que descreve a sua dor. As escalas de faces têm a vantagem de serem atraentes às crianças e fáceis de usar, pois apenas têm que apontar para o rosto que representa como se sentem. A escala numérica consiste numa escala de 0 a 10, em que 0 é “sem dor” e 10 a “pior dor”, é fácil de usar e fácil de registar (Hockenberry & Wilson, 2014), a FLACC-R é uma adaptação da FLACC onde foi incluída uma descrição mais pormenorizada de cada item e incorpora comportamentos específicos da dor de crianças com multideficiência e deficit cognitivo. Cada indicador possui ainda um descritor em aberto que permite a inclusão de comportamentos de dor próprios da criança e relatados pelos pais (Batalha, 2016). Da avaliação da dor na criança deve fazer parte ainda uma colheita de dados com base na observação da criança, entrevista aos pais e à própria criança a partir dos 3 anos. Estes dados permitem orientar a avaliação e controlo da dor (Direção Geral da Saúde, 2010).

Para alívio e controlo da dor implementei intervenções farmacológicas e não farmacológicas. No que concerne a intervenções farmacológicas passavam pela gestão e administração de analgésicos. Saliento a inexistência de protocolos de analgesia de dor aguda, particularmente no pós-operatório de crianças submetidas a cirurgia. Seria uma mais valia a sua existência, na medida em que estes são, “ *poterosos elementos de eficácia, segurança e formação, contendo critérios de vária ordem, regimes terapêuticos, modelos de associação de fármacos, indicações precisas sobre monitorização, intervenção precoce nos efeitos secundários ou insuficiência analgésica, procedimentos de avaliação e (...) constituem preocupação de qualidade na abordagem da dor aguda*” (Garcia, 2006). Neste âmbito e como forma de prevenção da dor, fiz ainda aplicação de anestesia tópica na pele para realização de punção venosa. Embora durante o estágio nunca tivesse necessidade de administrar, a solução de Hidrato de Cloral é também usada como sedativo, sob prescrição, para a realização de procedimentos dolorosos quando não se consegue obter colaboração da criança. No que concerne às medidas não farmacológicas estas são várias e as suas escolhas dependem dos recursos, da sensibilidade da criança à dor, do nível de desenvolvimento cognitivo, estratégias de coping, preferências e habilidades da criança, tipo e características da dor e contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Recorri muitas vezes a medidas cognitivas, através do ensino e informação prévia que permitisse tranquilizar e obter a colaboração da criança e cognitivo-comportamentais através da distração. Utilizei ainda medidas de suporte emocional ao permitir e incentivar a presença do pai/mãe ou pessoa significativa durante o procedimento doloroso. Como medidas físicas recorri a medidas ambientais, ao realizar todos os procedimentos dolorosos na sala de tratamentos onde ambiente está adaptado com desenhos e pinturas na parede que o tornam mais agradável permitindo reduzir o medo e a ansiedade, garantindo a tranquilidade, privacidade.

Competências

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

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Refletir sobre a sua prática, de forma crítica;

Objetivo Específico:

Conhecer e integrar a equipa multidisciplinar, estrutura e dinâmica do serviço.

Atividades

- ✓ Identificar os recursos humanos, físicos e materiais;
- ✓ Conhecer a documentação de suporte existente;
- ✓ Conhecer a dinâmica do serviço e interação da equipa multidisciplinar;

Reflexão:

A integração de pessoas “(...) é uma necessidade básica de uma organização (...) representa uma das atividades primárias da administração dos recursos humanos, cujo fim primordial é o adequado ajustamento dos profissionais à instituição, tendo em conta tanto os objetivos pessoais como institucionais” (Macedo, 2012). A aplicação do Modelo de Dreyfus de aquisição de competências à Enfermagem por Patrícia Benner, identificou cinco níveis de desenvolvimento de capacidades assentes numa base de identificação das necessidades de ensino/aprendizagem em cada nível. Uma enfermeira iniciada pode ser uma estudante de Enfermagem, um profissional recém licenciado ou uma enfermeira experiente mas que integra um novo serviço desconhecendo, portanto os objetivos e rotinas do mesmo. Assim, é necessário neste nível, proceder a uma integração da Enfermeira, dando a conhecer os procedimentos e normas do serviço (Benner, 2001). Outros autores defendem de igual forma a importância de uma adequada integração e a existência de Programas de Integração é uma demanda da maioria dos Programas de Acreditação em Qualidade que incluem modelos de Supervisão Clínica, sendo esta “(...) um processo formal de suporte das práticas, que permite o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros em contexto de trabalho e na sua integração profissional, reforçando a segurança dos cuidados prestados” (Macedo, 2012).

Por este motivo, identifiquei como objetivo específico, conhecer e tendo em conta que o número de horas de estágio era considerável, integrar-me no serviço e na equipa multidisciplinar. Com efeito, considero ter adquirido com sucesso competências nesse âmbito, aquisição facilitada quer pela/o receção do/a Enfermeiro/a Chefe que procedeu à apresentação da Enfermeira Tutora e fez uma breve apresentação física do serviço, quer pelas tutoras, salientando ainda que também as equipas foram fundamentais para esse sucesso. É de particular relevância a contextualização temporal do estágio, no sentido de que este ocorreu durante uma fase crítica da Pandemia de Covid 19, com todas as implicações que isso tem no funcionamento dos serviços e das equipas. Contudo em ambos os contextos

houve total abertura para a minha presença e um verdadeiro sentido de missão no que concerne a proporcionar-me todas as possibilidades de aprendizagem, bem como em contornar tanto quanto possível todos os obstáculos existentes à mesma.

Da minha parte, adotei uma postura de responsabilidade e interesse e conquistei a confiança da equipa em mim e no meu trabalho. Em UCC procurei conhecer a sua missão e visão, bem como os projetos em curso e os responsáveis pelos mesmos. No serviço de internamento consultei normas e procedimentos por forma a atuar em consistência com o serviço e portanto transmitir confiança às crianças e nomeadamente aos pais.

Na medida em que “(...) *o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012) foi fundamental também que me apresenta-se à restante equipa multidisciplinar dando-lhes conhecimento do meu papel naquele contexto. Desta forma fui incluída nos momentos de interação como parte da equipa, favorecendo o meu desempenho enquanto aluna e na aquisição de competências.

Esta adequada integração revelou-se essencial para iniciar atividades de forma célere e segura e a receptividade das equipas à minha presença essencial para manter a motivação e empenho ao longo do estágio.

Objetivo Específico:

Desenvolver competências de reflexão crítica sobre a prática especializada de Enfermagem.

Atividades

- ✓ Refletir na prática sobre as minhas atitudes e intervenções;
- ✓ Confrontar as minhas reflexões com a evidência científica;
- ✓ Elaborar um relatório de estágio com recurso a metodologia crítico-reflexiva;
- ✓ Discutir temáticas da prática com a equipa;

Reflexão

Ao longo de todo o estágio adotei um postura de reflexão sobre a minha prática e pensamento crítico sobre a prática especializada nos contextos por onde passei, numa perspetiva construtiva que me permitisse desenvolver uma compreensão mais aprofundada das competências necessárias enquanto especialista. Com efeito o pensamento crítico é “(...) *a capacidade de julgar com discernimento e raciocínio com vista a uma compreensão consciente dos fenómenos, de modo ordenado, objetivo, coerente e com recurso a provas, não admitindo afirmações sem conhecer a sua legitimidade*” (Santos, 2003). Usar do pensamento crítico ao longo do estágio permitiu-me olhar para as situações de uma forma

mais aprofundada, a questionar as tutoras, a reconhecer os problemas e procurar evidência para a sua resolução. A mesma evidência que procurei para justificar o que me foi ensinado e para refletir sobre a prática dos contextos, tendo em conta as prioridades e recursos de cada um. Pensar criticamente sobre os problemas e usar esse resultado na prestação de cuidados, permite o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, ao aplicar uma razão intencional com vista à concretização de objetivos, sendo ainda fundamental no desenvolvimento do juízo clínico no sentido de obter e selecionar informação penitente e responder de modo proficiente (Santos, 2003).

Tendo em conta que me encontro numa situação de formação avançada e com alguns anos de experiência profissional, as minhas competências de pensamento crítico e reflexão encontravam-se já parcialmente adquiridas, permitindo a formação enquanto especialista e a discussão ativa e construtiva com as tutoras sobre as minhas decisões, pensamentos e conclusões uma consolidação disso, através da aquisição de novos conhecimentos e habilidades que me permitiram olhar para a enfermagem e para a prática com mais competência.

A elaboração do presente relatório constitui uma ferramenta importante neste desenvolvimento do pensamento crítico. A elaboração de objetivos em ambos os contextos é desde logo um exercício de pensamento crítico, pois torna necessário identificar de acordo com a especificidade de cada contexto, as áreas de atenção e as atividades a desenvolver. A posterior análise reflexiva de todo o processo é fundamental, pois permite reviver a experiência, analisar as atitudes e emoções que possam ter influenciado a compreensão e ordenar as ideias e informações retidas. É portanto uma atividade intelectual de organização e exploração das ideias e experiências com o objetivo de conduzir a novos entendimentos e conhecimentos (Boud, Keogh, & Wlaker, 1985).

Competências

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 Específico:

Desenvolver competências de comunicação com a criança e família.

Atividades

- ✓ Utilizar técnicas de comunicação adequadas no relacionamento com a criança, adolescente e família;
- ✓ Comunicar com a criança, adolescente e família com respeito pelas suas crenças e valores;
- ✓ Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança, adolescente e família de acordo com o seu estadio de desenvolvimento;

Reflexão

A comunicação “(...) é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2002). A comunicação é portanto, um processo complexo e a sua efetividade depende de vários fatores. Em pediatria pede-se que a comunicação seja efetiva com a criança, de modo a que esta se sinta envolvida, segura e encontre forma de manter o seu desenvolvimento e participação de experiências que estimulem o seu crescimento, mas também com a família, de forma responsável e resoluta (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013).

Para uma interação adequada e efetiva com a criança e família considerei sempre importante apresentar-me e explicar o meu papel naquele contexto. Nos momentos de conversa, procurei envolver sempre a criança, especialmente nas crianças mais velhas, não fazendo apenas perguntas aos pais, mas deixando que esta participasse do diálogo. Adotei um postura de abertura perante todas as dúvidas que surgiam, permitindo a expressão de emoções e considerando que a família é a principal fonte de informação sobre a criança pelo que as suas preocupações devem sempre ser consideradas. Evitei expressões de julgamento que pudessem constituir uma barreira à comunicação e demonstrei sinais de empatia, ou seja, de compreensão pelo que a criança e família estavam a passar naquele momento.

A faixa etária da criança e o seu nível de desenvolvimento determinam em que fase do processo de pensamento e da linguagem ela se encontra, o que me serviu de referencial para a comunicação com a mesma. Nos lactentes a comunicação não verbal é a mais importante, na medida em que estes são ainda incapazes de usar a linguagem e esta funciona em ambos os sentidos. Nestes, adotava um tom de voz calmo e gentil para transmitir conforto se

segurança e usei muitas vezes o cantar como forma de assegurar tranquilidade. Na idade pré-escolar o pensamento é egocêntrico, pelo que a comunicação deve ser centralizada nelas mesmas. Exemplos baseados na experiência de outras crianças não têm utilidade. Não têm capacidade de trabalhar com conceitos abstratos, pelo que lhes deve ser permitido tocar e experimentar para que compreendam, por exemplo antes de puncionar mostrava o cateter, explicava que a agulha saía e que só ficava a cânula que era mole e de plástico. Devem ser evitadas analogias pois compreendem o exemplo de forma literal. Em idade escolar as crianças procuram explicações e razões para tudo, confiam mais no que sabem do que no que vêem. Assim, nesta idade era fundamental explicar o que ia acontecer, porque ia acontecer e como ia acontecer. Porque desejam saber como funciona determinado objeto, para que é usado e o objetivo do uso, incentivava a sua participação no procedimento e oferecia-lhes uma explicação causa-efeito, explicar que o gel (da ecografia) era frio mas que permitia que aparecesse uma fotografia da barriga no ecrã. Nesta idade há uma particular sensibilidade a qualquer coisa que constitua ameaça de lesão corporal a qual se estende também aos seus objetos pessoais. Ouvir as preocupações da criança ajuda a encontrar atividades que diminuam a ansiedade. O estado de transição entre a infância e a idade adulta em que se encontram os adolescentes constitui um desafio acrescido em termos de comunicação. Devem-se prever flutuações na comunicação e reação aos acontecimentos e procedimentos que podem variar entre a cooperação, hostilidade e raiva. Os adolescentes precisam de ter a certeza absoluta de que o que é dito é confidencial e eventualmente ter necessidade de falar na ausência dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Independentemente da idade da criança, quando existia já algum entendimento solicitei autorização desta para os procedimentos e usei palavras de entendimento perante sofrimento pelo qual estava a passar fortalecendo a minha relação com a criança. Procurei transmitir afeto, segurança e tranquilidade e manter uma atenta observação da criança, pois muitas vezes os sentimentos, sensações e necessidades não são transmitidas de forma verbal. Quando possível utilizei a brincadeira, os brinquedos, os jogos lúdicos ou a música para criar laços de confiança.

Competências

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;

Objetivo Específico:

Promover a adaptação da criança e família a situações de necessidades de saúde especiais e doença crónica complexa.

