



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Liliana Marisa Milheiro de Almeida

Porto, junho de 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Internship report

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

Liliana Marisa Milheiro de Almeida

Sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, junho de 2021

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito do 13º Curso do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. O estágio compreendeu três contextos de prática de cuidados: Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Neonatologia. Foi obtida a creditação ao estágio “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica” obtida pela experiência profissional exercida num Serviço de Pediatria Médica durante 7 anos. O objetivo principal deste documento é apresentar o percurso realizado ao longo da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, demonstrando as competências desenvolvidas no âmbito da assistência especializada, assim como as inerentes ao grau de mestre. Estas competências, previstas no plano de estudos da Universidade, encontram-se divididas em quatro domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Investigação, Gestão e Formação. A estes domínios e competências foram associados os objetivos, as atividades desenvolvidas para a consecução dos mesmos e uma reflexão crítica, apoiada na evidência científica, tendo sido utilizada uma metodologia crítico-reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica. Os principais focos de atenção da minha atuação foram o desenvolvimento de competências no apoio ao desempenho e à transição da parentalidade, tendo elaborado uma ação de educação para a saúde com o tema “Atividades Promotoras do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida”, a saúde escolar, tendo neste âmbito participado numa rubrica acerca do bullying, a comunicação com criança/jovem e família e a gestão da dor. Importa ressaltar a importância dos diferentes contextos de estágio, que se constituíram como experiências enriquecedoras, proporcionando oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento das competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e que se encontram evidenciadas ao longo deste relatório. A experiência profissional prévia num serviço de Pediatria Médica revestiu-se, igualmente, de elevado valor, dado que me conferiu uma segurança e confiança preponderantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a criança e sua família nos diversos contextos. Assim sendo, todo o percurso formativo desenvolvido permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais, no âmbito da especialidade, para uma prestação de cuidados diferenciada e de excelência.

Palavras-chave: Criança/Família, Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica.

Abstract

This report is part of the 13th Course of the Master's Degree in Nursing, with a specialization in Child and Pediatric Health Nursing within the Curricular Unit Final Stage and Report, from the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa - Porto. The internship comprised three contexts of care practice: Primary Health Care, Pediatric Emergency Service and Neonatology Service. Accreditation for the internship "Child and Family Health - Surveillance and Clinical Decision" obtained through professional experience in a seven years Medical Pediatrics Service. The main objective of this document is to present the path taken along the Course Unit Final Stage and Report, demonstrating the skills developed within the scope of specialized assistance, as well as those inherent to the master's degree. The competencies, provided by the University's study plan, are divided into four areas of activity: Provision of Care, Research, Management and Training. These domains and competencies were associated with the objectives, the activities developed to achieve them and a critical reflection, supported by scientific evidence, having been used a critical-reflective methodology, using bibliographical research. The main focus of my performance was the development of skills to support the performance and transition of parenthood, having developed health education activities with the theme "Activities Promoting Development in the First Year of Life", school health, having in this context participated in a rubric about bullying, communication with children/youth and family and pain management. It is important to emphasize the importance of the different internship contexts, which constituted enriching experiences, providing opportunities for learning and improving the skills inherent to the nurse specialist in child and pediatric health nursing and which are highlighted throughout this report. Previous professional experience in a Pediatric Medical service was also of high value, given that it gave me preponderant confidence and confidence in establishing an effective therapeutic relationship with the child and their family in different contexts. Therefore, the entire training path developed allowed me to acquire and develop essential skills, within the scope of the speciality, for a differentiated and excellent care provision.

Keywords: Child / Family, Nursing, Child and Pediatric Health

Dedicatória

À minha família,
Ao meu Marido e
Aos meus Filhos
Por serem o meu porto seguro!

Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AES	Ação de Educação para a Saúde
CEF	Curso de Educação e Formação
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPTAS	Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale
DGS	Direção Geral da Saúde
ECTS	European Credit Transfer System
EDIN	Èchelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
IPI	Intervenção Precoce na Infância
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
GIAA	Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno
MESIP	Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIDCAP	Newborn Developmental Care and Assessment Program
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OBS	Observações
OE	Ordem dos Enfermeiros
PASSE	Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SUP	Serviço de Urgência Pediátrico
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCP	Universidade Católica Portuguesa
USF	Unidade de Saúde Familiar
VSIJ	Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

Índice

1. Introdução.....	13
2. Competências Previamente Adquiridas.....	15
3. Caracterização dos locais de Estágio.....	20
4. Competências, Objetivos, Atividades e Reflexão Crítica.....	24
4.1 Domínio da Prestação de Cuidados.....	24
4.2 Domínio da Gestão.....	63
4.3 Domínio da Formação.....	67
4.4 Domínio da Investigação.....	70
5. Conclusão.....	73
6. Referências Bibliográficas.....	75
7. Apêndices.....	90
Apêndice I: Plano de cuidados.....	91
Apêndice II: Ação de Educação para a Saúde: “Atividades Promotoras do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida”.....	95
Apêndice III: Rubrica de Saúde Escolar “Bullying e Cyberbullying”.....	131
Apêndice IV: Norma de Procedimentos de enfermagem – Intervenção nas escolas: Gabinete de Informação e Apoio aos Alunos.....	144
Apêndice V: Norma de Procedimentos de Enfermagem – Articulação da equipa multidisciplinar no âmbito das NSE.....	149
8. Anexos.....	152
Anexo I - Certificado de Participação no Webinar.....	153
Anexo II - Certificado de Participação no IV Fórum das Especialidades de Enfermagem.....	155

1. Introdução

O presente relatório integra-se no âmbito do plano curricular do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no contexto da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório.

A Unidade Curricular compreende um total de 750 horas, o qual equivale a 30 ECTS (European Credit Transfer System) e decorreu em três contextos de prática clínica: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Familiar (USF), no qual foram concretizadas 180 horas; Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), com 90 horas de contacto e Serviço de Neonatologia, também com 90 horas, totalizando-se assim 360 horas de estágio em contexto clínico. Às horas de contacto acrescem, 20 horas de orientações tutoriais e 20 horas de seminário. Para além disso, encontraram-se 350 horas destinadas à elaboração do Relatório Final e outras atividades, perfazendo as 750 horas de trabalho totais.

A opção por estes locais de estágio deve-se essencialmente ao facto destes contextos de prática clínica serem referências no norte do país na prestação de cuidados pediátricos especializados, o que é um contributo bastante enriquecedor para o meu percurso formativo, por forma a obter as experiências necessárias para a aquisição das competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da especialidade de saúde infantil e pediátrica.

Este relatório visa descrever todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao plano de estudos do curso, encontrando-se estas agrupadas em quatro domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Investigação, Gestão e Formação. Deste modo, foram associados os objetivos específicos, previamente delineados, e as atividades desenvolvidas para a consecução dos mesmos. Para dar resposta às exigências de aquisição de cada competência, estas surgem acompanhadas de uma reflexão crítica, sustentada na evidência científica mais atual.

Através de uma metodologia crítico-reflexiva é realizada uma análise descritiva, com recurso a pesquisa bibliográfica, das principais situações que levaram ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências na área de especialidade, quer no âmbito da Enfermagem Especializada, quer no desenvolvimento das competências académicas associadas ao grau de mestre.