Atividades

- ✓ Mobilizar conhecimentos sobre a assistência de enfermagem na criança com necessidades de saúde especiais;
- ✓ Mobilizar o suporte familiar e comunitário;
- ✓ Conhecer e compreender o impacto da doença crónica na criança, adolescente e família;
- ✓ Ensinar, instruir e treinar a criança, adolescente e pais sobre o regime terapêutico em diferentes doenças crónicas;
- ✓ Capacitar a criança, adolescente e família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação;

Reflexão

As crianças dos 0 aos 6 anos de idade com algum tipo de deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, apresentam necessidades de saúde especiais e devem beneficiar de programas de intervenção precoce através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Este integra um conjunto de serviços que tem como missão garantir a Intervenção Precoce na infância, ou seja, implementar uma série de ações e apoio na área social, de educação e saúde de modo a melhorar as aprendizagens da criança, fortalecer as competências dos cuidadores e promover os recursos das famílias na comunidade (Direção Geral da Educação, 2021). As crianças elegíveis para intervenção precoce são crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação em atividades próprias para a idade e contexto social ou crianças com condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que impliquem risco grave de atraso e que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico ou ambiental (Direção Geral da Saúde, 2013). A ELI é constituída por equipas multidisciplinares que englobam enfermeiros e outros profissionais. A equipa elabora o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), identifica as crianças e famílias elegíveis para SNIPI, avalia periodicamente as crianças e famílias que

não são imediatamente elegíveis, identifica recursos na comunidade da sua área de intervenção ou de apoio social, articula com os NACJR, com os docentes e asseguram a adequada transição para outros contextos educativos. Embora inicialmente estivesse previsto assistir a uma reunião da ELI, tal acabou por não acontecer por incompatibilidade de horário, contudo a conversa com a tutora permitiu-me compreender e refletir sobre a dinâmica destas reuniões, e por este meio, também adquirir mais conhecimento sobre os referidos sistemas de apoio neste âmbito.

Como já referi anteriormente, em ambos os contextos de estágio houve um verdadeiro interesse por parte das tutoras e das equipas em fornecer o máximo de experiências possível e contornar as limitações impostas pela pandemia. Uma estratégia encontrada pela tutora em contexto de UCC foi abordar as NSE de uma forma diferente da habitual e assim não só permitir-me desenvolver competências a esse nível como também colmatar alguma falha neste âmbito imposta pela situação de pandemia. Assim, foi impressa a listagem de crianças identificadas com algum tipo de NSE pelo médico ou enfermeiro de família. Em seguida foi estabelecido contacto telefónico com a família para perceber se a necessidade ainda se mantinha e se já estava a ser feita alguma intervenção por parte de algum profissional ou inclusivamente se se justificava o encaminhamento para a ELI. Nas situações em que a necessidade de saúde se mantinha e não havia ainda nenhum contacto com nenhum profissional era preenchida uma ficha individual que ficou na unidade para posterior seguimento pela EESIP. Em algumas situações foram ainda dadas informações sobre os recursos sociais ou na comunidade pertinentes, como por exemplo aconselhamento em ir à Segurança Social e pedir o Subsídio de Educação Especial, que verifiquei ser desconhecido por muitos pais cujos filhos estavam a ter apoio individual por técnico especializado, como o caso da Terapia da Fala ou Terapia Ocupacional.

No que concerne à doença crónica, esta tem merecido destaque por parte dos sistemas de saúde, devido à mudança epidemiológica verificada nas últimas décadas e no caso da pediatria, devido também à sobrevivência de RN e crianças com NSE que há alguns anos seriam rapidamente fatais. Estas crianças utilizam intensivamente os serviços de saúde e requerem um apoio coordenado de saúde psicológico e social desde o diagnóstico, dirigido também à família e à comunidade (Lacerda, Oliveira, Cancelinha, & Lopes, 2019).

A receção ao anúncio ou tomada de consciência da existência de uma deficiência é muito diferente de família para família e até entre os diferentes membros da mesma família e constituem momentos difíceis para os pais e para os profissionais. Ajudar a família a desenvolver competências para lidar com a situação envolve completar informação,

esclarecer, explicar melhor, escutar e prestar esclarecimentos. O Enfermeiro deve estar desperto de que a tomada de consciência do problema da criança pelos pais/família não ocorre num único momento, mas decorre de todo um processo com diferentes etapas e deve saber identificar em que fase os pais/família se encontram para adequar as suas intervenções. A primeira fase é denominada de *choque/confusão/desorganização/desespero*, nesta fase os pais recordam-se de pouco do que lhes foi dito e pode durar de algumas horas a alguns dias. A fase seguinte é denominada de *negação (desacreditar a realidade)*, que é eficaz enquanto estratégia de *coping* se durar pouco tempo dado que a negação prolongada pode levar os pais a acreditar num diagnóstico mais favorável e consequentemente atrasar o processo de recuperação. Seguidamente surge a fase da *raiva*, na qual os pais procuram razão para a deficiência/doença, e podem procurar atribuir uma culpa seja a eles mesmos, à criança, aos profissionais ou outros familiares. Esta fase surge quando já não é possível manter a negação e é manifestada por atitudes de fúria, raiva e ira, requerendo uma especial e acrescida compreensão por parte dos profissionais (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos, & Marques, 2016).

Detenho-me agora um pouco mais na fase da *tristeza* para refletir sobre uma vivência passada em contexto de internamento. Esta fase é caracterizada por algum desespero e falta de vontade de continuar. Ocorre a plena consciência da perda do filho saudável. É manifestada por choro, tristeza e muitas vezes apatia (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos, & Marques, 2016). Recebi no internamento uma criança de 5 anos com diagnóstico de DM 1 Inaugural. Há cerca de uma semana apresentava polifagia e polidipsia tendo sido levada, por esse motivo ao SU onde foi feito o diagnóstico. À chegada ao internamento, a mãe e a criança estavam aparentemente tranquilas. Foi feito o acolhimento onde foi aferido que conhecimentos a mãe tinha já sobre a doença e foi fornecido o livro de registos da avaliação da glicemia e administração de insulina, bem como o Manual de Ensino da Criança e Jovem com Diabetes, um documento institucional com algumas informações e instruções sobre a Diabetes tipo 1, avaliação da glicemia, insulino terapia e hipoglicemia, tendo mãe e criança permanecido no quarto a instalar-se com a indicação de que perto da hora da refeição iríamos conversar um pouco. Antes da hora de almoço procedi então, com orientação da tutora, ao ensino sobre avaliação da glicemia capilar, tendo sido realizada pela mãe por preferência da criança, num ambiente de parceria de cuidados sendo que esta se mostrou à vontade para o fazer. Em seguida, procedemos ao ensino do cálculo da dose de insulina para correção da glicemia e dos hidratos e carbono a ingerir. Identificamos os hidratos de carbono no prato e fizemos a respetiva pesagem. Neste momento a atitude de aparente tranquilidade da mãe

desvaneceu-se dando lugar ao choro a manifestações de sensação de impotência para lidar com a doença e eventual incapacidade em prestar todos os cuidados necessários à criança em função da mesma. Esta reação pareceu-me muito característica da fase de tristeza, da consciencialização da perda do filho saudável e das implicações da doença no seu dia-a-dia. Nessa altura foi prestado apoio emocional à mãe, foram transmitidas mais algumas informações que lhe permitiram compreender que existirá uma fase em que a criança terá uma vida mais normalizada, ao incluir na sua rotina os cuidados relativos à doença. Referi ainda que após o internamento a criança seria acompanhada na consulta externa onde poderiam contactar com outras crianças e pais que já passaram pela mesma situação e que isso os poderia ajudar a lidar com a mesma. A administração de insulina foi realizada por mim uma vez que a mãe não sentia ainda segurança para o fazer.

A fase seguinte é a fase da *desvinculação*, na qual os pais experienciam muitas vezes uma sensação de vazio em que nada parece ter importância. Aqui os pais já aceitaram a condição do filho, mas a vida perdeu um pouco do seu sentido. Após esta, surge a fase da *reorganização* onde é aceite a realidade da doença mas também ocorrem sentimentos de esperança face ao futuro. Posteriormente surge a fase da *adaptação*. Aqui os pais demonstram maturidade emocional na forma como lidam com o filho doente, já aceitaram a situação e estão conscientes das necessidades dos filhos estando empenhados em satisfazê-las. O tempo que os pais demoram a chegar a esta fase é muito variável, para alguns são dias para outros anos (Gronita, Pimentel, Bernardo, Matos, & Marques, 2016). Foi-me possível contactar com alguns pais nestas duas últimas fases na Consulta Pediátrica da Diabetes onde passei um turno. Aqui pude também contactar com a realidade do impacto da doença crónica na vida da própria criança. Ao entrar na adolescência por exemplo, particularmente as meninas apresentavam grande preocupação sobre a utilização da bomba infusora de insulina por esta interferir com a escolha de algumas roupas, ou da visibilidade do sensor de glicemia no braço. Os rapazes, caracteristicamente apresentavam preocupações sobre um eventual impedimento na realização de atividades desportivas. Este aspeto são efetivamente correspondentes ao que diz a literatura. Com efeito, na fase da adolescência a doença crónica tem implicações em aspetos como a identidade pessoal e sexual, na medida em que há uma sensação de maior diferença em relação aos pares e de competir com eles em relação à aparência, competências e habilidades, sendo importante ajudar a perceber que muitas das diferenças sentidas dizem respeito à adolescência em si e não à doença. Outra dificuldade é a necessidade de maior dependência da família numa altura em que há uma conquista de maior independência. Aqui por exemplo, a Enfermeira da consulta, também EESIP,

incentivava muito a autonomia da/do adolescente, responsabilizando-o pela monitorização da doença. Todo o discurso era muito virado para este, colocando os pais num papel secundário, com vista à promoção da independência. Os adolescentes também enfrentam preocupações relacionadas com as relações pessoais, pela limitação existente por vezes em desenvolver relações com os pares e discutir com eles questões sexuais. Têm ainda muitas vezes receio de não se poderem/conseguirem relacionar e constituir família devido à doença (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em crianças mais pequenas a doença crónica também tem impacto no seu desenvolvimento. Nos lactentes, o desenvolvimento da confiança pode ser comprometido devido à existência de múltiplos cuidadores e separações frequentes, especialmente se ocorrerem muitas hospitalizações. A criança pode ainda ver-se privada de conchego consistente devido à condição patológica. Atenuar isto passa por procurar consistência, sempre que possível nos profissionais que prestam cuidados, e incentivar a presença e participação dos pais nos cuidados. Dificuldades na vinculação também podem ser sentidas, especialmente enquanto os pais estiverem na fase da desvinculação e devido ainda a eventuais períodos de separação. O desenvolvimento sensório-motor também pode ser prejudicado na medida em que a estimulação por contacto como ambiente pode ser limitado por restrições de movimentos e confinamento, por outro lado haverá maior exposição a sentimentos desagradáveis do que agradáveis. O maior envolvimento de um dos pais nos cuidados e a maior dependência dos pais nos cuidados também compromete o desenvolvimento e aumenta a ansiedade da separação (Hockenberry & Wilson, 2014). Como já referido neste relatório no âmbito da parceria de cuidados, no contexto de internamento, prestei cuidados a um lactente de 9 meses com Tetralogia de Fallot, que a equipa procurava atribuir, no plano de trabalho mais ou menos sempre aos mesmos Enfermeiros. A avó, cuidadora principal, era incentivada a participar ativamente nos cuidados, mas por outro lado, sendo a única com capacidade para acompanhar a criança no internamento, era incentivada a períodos de descanso, permitindo o hábito a ter outros cuidadores. Durante o período de estágio procurei estimular o seu desenvolvimento, procurando reduzir o impacto não só da doença mas também do longo período de internamento. Mantinha contacto visual, estimulava através da comunicação verbal e de músicas, ofereci ao toque brinquedos de diferentes texturas, peguei ao colo por longos períodos, incentivei a alimentação via oral (apesar da SNG) ao oferecer pequenas quantidades de papa a provar. A própria equipa, na ausência da avó, com frequência adaptava o O₂ à bala e fazia passeios pelo corredor ou deixava-o permanecer na sala de registos para que não estivesse apenas confiando ao quarto.

No período de 1 aos 3 anos o desenvolvimento da autonomia poderá estar comprometido, devendo incentivar-se a independência no máximo de áreas possível. Atividades sensoriomotoras, locomotoras e de linguagem deve ser realizadas como estímulo pois a capacidade para as testar poder ser comprometida. Na idade pré-escolar a proteção da família devido à condição de doença e a alterações físicas e de comportamento decorrentes desta, podem dificultar a socialização. A mesma deve ser incentivada e criadas oportunidades para que tal aconteça. O auto cuidado também deve ser estimulado e incentivado para criar oportunidades de sucesso e de desenvolvimento da iniciativa e do sentido de propósito. Devido ao pensamento pré-operacional em que a criança pode atribuir a si própria culpa por estar doente ou atribuir a isso um castigo por algo que tenha feito, deve ser esclarecida e os medos desmistificados. Em idade escolar mantém-se dificuldades ao nível da socialização, devendo existir acompanhamento por parte de Equipa de Saúde Escolar no sentido da instrução de colegas e professores sobre a condição da criança e as suas necessidades especiais, já referido neste relatório. As oportunidades limitadas em realizar atividades e mesmo em competir não permitem o desenvolvimento de um sentido de realização, devido por exemplo ao excesso de faltas escolares ou impossibilidade em praticar atividades desportivas. Por se encontrarem no estágio das operações concretas, há dificuldade em compreender as eventuais limitações físicas impostas pela doença, devendo ser dadas informações e respostas sobre a condição de saúde bem como incentivar a realização de atividades alternativas que seja capaz de executar com sucesso (Hockenberry & Wilson, 2014).

Objetivo Específico:

Desenvolver competências de deteção precoce e encaminhamento de situações de risco.

Atividades

- ✓ Conhecer a missão e objetivos da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- ✓ Conhecer e participar das atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Crianças e Jovens em Risco;
- ✓ Conhecer o papel do EESIP na Equipa Local de Intervenção,

Reflexão

O PNSIJ refere que “(...) *crianças e os jovens podem viver situações de risco ou ocorrência de maus tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais. Tais casos exigem atenção redobrada por parte dos serviços de saúde, que devem desenvolver*

estratégias de intervenção particulares adequadas aos mesmos” (Direção Geral da Saúde, 2013). Desta forma, apesar de muitas das atividades e projetos em desenvolvimento na UCC se encontrarem suspensos devido à situação pandémica, pela necessidade imperativa de sinalizar e proteger crianças em situação de risco, a atividade no âmbito do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco manteve-se e embora essa função estivesse atribuída a uma EESC, pude acompanhar algumas das intervenções a esse nível. Uma vez mais o PNSIJ chama a atenção para uma monitorização em todas as consultas de vigilância de saúde infantil de potenciais situações de maus-tratos no sentido de “ *identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vitimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina*” (Direção Geral da Saúde, 2013). O Despacho nº 31292/ 2008 criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) que abrange crianças e jovens com idades até aos 18 anos podendo ir até aos 21 anos, sempre que o processo tenha início antes da maioridade. A ASCJR pretende “ *promover os direitos das crianças e jovens (...) através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce (...) fatores de risco e sinais de alarme (...)*” dando uma resposta estruturada do SNS ao fenómeno de maus tratos através da RNACJR ao nível dos CSP e ao nível hospitalar. Os NACJR são constituídos no setor dos CSP por médico, enfermeiro e outro(os) profissional(ais) relacionados com a situação, como por exemplo de saúde mental ou serviço social. Em contexto hospitalar é constituído no mínimo por um pediatra, um enfermeiro, e um técnico de serviço social. Quando identificada uma situação de suspeita ou confirmação de maus tratos a atuação é feita com base em níveis, sendo o primeiro da responsabilidade de entidades com competência em matéria de infância e juventude como o caso das unidades de saúde através dos núcleos. Quando esgotados todos os meios ao alcance das entidades de primeiro nível, a situação é reportada ao nível seguinte, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, o último nível a recorrer quando não for possível aos anteriores remover o perigo, é o tribunal (Ministério da Saúde, 2008). Com base nas orientações técnicas do referido despacho foi elaborado o manual Maus tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção que constitui um documento útil para os profissionais e equipas nos diferentes níveis de prestação de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2011), deste documento consta o Algoritmo: deteção de sinais de alerta em CSP e em meio hospitalar que serve de base para a análise da situação que experienciei no âmbito do Núcleo. Acompanhei uma visita domiciliária com a tutora e a enfermeira especialista do Núcleo para confirmação da morada de uma criança sinalizada pela USF. O NACJR recebeu

um e-mail da Enfermeira de Família a referenciar uma criança por faltas sistemáticas às consultas de vigilância, não conseguindo a mesma entrar em contacto via telefone com a família. Para além disso havia divergência entre a morada dada na USF e a constante na Segurança Social. Assim, fomos até à morada registada na USF e não obtendo resposta, foram questionados os vizinhos que deram indicação de que efetivamente morava uma senhora com uma criança ali, mas que já há muito tempo que não eram vistas. Esta informação foi transmitida à assistente social que ia dar seguimento à situação. Houve então a identificação de uma situação de potencial risco nos CSP, esta foi referenciada ao NACJR. O profissional de enfermagem procurou dar resposta fazendo um visita domiciliária e não conseguindo passou a outro profissional de primeiro nível, neste caso a assistente social que iria validar a morada constante dos registos da segurança social.

3.2- DOMINIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Enquanto especialista, o Enfermeiro desenvolve atividades do âmbito da gestão, no sentido em que *“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (Ministério da Saúde, 2019), sendo portanto, relevante, o desenvolvimento de competências no referido domínio em contexto de formação especializada.

Competências

Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;

Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;

Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;

Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

Objetivo Específico:

Desenvolver competências no âmbito da gestão, supervisão e liderança de cuidados de Enfermagem.

Atividades

- ✓ Conhecer e aplicar metodologias de trabalho promotoras da qualidade dos cuidados;
- ✓ Conhecer o papel do EESIP na dinâmica organizacional do serviço;

- ✓ Gerir o plano de cuidados e atividades de acordo com a avaliação de necessidades, prioridades e recursos disponíveis;
- ✓ Atuar com segurança e qualidade na prestação de cuidados, nos diferentes contextos;
- ✓ Observar o processo de delegação e supervisão de tarefas do EESIP, nos diferentes contextos;

Reflexão

O modelo de gestão de cuidados da Enfermagem moderna poderá ser atribuído a Florence Nightingale e às suas ações de reforma hospitalar e reestruturação das ações de enfermagem, nomeadamente organização das atividades básicas dos cuidados, do controlo da qualidade e das infeções, da gestão do risco e da administração das enfermarias implementando conceitos como delegação e supervisão de funções (Potra, 2015) .

Atualmente, na área da saúde, o conceito de gestão expandiu-se para além dos profissionais que habitualmente detêm essas funções. Mais do que gerir a organização de saúde, há necessidade de tornar eficientes outros aspetos organizacionais e portanto surgem conceitos como gestão da saúde, gestão da doença, gestão de risco, gestão de cuidados de Enfermagem, gestão de casos, gestão medicamentosa ou gestão de altas entre outros, num envolvimento multiprofissional onde a Enfermagem tem um papel cabal (Potra, 2015).

Em Portugal, desde 1949 quando foi promulgada a carreira de Enfermagem, há evidência da existência de Enfermeiros em funções de gestão hierarquicamente organizados. Estas funções têm vindo a ser clarificadas ao longo dos anos, havendo um aumento do nível de exigência, maior qualificação técnica e maior responsabilidade. A atual carreira de Enfermagem, promulgada pelo Decreto-Lei 71/2109, compreende três categorias as quais: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor. Ao Enfermeiro Especialista no domínio da gestão cabe, para além do conteúdo funcional de Enfermeiro “(...) *coordenar a supervisão clínica de estudantes de enfermagem; coordenar a supervisão clínica de enfermeiros especialistas da sua área de especialidade; coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional (...) colaborar nos processos de avaliação de desempenho dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, desde que funcionalmente dependentes; participar em projetos institucionais na área da acreditação e certificação, gestão da qualidade e do risco, em particular na sua área de especialidade; integrar júris de procedimentos concursais para recrutamento de enfermeiros e enfermeiros especialistas na sua área de especialidade*”. A ascensão à carreira de Enfermeiro gestor faz-se de entre os Enfermeiros especialistas, com pelo menos 3 anos

de exercício em funções de especialidade (Ministério de Saúde, 2019). Com efeito, no estágio pude conhecer o papel de supervisão clínica de ambas as Enfermeiras Tutoras, do meu processo formativo de especialização. No contexto de internamento, o serviço estava em processo de candidatura à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, na qual a tutora fazia parte do grupo responsável pela mesma. Esta acreditação pretende “ (...) *garantir que a formação e a investigação em Enfermagem se realizem com requisitos adequados, com garantia de qualidade e segurança, tanto para os profissionais quanto para os destinatários dos cuidados de Enfermagem*” (Ministério da Saúde, 2017).

Do ponto de vista organizacional naturalmente que os dois contextos de estágio são diferentes e permitiram-me conhecer e compreender diferentes papéis do Enfermeiro Especialista Enquanto gestor. Em 1999, os CSP sofreram uma profunda reformulação até à forma como se encontram organizados na atualidade em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por unidades funcionais, de onde constam as UCC e USF. As UCC têm um papel complementar das USF, mais próximo e pró-ativo junto da comunidade, mobilizando os recursos do sistema de saúde na identificação de pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade (Branco & Ramos, 2001). São as únicas unidades funcionais onde o coordenador é “(...) *designado de entre enfermeiros com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista, com experiência efetiva na respetiva área profissional*”, e portanto o elemento que integra as funções de gestão. A gestão relativa aos programas de saúde é da competência dos Enfermeiros Especialistas, sendo que a gestão das atividades relativas ao PNSIJ é da responsabilidade do EESIP (Ministério da Saúde, 2009). A USF onde estagiei era uma USF Modelo B e portanto, com uma organização madura e um nível de contratualização mais exigente (Ministério da Saúde, 2007). O Método de Trabalho utilizado é o do Enfermeiro de Família, sendo esta a sua unidade de cuidados, prestando-lhe cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida, contribuindo para a ligação entre a família, outros profissionais e os recursos na comunidade (Ministério da Saúde, 2014). Aqui, a vigilância de saúde da criança não está a cargo apenas do EESIP, uma vez que é feita a distribuição das famílias por todos os Enfermeiros em função do médico de família, mas compreendi a sua importância como impulsionador/ gestor de atividades relacionadas com a saúde infantil.

O Serviço de Internamento fazia parte de uma Instituição Hospitalar tipo 1 (Ministério da Saúde, 2004). Aqui o método de trabalho usado era o método individual, embora fosse bem notória a existência de uma filosofia de trabalho em equipa e entreajuda. A gestão do serviço era da responsabilidade da Enfermeira Chefe, que delegava algumas funções no Enfermeiro responsável de turno. Da responsabilidade da Chefe, verificava-se a gestão de recursos

humanos, nomeadamente elaboração da escala e plano de férias, avaliação de desempenho, participação do processo de contratualização interna para o serviço e participação nas comissões de escolha de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados. Era ainda responsável pela gestão de recursos materiais e de equipamento embora delegasse com frequência esta função no responsável de turno, sempre um enfermeiro especialista, desde que houvesse um escalado para o turno, bem como a elaboração do plano de trabalho. Este era planeado em função da especificidade das crianças e família, bem como a complexidade dos cuidados a serem prestados com vista à otimização da eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Assisti ainda à função da Enfermeira Chefe e dos EESIP enquanto promotores da qualidade dos cuidados, nomeadamente nos momentos de passagem de turno onde tinham muitas vezes um papel de validação dos cuidados prestados e de articulação com a equipa multidisciplinar. Coordenavam ainda diferentes grupos de trabalho entre os Enfermeiros sobre temáticas pertinentes para o funcionamento do serviço ou para a prestação de cuidados, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros.

No que concerne à gestão da prestação de cuidados, planeei e organizei os cuidados, com vista à resolução efetiva de problemas. Monitorizei os resultados das minhas intervenções e estabeleci novos objetivos.

Executar todas as atividades referidas com garantia de segurança e qualidade foi premissa orientadora e competência a desenvolver. De acordo com a OE, a segurança dos cuidados envolve um conjunto de medidas que passam pelo recrutamento, integração e fixação de profissionais, melhoria do desempenho e ainda medidas de segurança ambiental e de gestão de risco (Ordem dos Enfermeiros, 2006). As duas últimas medidas foram presença constante em ambos os contextos. Foram adotadas todas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção, ainda mais relevantes devido à Pandemia, conforme as normas institucionais e da DGS. Relativamente à segurança ambiental, em contexto de internamento a todas as crianças era avaliado o Risco de Queda através da Escala de Humpty Dumpty e implementadas as intervenções correspondentes ao Score identificado, que passavam pela escolha do tipo de cama adequada, remoção de obstáculos nos circuitos de passagem, existência de luzes e presença no período noturno, entre outras intervenções. Ainda relativamente à segurança ambiental a entrada e saída do serviço é efetuada através de cartão magnético (disponibilizado aos acompanhantes e visitas no Posto de Visitas/Informação da instituição) e para além disso e conforme a Orientação da DGS 018/2011 (Direção Geral da Saúde, 2011) é colocada pulseira de identificação a cada criança com nome e número de processo e uma etiqueta com a mesma informação na unidade, para identificação inequívoca em qualquer

procedimento. A especificidade da prestação e cuidados em pediatria implica ainda implementação de medidas de segurança acrescidas na preparação e administração de medicamentos e manuseamento de dispositivos e equipamentos.

3.3- DOMINIO DA FORMAÇÃO

O Enfermeiro Especialista deve otimizar o “ (...) *autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou equipa multidisciplinar*” e reconhecer os “ (...) *seus recursos e limites pessoais e profissionais*” (Ministério da Saúde, 2019). Por outro lado “ (...) *a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional (...)*” é determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2011), sendo assim fundamental a aquisição de competências no domínio da formação em contexto de especialização em Enfermagem.

Competências

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

Objetivo Específico:

Promover o meu projeto de formação pessoal e profissional.

Atividades

- ✓ Identificar as minhas necessidades formativas;
- ✓ Frequentar ações de formação;
- ✓ Otimizar todas as oportunidades de aprendizagem;
- ✓ Partilhar conhecimentos e experiências com as tutoras e equipa;

Reflexão

A evolução da Enfermagem enquanto profissão e ciência conduziu a uma maior necessidade de formação por parte dos Enfermeiros, num modelo de formação contínua como parte do seu desenvolvimento pessoal e profissional, intensificada nas últimas décadas, pela transição social e tecnológica. A Comissão Europeia, no Memorando sobre

aprendizagem ao longo da vida, refere que entramos na “(...) *era do Conhecimento (...) com implicações nos modelos de aprendizagem, vida e trabalho (...) os próprios indivíduos são os atores principais das sociedades do conhecimento. Acima de tudo, o que conta é a capacidade humana de criar conhecimento e de o usar eficaz e inteligentemente, em contextos de mutação contínua*” (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

A OE responsabiliza o Enfermeiro pelo investimento na sua formação, através do 88º artigo dos seus estatutos, mas também lhe confere autonomia a partir do término da Licenciatura. Atualmente, os desafios sociais e a tendência internacional caminham no sentido da especialização em Enfermagem, por forma a dotar o Enfermeiro de competências técnicas e científicas específicas e mais complexas, que ultrapassam o domínio dos cuidados gerais. Com efeito, verifica-se que a especialização em Enfermagem melhora os indicadores de resposta de saúde, de gestão e eficiência e melhora os índices de satisfação dos profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Foi pela necessidade identificada de saber mais para melhorar a minha prática diária que dei início à formação especializada em enfermagem pediátrica. Essa foi a premissa orientadora: procurar adquirir o máximo de competências possíveis na área, otimizando todas as oportunidades de aprendizagem, de partilha de experiências e conhecimentos, maximizando a possibilidade de contactos com utentes e profissionais. O percurso de estágio é particularmente rico em possibilidades nesse sentido. Foi fundamental a abertura encontrada nas equipas e particularmente nas tutoras no sentido de serem facilitadoras da aquisição desses saberes e habilidades, esclarecendo dúvidas e criando oportunidades de aprendizagem prática, numa partilha honesta e motivada de conhecimentos e experiências.