Saliento o contributo da minha experiência profissional no Serviço de Pediatria Médica, que possibilitou o desenvolvimento de algumas competências que foram posteriormente aperfeiçoadas.

Assim, o presente documento tem como objetivos:

- Descrever as competências adquiridas, objetivos e as atividades desenvolvidas nos diversos contextos de estágio;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva sobre todo o processo de aprendizagem;
- Constituir-se como instrumento de avaliação.

De forma a demonstrar todo o meu percurso formativo, este documento, encontra-se estruturado em oito capítulos. O primeiro corresponde à introdução e em seguida são abordadas as competências previamente adquiridas em contexto profissional, e que justificam a creditação obtida do estágio previsto no 1º ano do curso. No terceiro capítulo apresenta-se a caracterização dos locais de estágio, que permite elucidar sobre alguns aspetos importantes dos contextos de estágio. Posteriormente, no quarto capítulo, realiza-se a descrição das competências adquiridas, que são agrupadas em domínios que se assumem como subcapítulos, em articulação com os objetivos e as atividades desenvolvidas, que são sustentados pela inerente reflexão crítica. Por fim, no quinto capítulo, é apresentada uma conclusão acerca do trabalho que foi desenvolvido, seguindo-se ainda as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração do documento e os Apêndices e Anexos onde se inclui algum material de suporte que complementa a informação.

2. Competências Previamente Adquiridas

A minha experiência profissional iniciou-se nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), inicialmente num Centro de Saúde (CS) e posteriormente numa USF na grande Lisboa, durante 28 meses. Em 2010 rumei ao norte e iniciei funções num serviço de Pediatria Médica de um Hospital de referência da região norte do país ao longo de 9 anos, estando atualmente num serviço de Cirurgia Pediátrica. Estas experiências permitiram-me iniciar o desenvolvimento de competências no âmbito da assistência na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

As idades das crianças internadas estavam compreendidas entre os primeiros dias de vida e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias. O serviço dispunha de 21 camas em enfermarias partilhadas e 3 quartos de isolamento, sendo que a distribuição é feita consoante a faixa etária, patologia ou necessidade de isolamento. O serviço possuía um refeitório, uma sala de atividades lúdicas com diverso material didático e brinquedos com a presença de duas educadoras de infância e, ainda, um espaço exterior, com um parque infantil. Havia uma área destinada aos pais e familiares das crianças, a qual apresentava uma sala-copa e vestiários com casa de banho e chuveiros. Existia, também uma sala de Vídeo-Eletroencefalografia, uma de Ecocardiograma, gabinetes médicos, sala de enfermagem e uma sala de tratamentos/procedimentos.

Durante o internamento, era permitido o acompanhamento da criança/adolescente por duas pessoas, pais/pessoas significativas, das 8h às 22h. Das 22h às 8h só era permitida a permanência de um acompanhante, tal como é previsto na Lei (Lei nº106/2009, 2009). O período das restantes visitas era das 16h às 18h, sendo que só podia entrar uma pessoa de cada vez, além dos dois acompanhantes.

O serviço de Pediatria onde exerci funções recebe crianças e adolescentes de várias especialidades, tais como: medicina, cardiologia, endocrinologia, gastroenteriologia, neurologia, nefrologia, dermatologia, oncologia, ortopedia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outras. Estes utentes são provenientes da consulta externa, urgência, neonatologia, obstetrícia ou de outro hospital. Muitas das crianças, às quais prestei cuidados, eram recém-nascidos (RN). Estes além dos cuidados

inerentes à situação de doença, necessitam de cuidados de promoção de saúde. Assim pude desenvolver competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade, promovendo o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências parentais, com vista ao aumento das capacidades dos pais para um desempenho de um papel ativo e assertivo no desenvolvimento da criança, sendo os focos de atenção mais comuns os cuidados de higiene corporal, limpeza do coto umbilical, amamentação, técnicas para alívio das cólicas, prevenção de acidentes, vacinação, febre e o papel parental.

A diversidade de idades, de especialidades, bem como de patologias, obrigaram a uma constante procura de conhecimento de forma a atingir o bem-estar da criança/jovem e sua família, pelo que considero a competência **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica** parcialmente desenvolvida.

A competência “**desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**” foi iniciada no serviço de Pediatria Médica, onde o método de trabalho utilizado era o método individual, assumindo assim a responsabilidade de todos os cuidados prestados à criança/jovem que me foram atribuídas. Deste modo, avaliei e coordenei os cuidados prestados à criança/jovem e respetiva família. O rácio enfermeiro-utente era no máximo de um para seis.

A equipa era constituída por enfermeiros generalistas e especialistas nas áreas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem médico-cirúrgica e em enfermagem de reabilitação. Habitualmente, o responsável de turno é um enfermeiro especialista. No entanto, se esta condição não for viável, será o enfermeiro que apresente mais anos de serviço a assumir o cargo de responsável de turno, e esta função foi, frequentemente, assumida por mim tornando-me líder da equipa, responsável por gestão dos materiais, gestão de recursos humanos, gestão de vagas, distribuição dos doentes, execução do plano de trabalho, resolução de conflitos, bem como, zelar pelos cuidados prestados á criança/jovem e família. Pelo que considero a competência **realiza a gestão de cuidados na sua área de EESIP** parcialmente alcançada.

Apesar de existir um enfermeiro responsável de turno, o qual toma as decisões, parte destas são previamente discutidas em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, como por

exemplo na atribuição de vagas, onde além da patologia e da idade da criança é tida em consideração a especificidade e grau de complexidade dos cuidados a prestar, havendo uma grande proximidade entre a equipa multidisciplinar.

O diálogo e a partilha de opiniões são constantes entre a equipa multidisciplinar, tendo sido frequente a necessidade de articular com outros elementos da equipa, como por exemplo, o médico, o psicólogo, o assistente social, o nutricionista, o fisioterapeuta, o terapeuta da fala ou o assistente operacional, surgindo o trabalho em equipa como fundamental para que tudo se articule e funcione em sintonia. Esta realidade é incontornável para a prestação de cuidados de excelência. Por vezes torna-se também necessário o encaminhamento da criança/jovem e família para outras instituições, como centro de saúde, instituições de acolhimento, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Deste modo, considero a competência, **demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** parcialmente desenvolvida.

Os cuidados prestados no serviço de pediatria são cuidados centrados na criança/jovem e família e em parceria com esta. De acordo com Mendes & Martins (2012), quando uma criança é hospitalizada “a família é hospitalizada também, por isso o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família”, sendo o cuidar em parceria basilar nesta área de especialidade. Os cuidados prestados são inspirados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Durante a prestação de cuidados efetuei uma negociação com os pais, incentivando-os e envolvendo-os nos cuidados básicos à criança/jovem, como a alimentação, higiene, aconchego, sem nunca descurar da minha disponibilidade e responsabilidade nos cuidados de enfermagem a meu cargo, sempre que possível na presença dos pais, estes são essenciais, pois são o “porto seguro” dos filhos (Lopes, 2012).

Para negociar com os pais é necessário estabelecer uma forte comunicação (Lopes, 2012), sendo esta para mim uma competência essencial ao enfermeiro em pediatria, pois em pediatria o enfermeiro, além de comunicar com os pais/cuidadores, comunica também com a criança/jovem, tendo de ser capaz de adaptar a comunicação ao estado de desenvolvimento desta e de respeitar as crenças e cultura. O respeito cultural esteve sempre presente nos cuidados, tendo usado imagens e tradutor para ultrapassar a barreira

linguística, otimizando desta forma, a comunicação. Assim considero que a competência **demonstra 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** tem vindo a ser desenvolvida ao longo da minha vida profissional.

O serviço de pediatria onde exerci funções contempla, como já foi referido, diversas especialidades e por isso recebe crianças/jovens com patologias muito diversificadas e muitas delas crónicas e raras, sendo estas situações de especial complexidade. Esta panóplia de situações obrigou-me a uma constante busca de conhecimentos científicos, para uma prestação de cuidados de excelência, uma vez que no processo de tomada de decisão e na implementação de intervenções, é fundamental que o enfermeiro incorpore os resultados da investigação na prática. Foi frequente a partilha com a equipa do conhecimento resultante da investigação, apresentando-o e debatendo-o, principalmente, nas reuniões de passagem de turno. Desta forma eram tomadas decisões conjuntas sobre a prática da ação. Assim considero como parcialmente desenvolvida a competência **demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**.

Ao longo destes anos também prestei assistência a crianças/jovens vítimas de maus-tratos, dos quais evidencio o Síndrome de Munchausen, por serem das situações mais marcantes que vivi, uma mãe que colocava sangue na cavidade oral e na fralda do bebé e a síndrome de “shaking baby”, situações estas muito delicadas e que exigem do enfermeiro uma enorme perspicácia. Estes casos clínicos levaram-me a refletir na e sobre a prática, de forma crítica nomeadamente, sobre o foco papel parental. Assim considero a competência, **demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família** parcialmente desenvolvida.

Durante a minha assistência de enfermagem à criança/jovem e família verifiquei que são frequentes as situações complexas e imprevistas, sendo essencial que o enfermeiro seja capaz de identificar e antecipar as necessidades de intervenção, agindo de forma rápida e eficiente. São exemplos destas situações, nas quais intervim, a síndrome de dificuldade

respiratória nos lactentes e as convulsões. Esta imprevisibilidade de situações que surgem e a especificidade dos cuidados inerentes promoveram a minha **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

Ao longo da minha experiência profissional, por delegação do meu enfermeiro chefe, **colaborei na integração de novos profissionais**, integrando-os de forma progressiva e estruturada no serviço e fui responsável pela orientação e avaliação de alunos em ensino clínico, da licenciatura em enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família despertou-me interesse e vontade de investir na melhoria e aperfeiçoamento dos meus conhecimentos e cuidados à criança/jovem e família. Assim, ao longo destes anos, tive a oportunidade de realizar diversas formações, tais como: “Sistemas de Informação e Documentação dos Cuidados de Enfermagem/CIPE”, “Tratamento de Feridas e Úlceras Cutâneas” e “Curso de Enfermagem em Emergência Pediátrica (ENPC)”. A primeira formação referida teve a duração de 15 horas, na qual foram abordados os sistemas de informatização em enfermagem, sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) e a linguagem padronizada CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A segunda acerca do tratamento de Feridas e Úlceras Cutâneas teve a duração total de sete horas, apresentou como conteúdos a avaliação, caracterização e limpeza de feridas, opções terapêuticas e registo. A terceira formação teve a duração total de 18 horas, nela foram abordados os seguintes temas: Abordagem Inicial e Triagem; Distúrbios e falência respiratória; Emergências Cardiovasculares; Emergências médicas; Criança vítima de maus-tratos; Emergências em intoxicações; Trauma Pediátrico; Intervenção em situações de crise; Neonatologia; Estabilização e transporte; Ressuscitação Pediátrica. Considero que estas formações foram muito importantes, dada a sua aplicabilidade na minha prática diária, conferindo-me maior segurança na tomada de decisão.

A possibilidade de frequentar estas formações, permitiu-me desenvolver competências ao nível da formação, aumentando os meus conhecimentos e incentivando-me a aprofundar estes e outros temas, potenciando assim o meu processo formativo.

Para **manter, de forma contínua e autónoma**, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, propus-me ingressar no presente Mestrado.

3. Caraterização dos locais de Estágio

Conforme consagrado no Plano de Estudos do Curso, na unidade curricular Estágio Final e Relatório, o primeiro contexto de estágio foi desenvolvido no período compreendido entre 2 de novembro de 2020 e 7 de fevereiro de 2021, na UCC e na USF. Estas duas unidades funcionam no mesmo edifício, no rés-do-chão encontra-se a USF e no piso inferior a UCC. A UCC dispunha de um gabinete administrativo, 3 gabinetes de enfermagem, um pequeno armazém e uma sala de reuniões/refeitório.

As UCC são unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) que têm como função prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Além desta função as UCC também atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Estas unidades funcionais têm autonomia organizativa e técnica em intercooperação com as restantes unidades funcionais (Decreto-Lei nº28/2008).

As equipas das UCC são compostas por uma equipa multiprofissional (Decreto-Lei nº28/2008), sendo a UCC onde estagiei constituída por enfermeiros especialistas nas áreas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem comunitária, enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermagem médico-cirúrgica, assistente social, assistente técnico, psicóloga, nutricionista e higienista oral. O trabalho desenvolvido pela equipa da UCC onde decorreu o estágio visa a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de uma abordagem por processos de trabalho que satisfaça as necessidades dos utentes, garanta a conformidade com as boas práticas e contribua para um melhor desempenho e motivação de toda a equipa envolvida. A UCC desfruta de uma forma articulada das restantes estruturas e serviços do ACES, no sentido

de complementarem a sua ação, constituindo-se como elementos facilitadores da sua atividade.

Os cuidados de saúde que esta UCC presta são dirigidos a população/grupos vulneráveis inscritos e/ou residentes na zona abrangida, tendo como objetivo ganhos em saúde. Esta UCC abrange 11 freguesias do concelho e 4 Agrupamentos de Escolas.

Existe um conjunto vasto de atividades desenvolvidas na UCC, nomeadamente ao nível de diversos programas e projetos associados aos cuidados à criança e família, assim a carteira de serviços desta UCC contempla, entre outros, o Programa Nacional de Saúde Escolar, Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar – PRESSE, Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), Necessidades de Saúde Especiais (NSE), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e Curso de Massagem Infantil.

Uma parte do estágio foi desenvolvida numa USF, que é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares. A missão destas unidades é a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. São constituídas por equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros e administrativos) (Decreto-Lei nº73/2017). Nesta USF exercem funções duas EESIP, as quais tive a oportunidade de acompanhar e colaborar nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. As consultas são realizadas no gabinete de enfermagem, que se encontra atribuído por enfermeiro, estando o respetivo gabinete do médico de família correspondente ao lado. Existe também um gabinete de vacinação que se encontra a funcionar como apoio para amamentação ou como sala de espera para bebés.