Em ambos os contextos frequentei ações de formação como forma de enriquecimento do currículo formativo. Em contexto de UCC, assisti ao Webinar “Saúde Materna em Contexto de Pandemia”, cujas temáticas abordadas apresentavam interesse para a área de pediatria, nomeadamente o tema “Preparação para a Parentalidade e as Novas Tecnologias” e em contexto de Internamento assisti à formação em serviço sobre “Bombas de Insulina na população pediátrica”.

Assim, considero ter sido agente do meu próprio processo de desenvolvimento profissional tal como preconizado pela OE, mas também pessoal, melhorando e reforçando a assertividade, a relação interpessoal e a gestão de emoções. E neste último aspeto é inevitável fazer referência ao facto de estarmos a atravessar uma situação de pandemia a nível mundial que naturalmente influenciou e alterou o percurso de estágio. Em rigor, considero que o processo formativo possa ter sido de alguma forma prejudicado por esse

facto, por outro lado tornou-se um excelente exercício de adaptação e resiliência acabando também por contribuir no sentido do enriquecimento não só profissional como pessoal.

Competências

Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;

Promover a formação em serviço na área de EESIP;

Objetivo Específico:

Desenvolver competências no âmbito da formação da equipa de enfermagem.

Atividades

- ✓ Fazer um levantamento junto da equipa de enfermagem sobre as necessidades de formação em serviço;
- ✓ Realizar formação ao grupo de pares;
- ✓ Elaborar uma Instrução de Trabalho sobre Analgesia Inalatória;

Reflexão

A formação em serviço permite uma atualização dos conhecimentos em contexto de trabalho, ou seja, desenvolve-se simultaneamente com a prática profissional, com incentivo à formação na ação e reflexão sobre a mesma. Este tipo de formação, no âmbito da Enfermagem é muitas vezes realizado pelos pares. Trata-se de incentivar a mudança de comportamento desejável entre membros do mesmo grupo. O representante ou representantes de um grupo procura influenciar valores, crenças e comportamentos nos membros integrantes desse mesmo grupo (Turner & Shepherd, 1999).

Em contexto de UCC, numa partilha de ideias com a tutora, foi identificada a necessidade de realizar uma Sessão de Formação em Serviço sobre as novas orientações relativamente à febre na criança e no adolescente e análise do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração Pediátrica, isto porque a equipa colaborava com a Unidade de Saúde Pública no acompanhamento via telefone de utentes em isolamento por Sars-Cov2 positivo, sendo que a febre é um dos sintomas comuns da Covid 19 e portanto, relativamente à idade pediátrica havia necessidade de formação sobre a temática. A preparação da sessão implicou

aprofundamento e mobilização de conhecimentos bem como um planeamento que se encontra em apêndice (I). A mesma formação foi replicada em contexto de USF pela identificação da mesma necessidade junto da respetiva equipa, pois tal como já foi referido, existe apenas uma EESIP na unidade e portanto, esta tem um verdadeiro papel de consultora no que concerne à formação à restante equipa na área da pediatria, podendo assim deixar o meu contributo para tal enquanto aluna a desenvolver o processo de formação especializada. A formação em contexto de UCC teve a participação de 6 enfermeiros e em USF de 8. Globalmente ambas correram muito bem, com interesse por parte dos mesmos e lugar ao esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos e experiências.

Durante o contexto de internamento, estive presente numa reunião entre a Enfermeira que é Elo de Ligação do Serviço com o Grupo de Trabalho da Dor Aguda da Instituição. Nessa reunião foi discutida a possibilidade de se iniciar a utilização da mistura equimolar de protoxido de azoto e oxigénio em procedimentos causadores de ansiedade e/ou dor na criança, como forma de aumentar a qualidade da assistência prestada e reduzir o impacto da mesma na criança. Assim, como forma de enriquecer o meu processo formativo, bem como dar o meu contributo para o serviço, voluntariei-me para elaborar a Instrução de Trabalho que se encontra em apêndice (II).

3.4- DOMINIO DA INVESTIGAÇÃO

No âmbito da investigação o Enfermeiro Especialista “(...) *alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (Ministério da Saúde, 2019). Os resultados da investigação em Enfermagem são de especial relevância na medida em que a validam como ciência dotada de corpo de conhecimentos próprio e portanto a aquisição de competências nesse domínio é de especial relevância em contexto de formação especializada.

Competências

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP

Objetivo Específico:

Integrar os resultados da investigação relevantes e contribuir para uma prática de Enfermagem baseada em evidência;

Atividades

- ✓ Identificar lacunas de conhecimento e oportunidades de investigação;
- ✓ Utilizar dados resultantes da investigação na assistência realizada;
- ✓ Refletir acerca da importância dos resultados da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Conhecer e colaborar nos estudos de investigação a decorrer no serviço;

Reflexão

A OE, em concordância com ICN e outros autores, considera prática baseada em evidência “ (...) a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis ” (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Os Enfermeiros podem estar envolvidos na investigação a três níveis: como investigadores, coordenando o estudo ou fazendo parte de uma equipa de investigação, como cuidadores do utente sobre o qual está a recair a investigação ou como utilizadores dos resultados da investigação (Martins J. C., 2008). Em contexto de internamento hospitalar estava a ser desenvolvido por alguns elementos da equipa de enfermagem um trabalho de investigação intitulado Resiliência Familiar - Perfil de Resiliência das Famílias de Crianças Internadas no Serviço de Pediatria, cujo objetivo era conhecer o perfil de resiliência das famílias das crianças internadas no Serviço de Pediatria e intervir de modo a promover essa resiliência, na medida em que a literatura aponta que esta é facilitadora da resposta da criança e família à doença e internamento.

No estágio decorrido não surgiu a oportunidade de ser um agente ativo no campo da investigação, produzindo resultados para a prática, sendo no último ponto referido

anteriormente que recaiu a aquisição das minhas competências no domínio da investigação. Posto isso, realizei pesquisa sistemática, em bases de dados científicas e credíveis como a B-On, EBSCO, PubMed e Scielo no sentido de incrementar os meus conhecimentos como resultado dessa pesquisa e utilizá-los na prestação de cuidados. A elaboração da Instrução de Trabalho foi de especial relevância neste âmbito, na medida em que parti de conhecimento quase nulo sobre a temática. Também a parceria de cuidados, a comunicação com a criança e o impacto da hospitalização mereceram uma pesquisa mais aprofundada de modo a obter e transpor conhecimentos para a prática em contexto de estágio. Essa pesquisa permitiu-me ainda poder refletir criticamente nas práticas diárias observadas, compreendendo as suas motivações e por vezes as suas nuances face à evidência, motivadas em determinadas situações por constrangimentos ao nível de recursos físicos e de materiais.

Do meu ponto de vista, enquanto profissional a exercer atividade na prática clínica, sinto cada vez mais falta de ter uma prática baseada nos resultados de investigação. O conhecimento científico permite a tomada de decisões com segurança e qualidade e permite a sua fundamentação dentro da equipa multidisciplinar. Por outro lado, com o aumento do nível de formação da sociedade, surgem clientes cada vez mais interessados em saber o seu plano de cuidados e a fundamentação do mesmo. Demonstrar conhecimento consolidado nos resultados da ciência contribui assim para a visibilidade social da profissão.

CONCLUSÃO

A criança, como símbolo da sociedade do futuro, é uma prioridade nas políticas de saúde nacionais e mundiais, e uma importante área de intervenção dos Enfermeiros em diversos contextos de saúde e sociais no apoio das crianças e famílias nos seus projetos de saúde, na manutenção do melhor crescimento e desenvolvimento em situação de deficiência em ainda na recuperação de situações de doença ou lesão. A formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a aquisição de competências científicas, técnicas, éticas, culturais e de investigação, para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados em pediatria. Essa aquisição de competências só é bem sucedida se a par de uma forte fundamentação teórica existir a possibilidade de explorar e experimentar esses conhecimentos no contextos da prática.

As competências propostas pelo plano de estudos da unidade curricular podem dividir-se em quatro grande domínios: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Partindo dessas competências foram elaborados os objetivos específicos e as atividades a desenvolver em ambos os contextos de estágio e que foram o referencial para o meu estudo e a minha prática durante os mesmos.

No âmbito da prestação de cuidados debrucei o meu foco de aprendizagem nas principais áreas da prestação de cuidados de enfermagem em pediatria: promoção de saúde e vigilância do crescimento e desenvolvimento; minimização do impacto da hospitalização; comunicação; parceria de cuidados; avaliação e controlo da dor; crianças em risco e ainda crianças com necessidades especiais e doença crónica complexa.

No que concerne ao domínio da gestão, compreendi que a otimização de recursos materiais e humanos é fundamental para uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade. Esta apresenta-se como uma competência não só do Enfermeiro generalista, mas de particular importância e evidência na prática especializada. Enquanto especialista o Enfermeiro será requisitado para a gestão de recursos, pessoas e equipamentos, assumindo-se como líder nesse papel, delegando e supervisionando atividades. Deverá ser barómetro no seio da equipa, acautelando e promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

A formação e investigação são domínio fundamentais na afirmação da Enfermagem por um lado enquanto ciência e por outro enquanto profissão autónoma, dotada de elevado grau de complexidade e responsabilidade. A formação contínua do Enfermeiro é imprescindível para fazer face à evolução da sociedade e da saúde em particular e a investigação fundamental para a evolução do conhecimento em Enfermagem e consequente contributo para a sociedade.

Todo o estágio em ambos os contextos decorreu favoravelmente à aquisição de competências pela integração fácil decorrente da atitude cooperativa das equipas e tutoras, pelas experiências proporcionadas e pela atitude assertiva e profissional com utentes, familiares e equipa multidisciplinar. A vivência do percurso de estágio em contexto de pandemia por Covid19 exigiu um esforço acrescido de adaptação e resiliência que impôs naturalmente algumas limitações à formação mas não impediu a concretização com sucesso dos objetivos propostos e atividades planeadas.

O presente relatório, orientado pela Professora Doutora Isabel Quelhas, enquanto documento para a obtenção de grau de Mestre, é produto de intensa pesquisa bibliográfica sobre assuntos relevantes na área da pediatria e com base no método descritivo e crítico-reflexivo, resume e reflete a aquisição de conhecimentos avançados fruto da componente teórica e prática do curso, concretizando o fechar de um ciclo, certa de que as experiências, reflexões e aprendizagens serão de soberba importância na prática profissional e certamente ponte para novas oportunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Obtido em 15 de 4 de 2021, de <https://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Comissão%20Nacional%20da%20Saúde%20da%20Criança%20e%20do%20Adolescente%202004%20A%202008.pdf>
- Ateah, C. A. (Abril-Junho de 2003). *Disciplinary Practices in Children: parental sources of information, attitudes, and educational needs*. Obtido em 5 de 5 de 2021, de 10.1080/01460860390197853
- Bailas, C. M. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros*. Obtido em 8 de 5 de 2021, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17135/1/Tese%20Marisa%20Bailas.pdf>
- Batalha, L. M. (2016). *Avaliação da dor - Manual de Estudo Versão 1*. Obtido em 13 de 5 de 2021, de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Belsky, J. (Fevereiro de 1984). *The Determinants of Parenting: A Process Model*. Obtido em 5 de 5 de 2021, de <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Boud, D., Keogh, R., & Wlaker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London and New York: Routledge Farmer.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Obtido em 28 de 4 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10362/15293>
- Cantante, A. P., Fernandes, H. I., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M., & Albuquerque, F. H. (20 de Dezembro de 2019). *Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal*. Obtido em 19 de 4 de 2021, de <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Casey, A. (Janeiro de 1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Obtido em 19 de 5 de 2021, de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

- Comissão das Comunidades Europeias. (30 de Outubro de 2000). *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida*. Obtido em 19 de 4 de 2021, de <https://dne.cnedu.pt/dmdocuments/Memorando%20sobre%20Aprendizagem%20Longo%20da%20Vida%20pt.pdf>
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Obtido em 6 de Abril de 2021, de https://www.https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Crnic, K., & Low, C. (Julho de 2011). *Everyday Stresses and Parenting*. Obtido em 6 de 5 de 2021, de 10.1080/15295192.2011.585568
- Declaração de Alma Ata. (6-12 de Setembro de 1978). *Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 14 de 4 de 2021, de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (Setembro-Dezembro de 2000). *Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filho*. Obtido em 6 de 5 de 2021, de <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000300005>
- Direção Geral da Educação. (2021). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido em 4 de 5 de 2021, de <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>
- Direção Geral da Saúde. (2 de Fevereiro de 2006). *Circular Normativa n.º5/DSMIA*. Obtido em 29 de 4 de 2021, de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Boas Práticas em Oftalmologia*. Obtido em 1 de 5 de 2021, de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (14 de Dezembro de 2010). *Orientação 014/2010*. Obtido em 12 de 5 de 2021, de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