O segundo contexto de estágio decorreu de 8 de fevereiro a 4 de março de 2021 num Serviço de Urgência Pediátrica da região norte. Estruturalmente o SUP apresenta várias áreas distintas, estas têm vindo a sofrer alterações devido a obras e à infeção pelo coronavírus.

À entrada do SUP encontra-se uma sala de espera, com serviço administrativo 24 horas por dia, onde é realizada a admissão do utente, e este aguarda até ser chamado à triagem. Além desta sala de espera existem mais 3 salas, duas no interior, sendo uma delas fechada usada para crianças/jovens com suspeita de infeção pelo coronavírus e que necessitem de maior vigilância e uma no exterior também para crianças/jovens com suspeita de infeção pelo coronavírus. As crianças/jovens são encaminhadas para a respetiva sala de espera pelo enfermeiro triador, e nela devem aguardar até serem chamadas pelo médico. Existem também dois gabinetes de triagem, sala de emergência, cantinho de amamentação, sala de pequena cirurgia, sala de enfermagem, sala de observações (OBS) com um quarto de isolamento, sala de OBS Covid também com um quarto de isolamento e diversos gabinetes médicos Covid e não Covid.

Em OBS e OBS Covid permanecem doentes que necessitem de vigilância clínica e realização de exames complementares de diagnóstico, podendo permanecer até 24h, posteriormente ou têm alta ou são internados efetivamente. As crianças/jovens são acompanhadas por um dos pais ou representante legal, estes apenas realizam teste Covid se a criança/jovem necessitar de internamento.

Do SUP faz parte uma equipa multiprofissional, constituída por enfermeiros generalistas e especialistas, assistentes operacionais, administrativos, seguranças, médicos de diferentes especialidades (pediatria, ortopedia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outros), sendo os pediatras provenientes de diferentes hospitais da região. A equipa de enfermagem é composta por oito elementos por turno, pelo menos, encontrando-se estes distribuídos pelas diferentes áreas. Assim, dois enfermeiros ficam responsáveis pela triagem, dois enfermeiros em OBS e dois em OBS Covid a cuidar das crianças que lá se encontram, dois enfermeiros na sala de tratamentos e apoio aos gabinetes médicos, ficando um destes elementos com a função de coordenação. O elemento que assume esta função é EESIP.

O terceiro e último contexto de estágio decorreu de 5 de março de 2021 a 30 de março de 2021, numa Unidade de Cuidados Intermédios / Intensivos Neonatais (UCIN) da região norte. Este serviço dispunha, então, de 17 vagas, divididas entre cuidados intensivos, com a lotação aproximada de nove incubadoras/berços, e intermédios com a lotação

aproximada de oito incubadoras/berços, existindo duas unidades de isolamento. Dado que se trata de uma unidade de cuidados intensivos, o espaço físico do serviço é aberto e amplo. Contudo, possui uma sala enfermagem para a preparação da medicação, um gabinete médico e uma sala de sujos. De apoio aos pais, e antes de entrar no espaço onde se encontram os berços e incubadoras, o serviço disponibiliza uma pequena sala com um sofá e frigorífico e uma casa de banho. No serviço propriamente dito, as mães têm ao seu dispor um “Cantinho da Amamentação” com uma bomba extratora de leite elétrica, kits de extração e um frigorífico. Relativamente à equipa multidisciplinar, esta é composta por enfermeiros, médicos, internos da especialidade, psicólogos e assistentes operacionais.

A equipa de enfermagem é composta por vários EESIP e generalistas. Relativamente ao rácio de enfermeiros por turno, este é composto por sete enfermeiros. Em cuidados intensivos cada enfermeiro é responsável por um a dois RN e em cuidados intermédios três a quatro RN, existindo rotatividade dos enfermeiros pelas várias unidades, de forma a todos contactarem com os cuidados intermédios e intensivos.

Cada unidade possui todo o material necessário, estando equipada com monitor cardiorrespiratório e de oximetria, máquinas e seringas perfusoras e com material necessário para os cuidados ao RN. Os ventiladores encontravam-se montados, e as incubadoras preparadas a receber um RN, o que facilita a prestação de cuidados rápidos e eficientes. É ainda de salientar a preocupação dos enfermeiros relativamente à troca de filtros do ventilador, das traqueias, dos sistemas de infusão, sondas, incubadoras e berços.

Relativamente ao regime de visitas, os pais tinham acesso alternadamente à unidade durante as 24 horas, após testarem negativo para Covid-19, porém, devido à inexistência de condições para permanecerem durante o período noturno, normalmente não permaneciam na unidade. São disponibilizadas batas para os mesmos, devendo à entrada proceder à higienização e desinfeção das mãos.

4. Competências, Objetivos, Atividades e Reflexão Crítica

No âmbito do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a realização do estágio revelou extrema importância, na medida em que foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais. Deste modo, a componente de estágio, possibilitou-me contactar com diferentes realidades, permitindo um aperfeiçoamento constante.

De forma a demonstrar a aquisição do processo de desenvolvimento de competências definidas para a unidade curricular do plano de estudos do curso, estas foram agrupadas em 4 domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Investigação, Gestão e Formação. Para cada um destes domínios foram associados os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas em estágio para a sua concretização, bem como a sua fundamentação teórica e reflexão.

4.1 Domínio da Prestação de Cuidados

Todas as crianças têm o direito de gozar do melhor estado de saúde possível, desde o nascimento até à idade adulta. Assim para um bom desenvolvimento quer a criança saudável, quer a doente necessitam de diversos profissionais de saúde, sendo o EESIP uma referência. O alvo de trabalho do EESIP é a criança/jovem e família, não sendo possível cuidar da criança/jovem descurando o contexto em que está inserida.

Neste subcapítulo, de forma a demonstrar a aquisição das competências, no domínio da prestação de cuidados, encontram-se agrupadas as competências a desenvolver, os objetivos e as atividades que lhes permitiram dar resposta.

Competências:

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

Objetivos:

- Conhecer a estrutura física e dinâmica de funcionamento dos diferentes contextos de estágio;
- Desenvolver uma relação profissional com a equipa multidisciplinar.

Atividades:

- Realizei visita guiada nos diferentes contextos;
- Consultei o guia de acolhimento ao aluno;
- Consultei as normas e os manuais;
- Estabeleci uma relação empática com a equipa;
- Prestei cuidados com a equipa multidisciplinar.

Reflexão:

A integração numa equipa exige o conhecimento e compreensão de todas as dinâmicas de funcionamento do serviço, deste modo, este estágio constituiu um desafio, pois tive que me integrar em novas equipas para alcançar os objetivos específicos que delineei, sempre com o foco de aprofundar as competências que já possuía e de adquirir novas.

O processo de integração do enfermeiro visa a adaptação a um conjunto de práticas, este é um processo interativo e dinâmico, envolvendo todo o pessoal que desempenha funções no serviço (Silvestre M. C., 2012b).

Nos diferentes contextos de estágio fui acolhida pelas enfermeiras-chefes e pelos enfermeiros tutores, que me apresentaram toda a equipa presente e me fizeram uma visita guiada à instituição/serviço. Foi-me também informado de uma forma sucinta a dinâmica e funcionamento dos serviços e facultado o guia de acolhimento ao aluno, normas e protocolos, horários, bem como alguns folhetos informativos. Desta forma desde o início do estágio consegui ter uma visão geral dos contextos e adequar a minha prática.