- Direção Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Obtido em 4 de 5 de 2021, de https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia_Maus_tratos.pdf
- Direção Geral da Saúde. (23 de Maio de 2011). *Orientação 018/2011*. Obtido em 15 de 4 de 2021, de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (20 de Dezembro de 2013). *Orientação Técnica 018/2013*. Obtido em 15 de 4 de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (Junho de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 29 de 4 de 2021, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (12 de Agosto de 2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 3 de 5 de 2021, de http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Direção Geral da Saúde. (23 de Novembro de 2016). *Orientação n.º 006/2016*. Obtido em 5 de 5 de 2021, de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/orientacao-conjunta-n-0062016-de-23112016-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (Junho de 2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Obtido em 3 de 5 de 2021, de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf
- Direção Geral da Saúde. (5 de Setembro de 2018). *Norma 015/2018*. Obtido em 4 de 5 de 2021, de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/rastreio-saude-visual-infantil.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (Novembro de 2018). *Relatório de Saúde Infantil e Juvenil - Portugal*. Obtido em 6 de Abril de 2021, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (27 de Setembro de 2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido em 29 de 4 de 2021, de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Dracup, K., & Bryan-Brown Christopher, W. (2004). *From Novice to Expert to Mentor: Shaping the Future*. Obtido em 20 de 4 de 2021, de <https://doi.org/10.4037/ajcc2004.13.6.448>
- Gage, J. D. (13 de Fevereiro de 2006). *Integrative Review of Parenting in Nursing Research*. Obtido em 5 de 5 de 2021, de <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00078.x>
- Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em Analgesia Pré-Operatória*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Gomes, V. L., Backes, V. M., Padilha, M. I., & Vaz, M. R. (25 de Julho de 2007). *Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias*. Obtido em 19 de 4 de 2021, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200010
- Gronita, J., Pimentel, J. S., Bernardo, A. C., Matos, C., & Marques, J. (2016). *E quando atendemos crianças...diferentes*. Obtido em 13 de 5 de 2021, de https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/7366/1/INTERVENCAOPRECOCE2_edição_E%20quando%20atendemos.pdf
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Vol. 9ª Edição). Mosby.
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 15 de 4 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido em 6 de 5 de 2021, de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Just, A. C. (Dezembro de 2005). *Parent Participation in Care: Bridging the Gap in the Pediatric ICU*. Obtido em 11 de 5 de 2021, de <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2005.08.002>
- Lacerda, A. F., Oliveira, G., Cancelinha, C., & Lopes, S. (Julho-Agosto de 2019). *Utilização do Internamento Hospitalar em Portugal Continental por Crianças com Doenças Crônicas Complexas (2011 – 2015)*. Obtido em 12 de 5 de 2021, de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/10437/5748>.
- Lee, P. (10 de 5 de 1998). *An analysis and evaluation of Caseys conceptual framework*. Obtido em 5 de 2021, de [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(98\)00031-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(98)00031-5)
- Macedo, M. R. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Obtido em 24 de 4 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10773/9956>
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (Março de 2013). *As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança*. Obtido em 11 de 5 de 2021, de <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>
- Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., . . . Santos, R. M. (2008). *Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?* Obtido em 8 de 5 de 2021, de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf
- Martins, J. C. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Messias, D. K., & Schumacher, K. (1 de Setembro de 2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Obtido em 5 de 5 de 2021, de [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
- Mendes, M. G. (Novembro de 2010). *Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família*. Obtido em 10 de 5 de 2021, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11750>
- Ministério da Saúde. (23 de Dezembro de 1988). *Decreto-Lei 480/88*. Obtido em 19 de 4 de 2021, de Diário da República n.º 295/1988, Série I: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/480/1988/12/23/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (4 de Setembro de 1996). *Decreto-Lei 161/96*. Obtido em 19 de 4 de 2021, de Diário da República n.º 205/1996, Série I-A: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (10 de Abril de 2004). *Portaria n.º 82/2014*. Obtido em 14 de 4 de 2021, de Diário da República n.º 71/2014, Série I: <https://data.dre.pt/eli/port/82/2014/04/10/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (22 de Agosto de 2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007*. Obtido em 14 de 4 de 2021, de Diário da República n.º 161/2007, Série I de: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/p/cons/20170621/pt/html>

Ministério da Saúde. (5 de Dezembro de 2008). *Despacho n.º 31292/2008*. Obtido em 4 de 5 de 2021, de Diário da República n.º 236/2008, Série II: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/975648/details/normal?q=31292%2F2008>

Ministério da Saúde. (16 de Abril de 2009). *Despacho n.º 10143/2009*. Obtido em 14 de 4 de 2021, de Diário da República n.º 74/2009, Série II: <https://dre.pt/application/conteudo/2216310>

Ministério da Saúde. (11 de Junho de 2010). *Despacho 9872/2010*. Obtido em 15 de 4 de 2021, de Diário da República n.º 112/2010, Série II: <https://dre.pt/application/conteudo/3131193>

Ministério da Saúde. (20 de Dezembro de 2011). *Portaria n.º 306-A/2011*. Obtido em 14 de 4 de 2021, de Diário da República, n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I: <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/p/cons/20151125/pt/html>

Ministério da Saúde. (8 de Agosto de 2014). *Decreto-Lei 118/2014*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de Diário da República, n.º 149/2014, Série I: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (16 de Setembro de 2015). *Decreto-Lei n.º 156/2015*. Obtido em 7 de Abril de 2021, de Diário da República n.º 181/2015 : <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (17 de Outubro de 2017). *Regulamento 558/2017*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de Diário da República, 2ª Série, nº200:

- <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6101/aa-l-2017-regulamento-da-acreditacao-idoneidade-formativa-dos-contextos-da-pratica-cl%C3%ADnica.pdf>
- Ministério da Saúde. (12 de Julho de 2018). *Regulamento n.º 422/2018*. Obtido em 8 de Abril de 2021, de Diário da República, 2ª Série, nº133: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ministério da Saúde. (6 de Fevereiro de 2019). *Regulamento 140/2019*. Obtido em 6 de Abril de 2021, de Diário da República, 2ª Série, nº 26: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ministério de Saúde. (27 de Maio de 2019). *Decreto-Lei n.º 71/2019*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de Diário da República, n.º 101/2019, Série I: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>
- Moreira, F., & Ferreira, E. (2014). *Teoria, prática e relação na formação inicial na Enfermagem e na Docência*. Obtido em 7 de 4 de 2021, de https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC41_F_Moreira_E_Ferreira.pdf
- .
- Oliveira, G. F., Dantas, F. D., & Fonsêca, P. N. (Janeiro de 2004). *O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade*. Obtido em 11 de 5 de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005
- Ordem dos Enfermeiros . (Dezembro de 2015). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização - Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 11 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Obtido em 15 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_2Maio2006.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (24 de Abril de 2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem - Principios básicos da arquitetura principais requisitos técnicos - funcionais*. Obtido em 8 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, série I, numero 3, Volume I*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Promoção da Esperança e Preparação do Regresso a Casa da Criança*. Obtido em 16 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraciceesip_vol_iii.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Julho de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 6 de Abril de 2021, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido em 28 de 4 de 2021, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Obtido em 20 de 4 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido em 12 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2018). *Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta às necessidades em cuidados de saúde*. Obtido em

20 de 4 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenf ermagem_inesctecabril2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (11 de Maio de 2018). *Parecer n.º 91/2018*. Obtido em 4 de 5 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7304/parecer-nº-91-ce-28022018_rastreio-de-saúde-visual-infantil-_edoc_2017_16589_rectificado_anonimizado.pdf

Pandey, R. (2007). *Nursing in Midwifery Education*. Obtido em 8 de 5 de 2021, de https://books.google.pt/books?id=VcYDpEHBoq8C&pg=PA28&dq=%22casey%27s+model+of+nursing%22&hl=en&ei=rqefTY2vO6HE0QHqkfn_BA&sa=X&oi=book_result&ct=result&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano, 12ª Edição*. New York: McGrawHill.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinto, M. (2009). *Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme*. Obtido em 1 de 5 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>

Porto Editora. (2021). *Infopédia*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/acolhimento>

Potra, T. M. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem : das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem*. Obtido em 13 de 5 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10451/20608>

Raja, S., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Tutelma. (Setembro de 2021). *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. Obtido em 12 de 5 de 2021, de [10.1097/j.pain.0000000000001939](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939)

Rua, M. d. (2009). *De aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10773/8922>

Santos, E. M. (2003). Pensamento Crítico: Estratégias de Desenvolvimento no Ensino na Enfermagem Pediátrica. *Referência, n.º10*.

- Schenk, L. K., Kelley, J. H., & Schenk, M. P. (Novembro-Dezembro de 2005). *Models of Maternal-Infant Attachment: A Role for Nurses*. Obtido em 6 de 5 de 2021, de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=ce308ee2-08da-4d2e-83a5-f34e6959fe44%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=106396203&db=ccm>
- Secco, M. L., & Moffat, M. E. (1 de Abril de 2003). *Situational, Maternal, and Infant Influences on Parenting Stress Among Adolescent Mothers*. Obtido em 5 de 5 de 2021, de 10.1080/01460860390197862
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (s.d.). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 15 de 4 de 2021, de SClinico-Cuidados de Saúde Hospitalares: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Simoës, J. A. (Junho de 2008). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Obtido em 9 de Abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239953009>
- Sousa, P. C. (Setembro de 2012). *O exercício parental face à hospitalização de um filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face a parceria de cuidados*. Obtido em 11 de 5 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>
- Turner, G., & Shepherd, J. (Abril de 1999). *A method in search of a theory: peer education and health promotion*. Obtido em 14 de 5 de 2021, de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=0e3fcea7-2725-49d7-9ecb-d112e5055860%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=10387503&db=mdc>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Obtido em 3 de 5 de 2021, de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

PLANEAMENTO SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Febre na Criança e no Adolescente: Últimas orientações e Análise do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em idade pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Planeamento Sessão de Formação

**Febre na Criança e Adolescente:
Última orientações**

Plano Assistencial Integrado da febre de curta duração em idade pediátrica.

**Elaborado por:
Tatiana Carneiro**

**Sob orientação:
Prof. Doutora Isabel Quelhas**

**Tutora:
UCC: EESIP L.L
USF: EESIP J.C**

Porto – Janeiro 2021

Índice

1- Introdução.....	97
2- Análise da Situação	98
3- Objetivos	98
4- Seleção do Conteúdo	98
5- Metodologia/ Seleção de Estratégias.....	99
6- Organização e Programação da Atividade:	99
7- Plano de Sessão	100
8- Conclusão	100
9- Bibliografia	100
APÊNDICE Ia.....	101

1- Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (EE do ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no estágio realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade, correspondente a um dos dois contextos de estágio realizados no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, foi identificada a necessidade de realizar uma Sessão de Formação em Serviço sobre as novas orientações relativamente à febre na criança e no adolescente e análise do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração Pediátrica.

A febre em idade pediátrica, é a causa de cerca de 20% do recurso ao serviço de urgência hospitalar e 50% das urgências realizadas em consultório pediátrico. Os processos assistenciais integrados (PAI) foram criados no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e são “(...) *processos organizacionais que colocam o cidadão e as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema*”. Estabelece ainda a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados por forma a garantir cuidados de saúde adequados e em tempo adequado (Direção Geral da Saúde, 2017).

Os objetivos que pretendo atingir com a elaboração com este documento são:

- Desenvolver competências de planeamento e elaboração de documentos de planificação;
- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares;

Este planeamento recorre a um método descritivo e está organizado em 4 capítulos: a presente introdução, análise de situação e objetivos, seleção de conteúdos, conclusão e referências bibliográficas.

2- Análise da Situação

A Enfermagem é uma profissão com constante necessidade de aquisição/atualização de conhecimentos por forma a manter a qualidade dos cuidados. Assim, a formação em serviço apresenta-se como uma fração importante no âmbito da formação contínua e “(...) deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo” (Ministério da Saúde, 1991).

O Plano de Formação em serviço da UCC onde estagiei, contemplava mensalmente uma formação sobre uma temática que fosse de encontro às necessidades da equipa. Assim, foi-me solicitada a colaboração numa formação sobre a febre na criança e adolescente. A equipa da UCC colaborava com a Unidade de Saúde Pública no acompanhamento via telefone de utentes em isolamento por Sars-Cov2 positivo. A febre é um dos sintomas da Covid 19 e portanto, relativamente à idade pediátrica havia necessidade de formação sobre a temática.

3- Objetivos

Objetivo geral:

- Dotar os formandos de competências sobre a febre de curta duração em idade pediátrica.

Objetivos específicos:

- Dar a conhecer as últimas orientações da DGS sobre a febre na criança e no adolescente;
- Dar a conhecer o Plano Assistencial Integrado da Febre em Idade Pediátrica;

4- Seleção do Conteúdo

Os conteúdos a abordar, em consonância com a Norma da DGS nº 017/2017 – Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica e a Orientação nº 004/2018 – Febre na Criança e Adolescente: Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores e com os objetivos propostos são os seguintes:

- ✓ Definição e fisiopatologia da febre;

- ✓ Avaliação Correta da temperatura: material e método em função da idade;
- ✓ Medidas Antipiréticas e de alívio do desconforto (ensino aos cuidadores);
- ✓ Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica
 - Recomendações Principais;

5- Metodologia/ Seleção de Estratégias

Método pedagógico: expositivo e demonstrativo.

Estratégias: PowerPoint

6- Organização e Programação da Atividade:

A Formação decorrerá no dia 11 de Janeiro na UCC I e dia 29 de Janeiro na USF F.

Recursos Humanos: aluna CMEESIP do Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa do Porto;

Recurso Físicos: salas de reuniões;

Recursos Materiais: um computador, um projetor;

7- Plano de Sessão

SESSÃO DE FORMAÇÃO			
Ação	Orientações Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em idade pediátrica		
Formador	Tatiana Carneiro – Aluna ESIP - UCP		
Data	11/01/21 e 29/01/21	Duração	30'
Hora	14H30		
OBJETIVOS			
Dar a conhecer as últimas orientações da DGS sobre a febre na criança e no adolescente; Dar a conhecer o Plano Assistencial Integrado da Febre em Idade Pediátrica; Desenvolvimento de competências na formação de pares no âmbito da ESIP;			
SUMÁRIO			
Pertinência do tema; Definições; Medição correta da temperatura; Medidas antipiréticas e de alívio do desconforto; Plano Assistencial Integrado da febre de curta duração em idade pediátrica;			
MEIOS UTILIZADOS		METODOLOGIA	
Computador Data-Show		Teórica	

8- Conclusão

O Planeamento desta Formação permitiu uma correta organização da mesma e adequada seleção de conteúdos e recursos.

9- Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (4 de Agosto de 2017). *Norma 017/2017*. Obtido em 10 de 1 de 2021, de <https://nocs.pt/processo-assistencial-integrado-febre-idade-pediatria/>

Ministério da Saúde. (08 de Novembro de 1991). *Decreto-Lei 437/91*. Obtido em 19 de 1 de 2021, de Diário da República n.º 257/1991, Série I-A: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>

APÊNDICE Ia

Sessão de formação - Febre na criança e adolescente: últimas orientações e análise do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em idade pediátrica

Febre na Criança e no Adolescente

Últimas orientações

Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em idade pediátrica

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Tatiana Carneiro
Aluna de ESIP -UCP

Sumário:

- ❖ Pertinência do tema;
- ❖ Definições;
- ❖ Medição correta da temperatura;
- ❖ Medidas antipiréticas e de alívio do desconforto;
- ❖ Plano Assistencial Integrado da febre de curta duração em idade pediátrica;

Objetivos

- ▶ Dar a conhecer as últimas orientações da DGS sobre a febre na criança e no adolescente;
- ▶ Dar a conhecer o Plano Assistencial Integrado da Febre em Idade Pediátrica;
- ▶ Dar cumprimento ao objetivo “Desenvolver competências na formação de pares”, no âmbito do Estágio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



FEBRE

- ❖ Motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde;
- ❖ Pelo menos 20% das causas de recurso aos serviços de urgência hospitalares;
- ❖ Cerca de 50% das causas de recurso de urgência aos consultórios pediátricos;

- ✓ Cerca de 95% são devido a infeções benignas víricas ou bacterianas e autolimitadas;
- ✓ Cerca de 5% resultam de doenças potencialmente graves;
- ✓ Apenas 0,04% dos episódios febris agudos são muito graves e podem colocar a vida em risco;

ORIENTAÇÃO 004/2018 - Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das direções clínicas e dos profissionais de saúde, devem promover e assegurar o desenvolvimento de boas práticas clínicas no âmbito da avaliação e monitorização da febre na criança/adolescente.



ORIENTAÇÃO
Diogo Nunes
Fevereiro de 2018

NÚMERO: 004/2018
DATA: 03/08/2018

ASSUNTO: Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores

PALAVRAS-CHAVE: Febre; hipotermia

PARA: Diretor Clínico e Enfermeiro Diretor das Instituições Hospitalares, Conselhos Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento de Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

2014 - Estudo Nacional

426 inquéritos (301 médicos, dos quais 55% pediatras e 125 enfermeiros)

91% desconhecia os estudos que levaram à definição de temperatura "normal"

88% sabia apenas a definição tradicional da febre

75% acreditava no "subfebril"

62% não distinguia hipotermia de febre

36% não sabia o que é a temperatura central

34% desconhecia qual o método de avaliação "padrão" (o mais fidedigno)



"Fever phobia"

Indicações erradas por parte dos profissionais de saúde



Definição

FEBRE: Elevação da temperatura corporal igual ou superior a 1°C acima da média basal diária individual, resultado da ativação controlada pelo Centro Termo Regulador.

HIPERTERMIA: aquecimento corporal por aquisição de calor proveniente de fontes externas, excessiva produção (exercício físico) ou remoção inadequada de calor (excesso de roupa), sem interferência do Centro Termo Regulador.

✓ É um sinal e não uma doença.

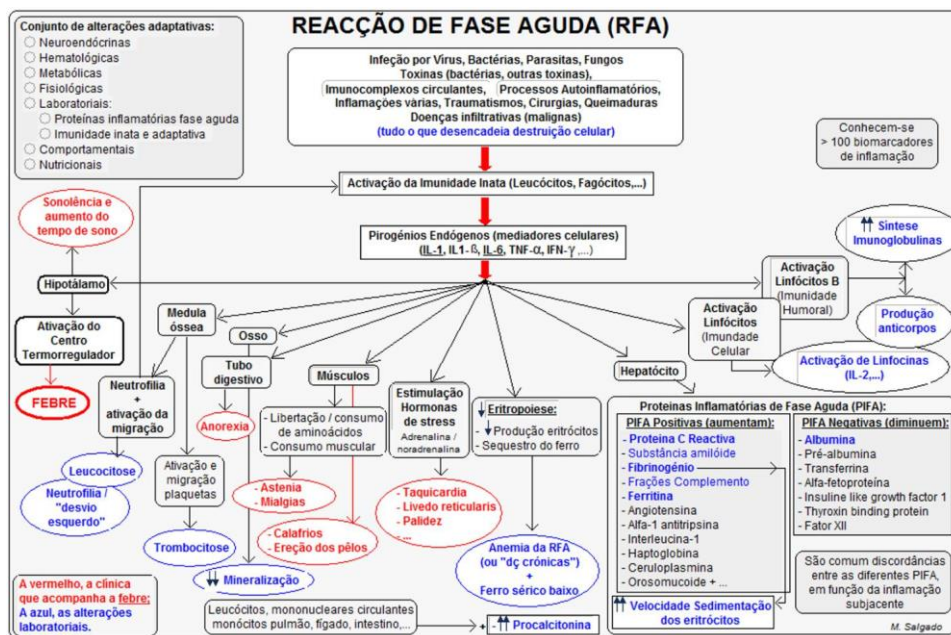
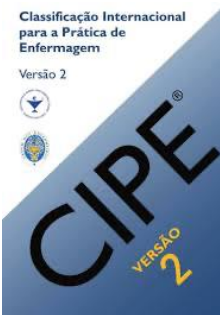


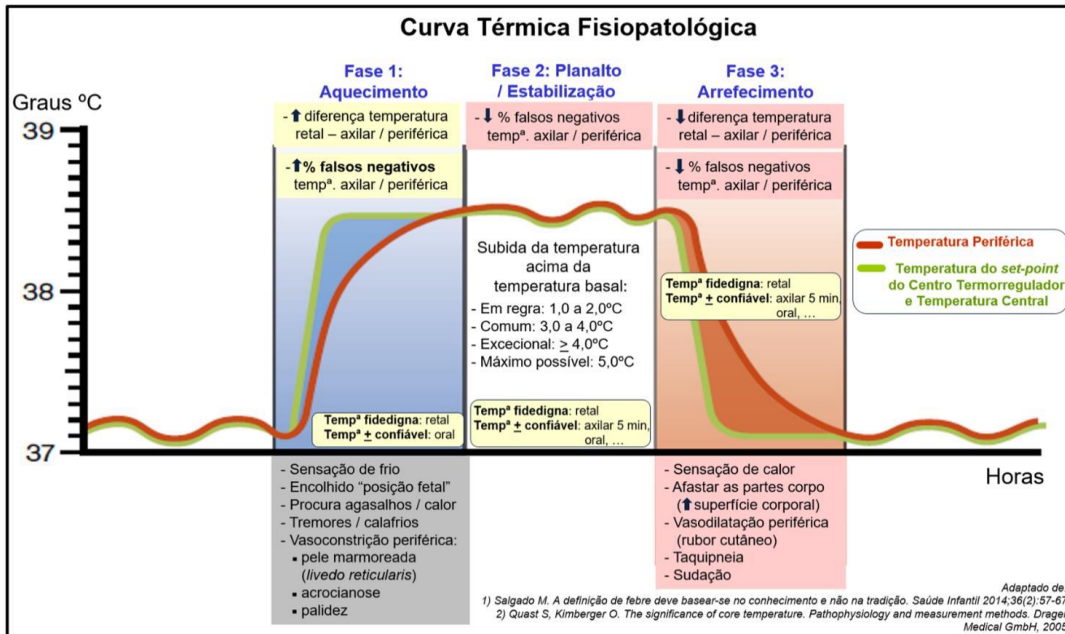
✓ A temperatura aumentará, em regra, até $4,0^{\circ}\text{C}$ acima da média da TBI, sem nunca ultrapassar os $42,2^{\circ}\text{C}$, no máximo $5,0^{\circ}\text{C}$ acima da TBI e depois baixará espontaneamente para uma temperatura basal ou para uma temperatura intermédia podendo voltar a subir horas depois.

✓ Enquanto sinal, é uma elevação autorregulada, pelo que, mesmo não medicada, não ultrapassará os limites fisiológicos, desde que se permitam os comportamentos individuais e espontâneos de adaptação às fases da curva térmica

FEBRE: Termorregulação comprometida: elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e cheio e com ressaltos, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor.

HIERTERMIA: Termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor, ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais, por razões terapêuticas.





Medição correta da temperatura





Locais anatómico para monitorização da temperatura por faixa etária

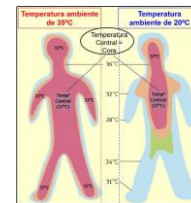
1ª semana de vida	A partir da 2ª ou 3ª semana de vida	A partir dos 3 anos	A partir dos 5 anos
Axilar	Axilar Retal*	Axilar Retal Timpânica*	Axilar Retal Timpânica Oral*

*temperaturas centrais



A temperatura corporal tem um ritmo circadiano, sendo mais elevada entre as 16 e as 21h e diminui cerca de 0,5°C a 1,0°C entre as 3 e as 8h.

A pele tem temperaturas significativamente mais baixas do que as zonas centrais e variáveis em função da temperatura ambiente.



Considera-se febre a partir das seguintes temperaturas:



timpânica
37,8°C
retal
38°C

axilar
37,6°C
oral
37,6°C

FONTE: Direção Geral de Saúde

AXILAR

- Método mais usado e prático;
- Difere de uma axila para a outra em média $0,4^{\circ}\text{C}$ ($\pm 0,3^{\circ}\text{C}$, sendo $> 0,7^{\circ}\text{C}$ em 15% das avaliações ao 1º toque e de $0,3 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ aos 5 minutos) e com 25% de falsos negativos para febre ao 1º toque comparativamente com a avaliação retal;
- Colocar o termómetro digital (desligado) na axila (de preferência para o lado em que a criança está recostada ou virada) e manter o braço sempre firmemente encostado ao tronco durante 5 minutos, após os quais se deve ligar então o termómetro e esperar pelo apito.
- Com o termómetro de *galinstan* a leitura deve ser feita aos 5 minutos.
- Na criança pequena o termómetro poderá ser colocado na posição posteroanterior da axila impedindo assim que a criança o remova por ímpeto.

RETAL

- É o método mais rigoroso e que melhor corresponde à temperatura central;
- Introduzir o termómetro digital de ponta flexível ou o de *galinstan* no ânus (pelo menos 3 cm) e esperar pelo 1º toque (demora média de 37 ± 14 segundos), com o de *galinstan* pode demorar 3 minutos.
- Deve ser efetuado sempre que for de importância clínica a temperatura exata;

A capacidade de os pais/cuidadores (sobretudo a mãe) em reconhecerem a situação de febre nos filhos, pela palpação, tem uma sensibilidade de cerca de 85%, superior aos 75% de sensibilidade na avaliação axilar com termómetro digital ao 1º toque.

Não sendo fiável como medição semiquantitativa, clinicamente deverá ser sempre tida em consideração pelos profissionais de saúde.

Medidas antipiréticas e de alívio do desconforto (ensino aos cuidadores)

1. Medidas gerais:

- a) Manter temperatura ambiente entre 20,0°C e 22,0°C;
- b) Adequar a atividade à capacidade da criança/adolescente com febre;
- c) Na criança autónoma, adequar o vestuário (mais roupa com frio, retirar roupa se tem calor) e o mesmo com a roupa da cama; na criança sem autonomia, adequar o vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento, mas mantenha o conforto;
- d) Oferecer água ou leite (lactentes);
- e) Alimentar sem forçar;
- f) Por rotina não usar meios físicos para baixar a temperatura na febre, mas devendo usar-se na hipertermia;

2. Medidas específicas:

- a) Os medicamentos antipiréticos não são necessários se a criança estiver confortável;
- b) De um modo geral temperaturas axilares, orais ou timpânicas superiores a 38,5°C ou retais superiores a 39,0°C causam desconforto;
- c) Na criança que mantém a temperatura elevada com desconforto, e após a aplicação das medidas gerais, poderá ser efetuada a seguinte medicação
 - PARACETAMOL, fármaco de 1ª linha

Intervalo mínimo entre administrações consecutivas: 4 horas; máximo de tomas diárias: 5.

- IBUPROFENO

Intervalo mínimo entre administrações consecutivas: 6 horas; máximo de tomas diárias: 4.

O IBUPROFENO DEVE SER USADO SE:

- Alergia ao paracetamol;
- Não resposta ao paracetamol ou recorrência da febre com desconforto, antes do tempo mínimo de nova administração (4 horas).

⚠ A ADMINISTRAÇÃO INTERCALADA DE PARACETAMOL E IBUPROFENO, POR ROTINA, É UMA MEDIDA SEM JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA. DEVE SER DADA PREFERÊNCIA À PRÁTICA DE MONOTERAPIA ANTIPIRÉTICA. ⚠

**NORMA 017/2017 – Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta
Duração em Idade Pediátrica- PAI da Febre**

Resume as recomendações desenvolvidas por um painel de especialistas, após realização de revisão de literatura científica sobre o diagnóstico, monitorização e terapêutica de febre de curta duração em idade pediátrica.



NORMA

NÚMERO: 017/2017
 DATA: 04/08/2017

ASSUNTO: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

PALAVRAS-CHAVE: Febre; processo assistencial integrado

PARA: Direções Clínicas e de Enfermagem das Instituições Hospitalares, Conselhos Clínicos e de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dgq@dgps.min-saude.pt)

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS

Recomendação	Grau de recomendação/ Nível de evidência
1 A febre é dos sinais de doença mais frequentes na criança/adolescente. O ensino sobre os conceitos de avaliação e medidas a tomar deve ser sempre realizado aos cuidadores, nomeadamente nos cuidados de saúde materno-infantis.	I/A
2 A abordagem da criança com febre nos serviços de saúde requer a intervenção de equipas coordenadas de profissionais de saúde.	I/A
3 Diagnostica-se febre quando existe uma elevação da temperatura corporal $\geq 1^{\circ}\text{C}$ acima da média diária individual, tendo em conta o local de medição. Desconhecendo-se a temperatura média diária individual, é aceitável considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura: a) Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$; b) Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$; c) Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$; d) Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$.	I/B I/A

4	Os locais de medição da temperatura corporal devem ser preferencialmente: a) Retal: método mais rigoroso e o que melhor corresponde à temperatura central; b) Axilar: método mais usado, embora não seja tão preciso como o retal e seja mais demorado; c) Timpânico: método mais rápido e mais higiénico. Confere vantagem em serviços de triagem pediátrica mas tem muitos falsos negativos em idade inferior a 3 anos; d) Oral: método muito usado em alguns países; tem maior precisão que o axilar.	I/A
5	Deve ser transmitido aos cuidadores que os sinais de alerta que acompanham a febre são de maior importância que o valor isolado da temperatura, nomeadamente: a) Irritabilidade; gemido mantido; b) Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer; c) Convulsão; d) Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24-48 horas de febre; e) Respiração rápida ou dificuldade em respirar; f) Vômitos repetidos entre as refeições; g) Recusa alimentar completa superior a 12 horas, principalmente em criança com menos de 1 ano; sede insaciável;	I/C

	h) Dor perturbadora; choro inconsolável ou criança que não tolera o colo; i) Calafrios; j) Acrocianose na subida térmica; k) Dor ou dificuldade em mobilizar um membro ou alteração da marcha; l) Urina turva ou com mau cheiro.	
6	Perante uma criança/adolescente com febre os cuidadores devem recorrer aos serviços de saúde se: a) Evidência de algum dos sinais de alerta descritos na recomendação anterior; b) Idade < 3 meses (em ex-prematuros, < 3 meses de idade corrigida); c) Temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 40^{\circ}\text{C}$, se idade < 6 meses; d) Temperatura axilar $\geq 40^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 41^{\circ}\text{C}$, se idade ≥ 6 meses; e) Febre na presença de patologia crónica grave (ex: malformações cardíacas, imunodeficiência, tratamentos com quimioterapia, imunossuppressores ou terapêuticas biológicas).	Ila/C
7	Nos Cuidados de Saúde Primários na suspeita de febre devem ser desencadeadas as seguintes intervenções: a) Medição correta da temperatura; b) Avaliação dos sinais de alerta; c) Tratamento da febre; d) Diagnóstico e tratamento da patologia responsável.	I/B

8	O médico classifica o nível de risco da criança/adolescente com febre, conforme sinais de alerta presentes, em: a) Risco baixo (R1); b) Risco intermédio (R2); c) Risco alto (R3).	I/A
---	---	-----

9	O tratamento da febre tem como objetivo primordial minimizar o desconforto da criança/adolescente, diminuindo o valor da temperatura corporal: 1-medidas gerais; 2-terapêutica: a) paracetamol (fármaco de 1.ª linha): i. Oral: 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia); ii. Retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia); iii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas. b) ibuprofeno, apenas se existir contra-indicação ao paracetamol: i. Oral: 5 mg - 10 mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40 mg/kg/dia); ii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas.	I/A
---	---	-----

10	Na presença de febre, o médico nos Cuidados de Saúde Primários referencia para Cuidados Hospitalares: a) A criança/adolescente de nível de risco R3; b) A criança entre os 3 e os 6 meses de nível de risco R2 ou R1, se não for possível garantir seguimento adequado; c) A criança de idade superior a 6 meses com nível de risco R2 e com febre sem foco evidente e/ou sem facilidade de acesso aos serviços de saúde.	I/ B
11	No hospital, em função da idade e gravidade, são tomadas as seguintes decisões: a) Internamento sob vigilância clínica permanente: i. Criança com menos de 1 mês de idade; ii. Criança/adolescente de nível de risco R3. b) Vigilância em sala de observação, eventual realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e decisão de alta ou internamento: i. Criança de 1 a 6 meses e nível de risco R2; ii. Criança de idade superior a 6 meses com nível de risco R2 com febre sem foco evidente, que necessite vigilância nas horas seguintes e/ou sem facilidade de acesso aos serviços de saúde.	I/A

12	No momento da alta clínica hospitalar, os profissionais de saúde asseguram a entrega, nos termos da legislação em vigor sobre notas de alta hospitalar: a) Informação médica de todo o processo clínico de internamento, com identificação do médico responsável; b) Informação de enfermagem e do plano de cuidados a observar, com identificação do enfermeiro responsável.	I/A
13	Após alta hospitalar, a continuação de cuidados deve, preferencialmente, ser efetuada pelos Cuidados de Saúde Primários. A equipa hospitalar de profissionais de saúde, na preparação da alta hospitalar e sempre que a situação clínica o exija, assegura esta continuidade de cuidados e informa adequadamente os cuidadores da sua importância, sem prejuízo da informação clínica aos Cuidados de Saúde Primários.	I/C

Conclusão

- ❖ A febre é ainda, na atualidade, motivo de ansiedade acrescida para os pais e idas precoces aos serviços de urgência;
- ❖ A fisiopatologia da febre e recomendações para o controlo do desconforto associado à mesma é ainda alvo de algum desconhecimento e conhecimentos erróneos por parte dos profissionais de saúde;
- ❖ A Orientação da DGS 004/2018 apresenta orientações sobre a definição, medição correta e ensino aos familiares, cuidadores;
- ❖ A Norma da DGS 017/2017 – Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica, apresenta as recomendações sobre o diagnóstico, monitorização e terapêutica da febre de curta duração em idade pediátrica.

Bibliografia

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2009). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Browser da Versão 2.*
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- *Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares Cuidadores.* Orientação da Direção - Geral da Saúde nº 004/2018. Lisboa, 03 de Agosto de 2018, pp. 1-22.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica.* Norma da Direção - Geral da Saúde nº 017/2017. Lisboa, 04 de Agosto de 2017, pp. 1-93.

APÊNDICE II

PLANEAMENTO DA ELABORAÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**Utilização de mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio
em procedimentos dolorosos na criança.**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Planeamento da Elaboração da Instrução de Trabalho Utilização de mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.

Por
Tatiana Filipa Gomes Alves Carneiro

Porto – Março 2021

Índice

<i>1- Introdução.....</i>	<i>124</i>
<i>1- Análise da Situação e Objetivos</i>	<i>126</i>
<i>2- Seleção de Conteúdo.....</i>	<i>127</i>
<i>2.1 – Dor em Pediatria</i>	<i>127</i>
<i>2.2 - Neurofisiologia da dor em Pediatria</i>	<i>128</i>
<i>2.3 - Protóxido de Azoto</i>	<i>130</i>
<i>Conclusão.....</i>	<i>132</i>
<i>Bibliografia</i>	<i>133</i>
<i>APÊNDICE IIa.....</i>	<i>135</i>
<i>Instrução de Trabalho Utilização de mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.....</i>	<i>135</i>

1- Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (EE do ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no estágio realizado num Serviço Internamento de Pediatria, correspondente a um dos dois contextos de estágio realizados no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, foi identificada a necessidade de elaboração de uma Instrução de Trabalho sobre a utilização da mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.

A dor relacionada com a doença, quer em idade adulta, quer em idade pediátrica tem sido alvo de trabalho e atenção por múltiplos organismos, nomeadamente pela Enfermagem. Contudo, a dor associada a procedimentos dolorosos, sejam diagnósticos, sejam terapêuticos, nomeadamente em Pediatria, parece não seguir os mesmos passos. Além disso, procedimentos que inicialmente parecem ser bem tolerados pelas crianças, podem tornar-se causadores de ansiedade e medo ao serem repetidos (Gómez, et al., 2011). Assim, é de total pertinência e interesse que haja debate e estudo sobre as soluções que possam minimizar o impacto da dor e ansiedade relacionada com procedimentos dolorosos em idade pediátrica. A mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio é relatado na literatura como sendo uma medida eficaz em procedimentos moderadamente dolorosos em crianças. Produz um analgesia de início rápido e curta duração, permitindo o controlo da ansiedade e da dor leve a moderada, com elevado perfil de segurança (Araújo, Oliveira, & Silva, Óxido nitroso a 50% em oxigénio para procedimentos dolorosos pediátricos realizados por não anestesiológicos: uma revisão sistemática da literatura, 2015).

As Normas de Enfermagem ou Instruções de Trabalho, permitem a organização de todos os processos envolvidos na organização hospitalar. No fundo, ditam as regras para definir o sistema de trabalho e a realização de procedimentos, auxiliando a tomada de decisão e conferindo segurança na conduta profissional (Motta, 2020).

Os objetivos que pretendo atingir com a elaboração com este documento são:

- Desenvolver competências de planeamento e elaboração de documentos de planificação;
- Elaborar um documento orientador para a elaboração da Instrução de Trabalho;

Este planeamento recorre a um método descritivo e está organizado em 4 capítulos: a presente introdução, análise de situação e objetivos, seleção de conteúdos, conclusão e referências bibliográficas.

1- Análise da Situação e Objetivos

Enquanto ciência, a Enfermagem requer uma constante atualização dos conhecimentos. Muita dessa procura de aquisição de novos conhecimentos e competências emerge da prática diária e das necessidades encontradas em termos de formação. Uma prática consciente e reflexiva, leva por si só ao levantamento de questões pertinentes e à procura de cuidados mais ajustados e personalizados à situação de cada cliente. No fundo, o profissional problematiza a prática e aprende novos conhecimentos, habilidades e atitudes a que a própria prática obriga. Através da reflexão, o profissional pode criticar os conhecimentos que se formaram em torno da prática repetida e inferir novas conclusões sobre a mesma (Peixoto & Peixoto, 2016).

Durante o contexto de estágio referido anteriormente, estive presente numa reunião entre a Enfermeira que é Elo de Ligação do Serviço com o Grupo de Trabalho da Dor Aguda da Instituição. Nessa reunião foi discutida a possibilidade de se iniciar a utilização da mistura equimolar de protoxido de azoto e oxigénio em procedimentos causadores de ansiedade e/ou dor na criança, como forma de aumentar a qualidade da assistência prestada e reduzir o impacto da mesma na criança, visto que se verificou que em muitos procedimentos como a punção venosa por exemplo, na maioria das vezes e por múltiplos fatores, não era utilizada qualquer analgesia no serviço. Assim, na qualidade de aluna da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica e como forma de enriquecer o meu processo formativo, bem como dar o meu contributo para o serviço, voluntariei-me para elaborar a Instrução de Trabalho que se encontra em anexo.

Os objetivos da elaboração da Instrução de Trabalho são:

- Elaborar um documento prático e orientador do procedimento da Utilização da Mistura Equimolar de Protóxido de Azoto em procedimentos dolorosos em crianças;
- Integrar resultados de investigação relevantes na prática de Enfermagem;
- Contribuir para uma prática baseada em evidência;

2- Seleção de Conteúdo

Por forma a fazer um enquadramento teórico sobre a utilização da mistura equimolar do protóxido de azoto e oxigénio foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os seguintes temas:

1. Dor em Pediatria;
2. Neurofisiologia da Dor em Pediatria;
3. Protóxido de Azoto – definição e utilização;

Posteriormente foi então elaborada a Instrução de Trabalho, de forma sucinta e esquemática para permitir uma consulta rápida e objetiva. A bibliografia utilizada ficou disponível no serviço para posterior consulta.

2.1 - Dor em Pediatria

São múltiplos os documentos que identificam a dor como alvo da atenção e cuidados dos profissionais de saúde. A Direção Geral da Saúde classificou-a como o 5º Sinal Vital e emanou a Circular Normativa nº9 de 2003, sistematizando a avaliação e registo da dor do doente (Direção Geral da Saúde, 2003).

No que concerne os Enfermeiros, a dor é definida na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como “ (...) *aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*” (International Council of Nurses, 2019). Também o Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013) refere que a hospitalização e a dor representam sofrimento e no caso das crianças, este é acrescido pelo facto de estas não possuírem ainda os mecanismos necessários para enfrentar esse processo

A reforçar a importância que deve ser dada à avaliação e ao controlo da dor em pediatria, também a Carta da Criança Hospitalizada refere, no seu ponto 4, que “*as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*” (Instituto de Apoio à Criança, 1988).

Pela sua proximidade e tempo de contacto com o utente, os Enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para avaliar e promover o controlo da dor.

2.2 - Neurofisiologia da dor em Pediatria

A percepção da dor nas crianças ocorre de modo análogo ao dos adultos e está presente desde o nascimento mesmo em bebés prematuros (Almeida, 2018).

De modo a clarificar o complexo processo fisiológico da dor, impõe-se esclarecer o conceito de nociceptor. Estes são terminações nervosas livres, não especializadas, não mielinizadas ou ligeiramente mielinizadas, cuja função é converter os estímulos dolorosos, sejam químicos, térmicos ou mecânicos em impulsos nervosos até ao cérebro, onde este os interpreta produzindo a sensação de dor. Estão localizados essencialmente na camada superficial da pele e mucosas, e em menor quantidade em estruturas internas como órgãos, articulações, paredes das artérias, canais biliares, foice cerebral e tentório da calote craniana. A designação de cada nociceptor reporta-se à sua função e à classificação da fibra nervosa que constitui a terminação nervosa daquele nociceptor. Assim, os nociceptores de fibras C respondem a estímulos térmicos, mecânicos e químicos, e os de fibras A- δ , respondem a estímulos mecânicos e mecanotérmicos (Ferreira, 2014).

O processo de dor compreende quatro fases: a transdução, transmissão, modulação e percepção.

Na transdução ocorre a conversão dos estímulos excitatórios dolorosos ou potencialmente dolorosos em potenciais de ação que estimulam os neurónios da periferia. Quando ocorre lesão tecidual ocorre a produção e libertação de substâncias químicas que originam dor. A estimulação dos nociceptores pode ocorrer de duas formas: direta ou primária e indireta ou secundária. Na primeira, a lesão tecidual condiciona a depleção de potássio e produção de bradicinina e prostaglandinas. As prostaglandinas potenciam o efeito do potássio e da bradicinina e de outros mediadores inflamatórios que originam dor. Indiretamente ocorre a libertação de substância P que provoca vasodilatação, e aumenta a produção e libertação de mediadores inflamatórios, como a histamina. O

edema local ao exercer pressão sobre os tecidos circundantes pode ativar os nociceptores mecânicos, provocando a sensação de dor (Ferreira, 2014).