Além de uma boa receção, considero ter tido uma boa integração, que para tal contribuiu toda a equipa e em particular, os enfermeiros tutores, tendo estes um papel facilitador na

minha aprendizagem, criando as condições ideais para eu atingir os objetivos previamente delineados.

Os diferentes contextos de estágio proporcionaram-me momentos de reflexão e análise de situações, alguns dos quais com os elementos da equipa de enfermagem, equipa médica, assistentes operacionais e outros técnicos.

Ao longo do estágio verifiquei que existe cooperação e partilha de ideias entre as equipas, sendo notório na UCC, pois as ideias/sugestões são discutidas e desenvolvidas em equipa. Neste âmbito tive a oportunidade de participar e intervir nas reuniões de equipa de saúde escolar, onde as intervenções aplicadas na comunidade têm por base um processo de planeamento, no qual é efetuada a identificação de necessidades, definição de prioridades, desenvolvimento das ações e avaliação de processo (DGS, 2015). Estas reuniões realizaram-se não só entre pares, mas em equipa multiprofissional, com professores, nutricionista, higienista oral, psicólogo e assistente social. Considero que a possibilidade de participar nestas reuniões foi importante para a minha integração, pois através delas compreendi, *in loco*, como é efetuado o planeamento, execução e avaliação das intervenções na comunidade escolar em equipa multiprofissional.

No contexto da USF pude constatar a existência de uma relação muito próxima entre a equipa, existindo uma coordenação exemplar e eficaz entre os elementos que a compõem. As consultas de saúde infantil e juvenil são programadas de acordo com a agenda do enfermeiro de família e médico de família, não havendo dia ou hora pré-definidas. A criança é observada pelo enfermeiro e logo após pelo médico, no mesmo gabinete, evitando a exposição da criança em dois momentos, sendo mais cómodo para a criança e família, rentabilizando o tempo e discutidos no momento e em equipa os cuidados adequados á criança e família. Neste âmbito tive a oportunidade de efetuar consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil com o médico e enfermeiro tutor. O trabalho em equipa é essencial para responder à complexidade dos problemas atuais e às necessidades em saúde (DGS, 2013).

No contexto do SUP consegui compreender o percurso da criança/jovem e família desde a admissão até à sua alta ou transferência. A triagem é primordial para dar a resposta adequada em tempo útil. Após a triagem a criança/jovem é encaminhada para a sala de

espera, posteriormente para o gabinete médico e de enfermagem, caso necessário, e por fim a alta ou a orientação para OBS, intensivos, internamento médico ou cirúrgico ou bloco operatório. Os enfermeiros estavam distribuídos pelas diferentes áreas, contudo verifiquei que existe proximidade e entreaajuda entre a equipa, estando os profissionais sempre disponíveis para se apoiarem. Esta caraterística sobressai nos cuidados prestados na sala de emergência, onde todos exercem as suas funções, complementando-se. Compreender o funcionamento e dinâmica do SUP, bem como, conhecer a equipa foi benéfico para o desenrolar do estágio, por tornarem diminutos os meus níveis de ansiedade e de stress.

O serviço de Neonatologia constituiu um grande desafio especialmente na área de cuidados intensivos, contudo, apesar do curto período de estágio, consegui perceber a dinâmica do serviço e integrar-me na equipa, tendo verificado que existe uma grande proximidade entre a equipa multidisciplinar. Para demonstrar um pouco esta proximidade entre a equipa revelo que fui abordada em diferentes ocasiões pela equipa médica para dar e receber informações acerca do estado dos neonatos. Estes momentos, entre outros que partilhei, permitiram-me sentir integrada na equipa.

O conhecimento de um serviço quanto à sua estrutura e dinâmica é de extrema importância para a rentabilização e maximização de um estágio. Para a concretização deste objetivo foi determinante a observação da dinâmica do serviço assim como o contato com os equipamentos. As conversas informais com os enfermeiros orientadores e com as equipas foram também indispensáveis para a minha integração e aprendizagem.

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 cultura;
- Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências de comunicação com a família da criança em situação crítica;
- Desenvolver competências de comunicação com a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento nos diferentes contextos.

Atividades:

- Fiz uso de linguagem adaptada ao nível cognitivo e sociocultural da criança e família;
- Estabeleci uma relação empática e de interajuda, escutando a criança e família;
- Comuniquei com a família em situação crítica;
- Respeitei as crenças e cultura da criança e família.

Reflexão:

A comunicação é uma das principais habilidades que o enfermeiro deve deter ao cuidar da criança, pois esta constitui um elo de ligação entre a criança, família e o enfermeiro. Esta ligação que o enfermeiro estabelece é essencial para que a criança e família sintam segurança, confiança e tranquilidade (Martinez, Tocatis, & Souza, 2010).

Segundo (Hockenberry & Wilson, 2014) o enfermeiro deve possuir capacidades de comunicação efetiva com os pais, capacidade de escuta e de empatia para o estabelecimento de relações de confiança, transmitindo segurança e tranquilidade necessárias para a prestação de cuidados. Para o mesmo autor a comunicação eficaz, onde está incluída a verbal e a não verbal, permite a exposição aberta e confiante das preocupações dos pais, crianças e jovens, tornando-se importante para a prestação de cuidados de qualidade.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas e habilidades de adaptação da comunicação

no relacionamento com a criança, jovem e sua família, devendo utilizar técnicas adequadas á idade e estágio desenvolvimento, bem como respeito pelas suas crenças e cultura (OE, 2010b).

Torna-se assim essencial que o EESIP tenha em atenção a forma como comunica com a criança/jovem e família de forma vincular uma relação terapêutica. O primeiro contato com a família e a criança/jovem é fulcral para o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança.

Deste modo ao longo dos diferentes contextos de estágio tive como foco o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança e família, respeitando sempre as suas crenças e cultura, uma vez que cada pessoa é única. Para tal, em face da avaliação do estágio de desenvolvimento da criança/jovem usei as técnicas mais adequadas a cada situação. Assim fiz uso da comunicação verbal, não verbal e de brincadeiras de forma a criar uma relação empática. A brincadeira é essencial na comunicação com a criança, pois esta é a linguagem universal delas, constituindo também um dos mais importantes meios de comunicação e de aprendizagem promotores do desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo, de autoconhecimento e moral (Batista, Videira, Ramos, & Costa, 2004), diminuindo o sofrimento e promovendo a cooperação da criança quando usada de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança (Dias, Silva, Freire, & Andrade, 2013), assim durante o estágio pude constatar a eficácia do uso das brincadeiras e dos brinquedos durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (VSIJ), quer na execução de intervenções.

As consultas de VSIJ que tive a oportunidade de observar e participar são uma ocasião importante para a estimulação de comportamentos promotores de saúde, utilizando uma comunicação adaptada à criança/família em consulta.

A diversidade de situações, de crianças e famílias que o SUP recebe exigiu que a comunicação estabelecida fosse diversificada. Na triagem por vezes os pais não escutam o enfermeiro, pois querem que o seu filho seja atendido pelo médico o mais rapidamente possível. O pouco tempo que o enfermeiro triador se encontra com a criança/jovem e família também dificulta o processo de comunicação, contudo o EESIP deve possuir essa capacidade, para orientar a entrevista, uma vez que as informações recolhidas no

momento da triagem são essenciais para determinar o nível de gravidade da situação. Deste modo, no decorrer do estágio e enquanto exerci as funções de enfermeiro triador segui as orientações da triagem canadiana, esta indica que o enfermeiro nestas funções deve focar-se nas informações necessárias, encorajar o diálogo através do contacto visual e expressões faciais, usar palavras chave, formular perguntas abertas para obter informações sobre os sintomas e perguntas diretas para obter informações mais específicas, clarificar algumas das informações, resumir e terminar a comunicação, e acima de tudo, ouvir com empatia. Este primeiro contato do enfermeiro com a criança/jovem e acompanhante é de extrema importância para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, pois existem evidências que demonstram a correlação entre a experiência durante a triagem inicial e a satisfação em relação a todo o serviço de urgência (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013).

Neste contexto pude vivenciar situações em que a criança/jovem face à situação crítica fica ansiosa (OE, 2015a), tornando-se ainda mais importante uma comunicação adequada, uma vez que este evento, assume por vezes dimensões catastróficas, sendo uma experiência traumática vivida pela criança/jovem e família. Assim tive a oportunidade de comunicar adequadamente com a díade, escutando os medos e angústias, fornecendo privacidade e de oportunidade de participar nas decisões.

A situação mais marcante que vivi no SUP e que me despertou sentimentos de angústia e tristeza, foi a de uma criança a quem foi diagnosticada uma leucemia, após ter dado entrada com um exantema cutâneo. A comunicação desta notícia foi dada aos pais, no turno anterior, pela equipa médica, contudo durante o turno foram várias as vezes em que foi necessário prestar cuidados e comunicar com os pais e a criança. A criança apesar do cansaço e do sono pedia constantemente para ir para casa... e os pais encontravam-se desolados, contudo respondiam: “quando estiveres bom”. O silêncio reinou dentro daquele quarto de isolamento, sendo este provavelmente um dos momentos mais difíceis da minha vida profissional.

A transmissão de más notícias é uma realidade incontornável na prática de enfermagem, sendo uma das áreas mais difíceis e complexas de desenvolver na relação interpessoal, tornando-se ainda mais complexa no contexto de pediatria, pois envolve a criança e sua

família (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & C., 2020). A decisão de quem comunica a má notícia devia depender da relação do doente/família com a equipa, sendo que o ideal seria que recaísse sobre a pessoa em quem o doente/família mais confiam. Esta função recai muitas vezes no enfermeiro, por este ter um contacto prolongado e privilegiado com o doente e família. Todavia, essa escolha depende também da própria cultura institucional e da existência de guidelines (Ferrel & Coyle, 2010), citado por (Santos, 2017).

A forma como é transmitida a má notícia poderá ter impacto no decurso da doença, sendo importante para a criança/jovem doente e família que a notícia desfavorável seja dada por um profissional de referência e de proximidade, que dê suporte contínuo no período subsequente ao diagnóstico (Apolónia, et al., 2018). Uma vez que, a criança supracitada, foi transferida para outra unidade hospitalar, não foi possível o acompanhamento pelos mesmos profissionais de saúde, contudo enquanto permaneceu em OBS manteve uma comunicação honesta, empática e objetiva, visando potencializar melhores efeitos na criança e família (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & C., 2020). Estes autores referem ainda a importância de “quebrar” o silêncio, de não serem dadas falsas informações à criança e destacam o direito da criança em ter conhecimento acerca do seu estado de saúde (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & C., 2020).

Para estabelecer uma comunicação adequada, no início do turno ou quando dava entrada alguma criança/jovem e família apresentei-me, perguntei como a criança/adolescente e acompanhante gostavam de ser tratados e através da observação e/ou questões obtive conhecimento acerca das áreas/temáticas/brinquedos de interesse das crianças/jovens. O uso do brinquedo terapêutico, seja das próprias crianças ou improvisados a partir de material de uso clínico, promove o bem-estar da criança, permitindo aliviar a ansiedade decorrente da hospitalização e em particular da realização de procedimentos mais dolorosos, favorecendo o relaxamento, o conforto e o estabelecimento de uma melhor interação entre crianças, familiares e profissionais (Marques, Silva, Cruz, & Souza, 2015). As brincadeiras são consideradas a linguagem universal das crianças, logo esta é uma das formas mais importantes para comunicar com elas. Desta forma, fiz uso de brincadeiras espontâneas e direcionadas (Hockenberry & Wilson, 2014), possibilitando à criança tocar em instrumentos hospitalares como o estetoscópio, seringas, luvas ou compressas e o jogo simbólico, como a “administração de medicação” aos bonecos da

própria criança. Na minha perspectiva esta interação favoreceu a comunicação e permitiu que a criança experimentasse alguns dos procedimentos que irá vivenciar, aumentando a compreensão e participação da criança ((Moreno, Magalhães, Souza, & Silva, 2003) citado por (Mendonça, 2015)).

A doença e a hospitalização de um filho despertam nos pais dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade (OE, 2015a), mas quando se trata de um RN é exigida uma capacidade de enfrentamento e adaptação da família que envolve muitos aspectos emocionais, socioeconômicos e culturais, estes desencadeiam sentimentos, comportamentos e atitudes que se repercutem na vida familiar. Deste modo, o apoio dos enfermeiros neste processo de enfrentamento é de extrema importância. De acordo com (Silva, Barroso, Abreu, & Oliveira, 2009) o apoio dos profissionais de saúde aos pais traduz-se principalmente pelas palavras positivas, pelo saber o que falar e como falar em situações adversas. Considerando o mesmo autor que comunicar com os pais é essencial (Cardoso A. C., 2010) (Silva, Barroso, Abreu, & Oliveira, 2009), pois para além de contribuir para o estabelecimento de uma relação de confiança, eles sentem-se apoiados (Silva, Barroso, Abreu, & Oliveira, 2009). A comunicação permite que os pais, ou os responsáveis legais, sejam informados e ensinados sobre os cuidados à criança doente para que possam decidir, acerca do seu envolvimento e participação nos cuidados (Cardoso A. C., 2010). Deste modo, no contexto de neonatologia tive a oportunidade de comunicar com os pais, expliquei os procedimentos que realizava, realizei ensinamentos, proporcionei momentos de interação com o RN e dei espaço para que exprimissem as suas dúvidas e receios, respeitando as suas crenças e cultura.

É fundamental que o enfermeiro esteja desperto e compreenda as diferenças e as influências culturais das famílias, pois quanto melhor conhecer os valores, os costumes e as crenças das famílias e como obter essa informação, mais apto será na satisfação das suas necessidades, conquistando a sua cooperação e confiança (Hockenberry & Wilson, 2014). Uma das situações que presenciei foi a de um RN, em risco de vida, em que os pais foram informados da possibilidade de Batizar o bebé, caso essa fosse a sua vontade. Esta é uma situação comum, atendendo em que vivemos numa sociedade maioritariamente católica, contudo os pais recusaram, o que foi respeitado sem qualquer

juízo. O serviço religioso prestado pelo hospital garante a assistência espiritual a todos os doentes e famílias, qualquer que seja a sua opção religiosa.