Na transmissão, ocorre a condução do potencial de ação até à espinal medula através das fibras C e fibras A- δ . As fibras C têm pequeno diâmetro, não são mielinizadas e são caracterizadas por uma condução lenta. As fibras A- δ , têm maior diâmetro, são ligeiramente mielinizadas e de condução mais rápida. Isto condiciona que a sensação de dor provocada por um nociceptor de fibra C será difusa e retardada, por outro lado um nociceptor de fibra A- δ produz uma sensação aguda e rápida (Ferreira, 2014).

A modulação da dor não é mais do que a transformação dos estímulos no sistema nervoso central e é influenciada por fatores psicossociais e neurosensitivos. Da interação entre os estímulos nociceptivos e fatores moduladores é que resulta a experiência neurosensitiva da dor (Marquez, 2011).

Após o estímulo doloroso é gerado um impulso nervoso que percorre uma zona de fibras curtas com conexões difusas ao longo da coluna chamada substância gelatinosa. Na parte central da medula estão os corpos celulares, que constituem a substância cinzenta. Na zona circundante encontra-se a substância branca, formada por axónios que sobem e descem desde a medula ao encéfalo. Após atravessada a espinal medula através da raiz dorsal, os impulsos ligam-se às vias ascendentes, sendo os sistemas de vias ascendentes mais importantes o sistema espinotalâmico e os sistema espinorreticular. O sistema espinotalâmico transmite rapidamente informações sobre a natureza, localização e intensidade da dor até ao tálamo, e posteriormente até ao córtex cerebral onde será interpretada. O sistema espinorreticular conduz os impulsos ao tronco cerebral, tálamo e estruturas límbicas, originando respostas autónomas e límbicas. As vias descendentes contrariam a entrada dos impulsos dolorosos no sistema nervoso central, induzindo um efeito inibitório. Os neurónios descendentes transmitem informação desde o córtex e zonas subcorticais, estabelecendo sinapses ao nível da substância cinzenta e nos cornos posteriores da medula ao nível da substância gelatinosa. Na substância gelatinosa ocorre a modulação das informações nociceptivas, recebendo e tratando inúmeras informações provenientes dos neurónios aferentes e áreas de controlo afetivo, sensorial, motivacional e cognitivo.

A interpretação da informação que chega ao córtex é influenciada por múltiplos fatores, pelo que a perceção e reação à dor difere de pessoa para pessoa ou até na mesma pessoa em virtude da situação em causa (Ferreira, 2014).

2.3 - Protóxido de Azoto

O Protóxido de Azoto, cuja fórmula molecular é o N_2O , é um gás formado a partir da junção de uma molécula de azoto com um átomo de oxigénio. É incolor, não inflamável e tem um sabor ligeiramente doce. Pode ser combinado de forma estável com oxigénio em concentrações de 30%, 50% ou 70%, embora em Portugal, fora do bloco operativo só esteja disponível a concentração de 50% Protóxido de Azoto com 50% de oxigénio (Almeida, 2018).

A sua utilização pela primeira vez está descrita na literatura médica em 1971. Nos anos seguintes, vários foram os estudos que comprovaram a sua eficácia em diversas utilizações, primeiro na área da estomatologia e mais tarde em unidades de urgência e oncologia (Gómez, et al., 2011).

O efeito anestésico dá-se devido à ação inibitória sobre os recetores supra espinhosos e da ativação dos recetores espinhais, uma vez que a ativação dos recetores supra-espinhosos irá inibir a via descendente e comprometer, portanto, o seu efeito. O N_2O atua também nos neurónios opióides ativando-os. Estes vão estimular o hipotálamo a libertar Fator Libertador da Corticotrofina que, por sua vez, irá levar à libertação de opióides endógenos. A ação destes opióides endógenos é responsável pela inibição dos recetores supracitados, o que leva ao término da inibição dos neurónios noradrenérgicos, com conseqüente libertação de Noradrenalina, que inibe a transmissão sináptica da dor através estimulação de dois recetores e esta dupla estimulação atrasa a condução do impulso da dor (Almeida, 2018).

A analgesia induzida pela mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio tem, portanto, um início rápido e de curta duração, uma vez que este tem baixa “solubilidade”, ou seja, é transportado quer esteja ligado a proteínas ou não, pelo que é rapidamente difundido através da membrana alveolar-arterial sendo facilmente eliminado pela expiração e portanto sendo o seu efeito facilmente reversível, sem perda de consciência e assim permitindo a manutenção dos reflexos protetores da via aérea, ou seja, mantém as funções cognitivas mas diminui as funções motoras. A mistura dos gases é fixa em 50% de cada gás, pelo que não necessita de preração pré com jejum e apresenta poucos efeitos adversos. Permite o controlo da ansiedade e da dor leve a moderada em procedimentos de curta duração (entre 15 a 30 minutos) (Araújo, Oliveira, & Silva, Óxido

nitroso a 50% em oxigênio para procedimentos dolorosos pediátricos realizados por não anesthesiologistas: uma revisão sistemática da literatura, 2015).

É por isso uma alternativa eficaz em pediatria, e a sua utilização bastante simples: recorre-se a uma máscara, que pode ter vários tamanhos e cores de forma a adaptar-se bem à face do doente e a ser mais apelativa, e a uma válvula respiratória. É necessária a cooperação do paciente para a colocação e fixação da máscara ou para manter a válvula unidirecional junto à cavidade oral, pelo que se recomenda a sua utilização em crianças a partir dos 3 anos. Embora, como já referido, seja uma administração bastante simples, inúmeros autores defendem que é preferível recorrer a profissionais que tenham tido formação e treino (Almeida, 2018).

Um estudo realizado a 120 crianças entre os 8 e os 15 anos, no KK Women's and Children's Hospital em Sinagapura, revelou que a combinação entre a utilização de EMLA e N₂O tem um efeito sinérgico com uma efetiva redução da dor. Contudo, verifica-se que o comportamento relativo a intervenções dolorosas, nomeadamente a introdução de cateter venoso periférico pode ser modificado positivamente pela utilização de N₂O mas não com a utilização de EMLA, demonstrando as vantagens do primeiro (Hwan-ing Hee, 2003).

Outros estudos têm vindo a relevar a importância e eficácia do uso de N₂O na diminuição da dor e ansiedade gerada por inúmeros outros procedimentos em pediatria, tais como punção lombar, redução de fraturas, remoção de drenos, execução de pensos entre outros.

Estão descritos alguns efeitos secundários nomeadamente náuseas, vômitos, tonturas, agitação, euforia, sonolência, cefaleias, hipotensão, alterações da coordenação. Estes efeitos adversos não são muito comuns e são facilmente revertidos quando se suspende imediatamente a administração (Almeida, 2018).

Conclusão

A elaboração da Instrução de Trabalho – Utilização de mistura equimolar Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança, permitiu-me desenvolver competências na área do planeamento de atividades e integração de resultados de investigação com vista a uma prática baseada na evidência. Foi particularmente interessante poder fazer parte do processo de levantamento de uma necessidade identificada e resultante da prática diária e poder fazer parte do processo de resolução do mesmo, procurando a melhor e mais recente informação sobre o tema e elaborando um documento de raiz que possa ser utilizado pela equipa na prática. Enquanto aluna de ESIP, pude deixar meu contributo para o serviço e considero, na área da especialidade, particularmente relevante esta partilha de experiências e conhecimentos entre o aluno e a equipa, que permita, no final, que ambos cresçam pessoal e profissionalmente.

Bibliografia

- Almeida, R. B. (14 de Março de 2018). *Utilização de Protóxido de Azoto na Urgência Pediátrica*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10316/82550>
- Araújo, C. M., Oliveira, B. M., & Silva, Y. P. (2015). *Óxido nitroso a 50% em oxigênio para procedimentos dolorosos pediátricos realizados por não anesthesiologistas: uma revisão sistemática da literatura*. Obtido em 18 de 3 de 2021, de <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150055>
- Direção Geral da Saúde. (14 de Junho de 2003). *Circular Normativa n^o9/DGCG*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Ferreira, M. S. (2014). *Cuidados de Enfermagem à Criança com Dor - Avaliação e Controlo*. Obtido em 21 de 3 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.26/16309>
- Gómez, B., Capapéa, S., Benitoa, F., Landab, J., Fernándezc, Y., C. Luacesc, O. S., . . . Aldecoag, V. (2011). *Efectividad y seguridad del uso de óxido nitroso para sedoanalgesia en urgencias*. Obtido em 18 de 3 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.12.011>
- Hwan-ing Hee, R. W.-B. (Março de 2003). *Effective reduction of anxiety and pain during venous cannulation in children: a comparison of analgesic efficacy conferred by nitrous oxide, EMLA and combination*. Obtido em 20 de 3 de 2021, de [10.1046/j.1460-9592.2003.01051.x](https://doi.org/10.1046/j.1460-9592.2003.01051.x)
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- International Council of Nurses. (1 de Março de 2019). *CIPE*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Marquez, J. O. (Abril de 2011). *A dor e os seus aspetos multidimensionais*. Obtido em 20 de 4 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>

Motta, A. L. (2020). *Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem*. São Paulo: Editora Saraiva, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Obtido em 18 de 3 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV1603>

APÊNDICE IIa

**Instrução de Trabalho Utilização de mistura equimolar de
Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na
criança.**

**Instrução de Trabalho – Utilização de mistura equimolar Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.****1. CAMPO DE APLICAÇÃO**

A instrução de trabalho aplica-se aos Enfermeiros do Serviço de Pediatria na utilização de mistura equimolar de Protóxido de Azoto e Oxigénio em todas as crianças que beneficiem da utilização do mesmo para diminuir o impacto da ansiedade associada a procedimentos dolorosos.

2. DOR EM PEDIATRIA

A dor nas crianças deve ser reconhecida como efetiva, sendo que estas guardam memória da dor e a dor, quando não tratada, tem consequências a longo prazo.

Várias são as entidades que referem que devem ser tomadas medidas na redução ou eliminação da dor associada a procedimentos dolorosos nas crianças.

1- Procedimento

Ações de enfermagem	Justificação
Preparar a sala de modo a que esta esteja bem ventilada e arejada.	- Evitar efeitos secundários nos pais e profissionais presentes.
Preparar o material: - Bala com mistura equimolar de Protóxido de Azoto e O ₂ . Confirmar o nível e pressão da válvula; - Balão; - Peça em T; - Filtro; - Tubo em vinil (de O ₂);	- Garantir a segurança e eficácia do procedimento. - Gerir tempo e recursos.
Explicar o procedimento aos pais e à criança, adequando a explicação ao estágio de desenvolvimento da criança.	- Envolver os pais nos cuidados. - Potenciar a colaboração da criança.

**Instrução de Trabalho – Utilização de mistura equimolar Protóxido de Azoto e Oxigênio em procedimentos dolorosos na criança.**

Lavar as mãos;	- Prevenir a contaminação.
Selecionar a máscara adequada à criança;	- Minimizar a ocorrência de fugas. - Otimizar a inalação do gás.
Monitorizar SPO2, FC e TA	- Identificar precocemente alterações.
Abrir lenta e progressivamente a válvula até ao máximo;	- Manter a segurança durante o procedimento.
Colocar a mão de modo a selar a máscara e encher o balão;	- Otimizar a inalação do gás.
Aplicar a máscara corretamente na face da criança e pedir para respirar normalmente;	- Minimizar a ocorrência de fugas. - Otimizar a inalação do gás.
Aguardar 3 minutos	- Atingir o pico de eficácia do gás.
Efetuar o procedimento	
Retirar a máscara	
Aguardar até não haver qualquer efeito do gás para fazer o levante	- Evitar complicações.
Vigiar a ocorrência de efeitos secundários	- Evitar complicações.

3. DOCUMENTAÇÃO ASSOCIADA

Almeida, R. B. (14 de Março de 2018). *Utilização de Protóxido de Azoto na Urgência Pediátrica*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10316/82550>

Araújo, C. M., Oliveira, B. M., & Silva, Y. P. (2015). *Óxido nitroso a 50% em oxigênio para procedimentos dolorosos pediátricos realizados por não anesthesiologistas: uma revisão sistemática da literatura*. Obtido em 18 de 3 de 2021, de <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150055>



Instrução de Trabalho – Utilização de mistura equimolar Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.

Direção Geral da Saúde. (14 de Junho de 2003). *Circular Normativa n^o9/DGCG*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Ferreira, M. S. (2014). *Cuidados de Enfermagem à Criança com Dor - Avaliação e Controlo*. Obtido em 21 de 3 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.26/16309>

Gómez, B., Capapéa, S., Benitoa, F., Landab, J., Fernándezc, Y., C. Luacesc, O. S., . . . Aldecoag, V. (2011). *Efectividad y seguridad del uso de óxido nitroso para sedoanalgesia en urgencias*. Obtido em 18 de 3 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.12.011>

Hwan-ing Hee, R. W.-B. (Março de 2003). *Effective reduction of anxiety and pain during venous cannulation in children: a comparison of analgesic efficacy conferred by nitrous oxide, EMLA and combination*. Obtido em 20 de 3 de 2021, de [10.1046/j.1460-9592.2003.01051.x](https://doi.org/10.1046/j.1460-9592.2003.01051.x)

Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

International Council of Nurses. (1 de Março de 2019). *CIPE*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Marquez, J. O. (Abril de 2011). *A dor e os seus aspetos multidimensionais*. Obtido em 20 de 4 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>

Motta, A. L. (2020). *Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem*. São Paulo: Editora Saraiva, Lda.

Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança*. Obtido em 19 de 3 de 2021, de



Instrução de Trabalho – Utilização de mistura equimolar Protóxido de Azoto e Oxigénio em procedimentos dolorosos na criança.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Obtido em 18 de 3 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

4. ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

Não existem alterações a assinalar – 1ª versão.

IT.AAA.XXX.BB.YY Y	Elaborado	Data _/_/___	Verificado CQS	Data _/_/___	Aprovado CA	Data _/_/___	Pág. 139 de 138
-----------------------	-----------	-----------------	----------------	-----------------	-------------	-----------------	-----------------