O RN comunica através do choro, expressões faciais e corporais, sendo essencial que o enfermeiro seja capaz de interpretar estas manifestações de forma a dar uma resposta assertiva, o que constituiu um grande desafio. Ao longo do estágio tive a possibilidade de usar a comunicação verbal e não verbal com o RN. A comunicação não verbal com o RN foi estabelecida através do toque e sempre que executei procedimentos, pois estes exigem aproximação e com esta ocorre o ato de tocar para cuidar. Quando os procedimentos são considerados como parte da relação de cuidado com o RN e como uma oportunidade de interação, passam a ser percebidos como uma dimensão da comunicação (Mendes & Bonilha, 2003). Estes autores consideram o contato físico como sendo provavelmente o meio de comunicação que o RN entende melhor, contudo também fiz uso da comunicação verbal, apesar de ter conhecimento que o RN não tem capacidade de compreensão este possui sentido de audição, assim com um tom de voz baixo e calmo falei com o RN.

Comunicar efetivamente com o RN implica um “olhar atento, escuta sensível, olhar habilidoso, mãos que acalentam e foco naquele ser que necessita ser cuidado e para isso necessita ser compreendido em sua integralidade, para que cuidar seja mais que um ato mas também uma intenção de contribuir para sua recuperação e desenvolvimento” (Isidoro, 2014).

Apesar da minha experiência profissional comunicar em situações tão complexas constituiu-se um desafio. Contudo, considero ter demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família, bem como no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

É impossível não comunicar, sendo que toda a comunicação possui consequências. Neste sentido, é importante que o enfermeiro tenha consciência que os seus comportamentos terão impacto nos seus utentes e restante equipa de saúde (Nunes J. M., 2010).

Competências:

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

Objetivos:

- Desenvolver competências de diagnósticos, intervenções e avaliação de enfermagem que possibilitem uma assistência especializada à criança/adolescente e família;
- Desenvolver conhecimentos na utilização do sistema de registo dos cuidados de enfermagem;
- Prestar cuidados centrados na família, tendo por base o modelo de parceria de cuidados;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN, tendo por base a filosofia do “Newborn Developmental Care and Assessment Program” (NIDCAP).

Atividades:

- Envolvi sempre que possível os pais nos cuidados;
- Efetuei diagnósticos, intervenções e avaliação da assistência prestada, reformulando quando necessário;
- Prestei cuidados de enfermagem especializados à criança e família tendo por base a filosofia do NIDCAP;
- Participei no processo de admissão, transferência e regresso a casa;
- Efetuei registos das intervenções realizadas utilizando os instrumentos de registo existentes.

Reflexão:

Para o EESIP o alvo dos seus cuidados é a criança/jovem e família (OE, 2018b) logo não faz sentido pensar nos cuidados de enfermagem à criança sem envolver os pais como

parceiros nos cuidados. A parceria de cuidados requer que ocorra uma negociação entre o enfermeiro e os pais (OE, 2015a) e que haja respeito pela tomada de decisão destes (Mendes & Martins, 2012).

A parceria de cuidados “caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação” (Gottlieb & Feely, 2005), citado por (Mendes & Martins, 2012).

No decorrer do estágio a prestação de cuidados à criança/jovem e família em parceria, constituiu um alicerce da prática, sendo o serviço de neonatologia, o contexto onde pude desenvolver mais as minhas competências neste âmbito. Face à complexidade do RNPT (recém-nascido pré-termo) os cuidados pelos pais ao neonato decorreram de forma progressiva, sendo estes envolvidos nos cuidados de conforto, alimentação e higiene assim que o RNPT se encontrava estável. Esta parceria com os pais não requer uma igual distribuição dos cuidados nem impõe limites à participação dos pais, a definição dos limites decorre, apenas, da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e enfermeiros (Casey, 1993), citado por (Lopes, 2012). De fato, este modelo tem por base a negociação, assentando no valor da igualdade entre pais e enfermeiros. Uma vez implementado, este processo valoriza uma dinâmica colaborativa no planeamento dos cuidados (Alves, Amendoeira, & Charepe, 2017).

À luz desta teoria durante a realização do estágio dialoguei com os pais para perceber o que eles queriam e/ou podiam fazer, de forma a promover o bem-estar da criança e seus pais. Esta negociação entre pais e enfermeiros é muito valorizada pelos pais (Mendes & Martins, 2012). Estes são os melhores aliados dos enfermeiros, pois apresentam competências inatas para cuidar dos seus filhos. Neste sentido, as intervenções foram planeadas englobando a família e considerando-a como um participante ativo no processo de cuidar do seu filho (Lopes, 2012). Mendes e Martins refere ainda que quando existir uma tentativa de dominar o outro, a parceria de cuidados torna-se impraticável (Mendes & Martins, 2012).

Ser EESIP implica cuidar não só da criança, mas dela e sua família, tornando-se parceiro dela. A família não pode ser esquecida, pois esta também necessita de ser cuidada para que possa cuidar e contribuir para a recuperação da criança (Lopes, 2012).

A doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam medo, tristeza, angustia, ansiedade, incertezas e mudanças, tornando-se numa situação difícil e desgastante (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018) o que pode dificultar a adaptação à parentalidade (OE, 2015a). Por vezes a hospitalização da criança implica uma crise de identidade parental, pois os pais não reconhecem o que podem ou não fazer, e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam, sendo responsabilidade do EESIP promover a adaptação dos pais a esta realidade (OE, 2015a). O processo de transição parental tem consequências ainda mais negativas quando se trata de um RN prematuro, com necessidade de internamento numa UCIN, pois os pais veem a sua capacidade limitada, com perda de controlo da sua vida familiar e do poder parental. Este acontecimento provoca uma crise cognitiva, física e emocional nos pais, o que pode provocar nos mesmos, sentimentos de culpa, medo, incerteza, solidão, aflição, frustração das fantasias parentais, perda de confiança no próprio filho, assim como do seu papel de pais (Cruz, 2005; Sousa, Araújo, Carvalho & Silva, 2009) citados por (Cardoso S. M., 2016).

Em Portugal, a taxa de prematuridade tem vindo a aumentar, assim como a sobrevivência dos prematuros nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas (Portaria nº76/2018 de 14 de Março, 2018), esta é das principais causas de admissão de recém-nascidos nas UCIN, encontrando-se conotada de significados negativos pelos riscos e incertezas que lhes estão inerentes. A realidade na UCIN é completamente diferente, face à preocupação acrescida que estes RN acarretam, a nível motor, cognitivo e também psicoafetivo. Estes RN necessitam de cuidados ainda mais específicos e minuciosos.

Ao longo deste contexto percebi que o facto de um bebé nascer antes do previsto ou com alguma patologia é de difícil aceitação por parte dos pais, pois é um acontecimento inesperado, diferente do que fora idealizado durante a gravidez. Isto torna o EESIP fundamental para que a transição ocorra de uma forma saudável. O enfermeiro deve ter

uma visão aprofundada e atualizada de conhecimentos científicos, de forma a prestar cuidados de excelência.

Os cuidados prestados ao RN na unidade de Neonatologia são orientados com base na filosofia de cuidados do programa NIDCAP® (Newborn Developmental Care and Assessment Program). Este programa é uma forma integrada e holística dos cuidados de desenvolvimento centrados no bebê e na família (Guimarães, 2015).

As experiências sensoriais na UCIN são negativas para o desenvolvimento cerebral dos RN pré-termo, pois o seu cérebro é imaturo e vulnerável, principalmente a nível de ruído, luz e intervenções. As UCIN devido á panóplia de equipamentos, e às próprias atividades desenvolvidas acarretam ruído, que tem sido correlacionado com hemorragias intracranianas. Os cuidados de enfermagem como a avaliação de sinais vitais, posicionamento do RN, monitorização do peso, troca de fraldas estão associados a períodos de baixa de saturação de oxigénio e de elevação da pressão intracraniana A luz intensa também esta descrita como um elemento perturbador do ciclo de sono (Hockenberry & Wilson, 2014).

O papel do NIDCAP é minimizar este impacto e promover ou facilitar os aspetos que o influenciam positivamente (Guimarães, 2015). Com base neste programa ao longo do estágio no serviço de neonatologia tive a oportunidade, in loco, de observar e colocar em prática algumas estratégias.

Durante o estágio no serviço de neonatologia os cuidados de enfermagem que prestei visaram respeitar o RN, sendo os cuidados agrupados de forma a evitar uma manipulação excessiva, observando atentamente os sinais fisiológicos e comportamentais do RN; respeitando os ciclos de sono e de vigília, sendo as luzes apagadas durante a noite e cobrindo as incubadoras durante o dia; Preveni e aliviei a dor, administrando analgesia antes da manipulação e fiz uso da sucção não nutritiva; Geri o ambiente, falando em tom de voz calmo e baixo quando me aproximava do berço/incubadora, de forma a anunciar a minha presença e posteriormente colocava a mão sobre o bebê; quando era necessário usar um foco de luz protegi os olhos do bebê; usei medidas de conforto, como posicionamentos adequados com recurso ao ninho, peguei no RN de forma contida; recorri a técnicas facilitadoras da autorregulação e organização (contenção e sucção não

nutritiva). O envolvimento com manta, a nidificação e a contenção diminuem o stress fisiológico e comportamental durante os procedimentos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Sempre que os pais estavam presentes proporcionei oportunidades para que pudessem participar nos cuidados, promovi a amamentação e a vinculação.

A preparação do regresso a casa do RN e família neste contexto foi também uma atividade relevante que desenvolvi. Assim, a alta foi planeada ao longo do internamento, não sendo um acontecimento isolado, mas um processo que envolve os pais e os profissionais de saúde. A preparação para a alta iniciou-se desde o momento da admissão, com a identificação das necessidades, o planeamento e a execução das atividades. Estas intervenções são no âmbito do informar, ensinar, instruir e treinar e visam a autonomia da família para a continuidade dos cuidados no domicílio. Este processo de planeamento da alta é considerado fundamental para que no domicílio as necessidades do RN sejam satisfeitas de forma adequada (OE, 2010a).

O serviço de neonatologia dispõe de uma checklist que aquando da alta é verificada. Esta contempla as intervenções que se realizaram, tais como: a entrega do boletim individual de saúde e do boletim de vacinas, registo do diagnóstico precoce, o teste da cadeira de transporte e acerca dos cuidados ao RN. Este documento permite uniformizar os cuidados e evitar possíveis falhas neste processo da alta.

É pertinente realizar o teste da cadeira de transporte, bem como ensinar e treinar os pais a colocar o bebé na mesma, uma vez que pode ser necessário ajustá-lo com colocação de “rolos”, que estabilizem o pescoço e a cabeça, garantindo um transporte seguro.

A utilização da CIPE no decorrer do estágio permitiu sistematizar focos de atenção de enfermagem relacionados com a intervenção na criança/jovem e família. Esta ferramenta é uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e basear a sua prática em evidências e uma oportunidade para a comunidade melhorar a sua saúde (Silvestre M. C., 2012a).

O sistema de informação informatizado SClínico® foi usado nos diferentes contextos, contudo também tive a oportunidade de efetuar registos de enfermagem no J'One®, no contexto do SUP, e no BSimple®, na Unidade de Neonatologia. Assim efetuei registos

nestes sistemas da avaliação inicial, processo de enfermagem, sinais vitais, notas de alta, crescimento e desenvolvimento infantil, etc. Os dados foram obtidos através de entrevista com a criança/jovem e família e com a observação. No decorrer do estágio identifiquei, analisei e interpretei os resultados obtidos, fazendo uma reformulação quando necessário, de forma a prestar cuidados de excelência.

Competências:

- Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP:
- Planeia e executa intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados.

Objetivos:

- Desenvolver competências no apoio ao desempenho e à transição da parentalidade;
- Desenvolver competências no âmbito dos cuidados antecipatórios;
- Desenvolver competências de Educação para a Saúde à criança/jovem e família.

Atividades:

- Apoiei e promovi a parentalidade;
- Realizei consultas de VSIJ com base nos parâmetros definidos no PNSIJ;
- Vacinei as crianças e jovens de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV);
- Planeei a AES com o tema: “Atividades Promotoras do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida”;
- Colaborei na realização da AES no âmbito da Saúde Escolar.

Reflexão:

A parentalidade é um dos temas de saúde bastante pertinentes na sociedade atual e segundo a (OE, 2015a) provavelmente a questão de saúde pública mais relevante que a sociedade defronta. É responsabilidade do EESIP promover a adaptação para a parentalidade em todas as dimensões, pois os pais são os melhores cuidadores da criança.

Ser pai/mãe representa um enorme desafio que implica mudanças a todos os níveis, nomeadamente mudança de papéis e modificação dos relacionamentos anteriores. A entrada de um novo elemento na família acarreta não só responsabilidades financeiras, mas também mudança de hábitos, o que pode constituir uma crise na relação do casal (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta é possivelmente a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta (Cruz O. , 2005), citado por (OE, 2015a)). Este desafio não é só para os pais, mas também para o EESIP, este é um elemento fundamental no apoio à transição dos papéis parentais, nem sempre fácil de vivenciar.

Os Cuidados de Saúde Primários são um meio privilegiado para a maximização da saúde e das suas potencialidades, pois o enfermeiro possui um conhecimento mais aprofundado do contexto onde se inserem a criança e família. Assim o EESIP a exercer funções nesta área tem o dever de promover um ambiente saudável para a maximização do potencial da criança e sua família.

Na verdade, os CSP, constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei nº28/2008), sendo o acesso aos CSP um dos direitos da criança (UNICEF, 2019). Neste contexto o EESIP tem um papel fulcral no apoio à parentalidade e o privilégio de trabalhar com a criança/jovem e família no seu próprio meio.

No contexto de CSP o meu percurso iniciou-se na UCC e posteriormente em USF, onde tive a oportunidade de realizar as Consultas de VSII, as quais cumprem o PNSIJ e é também aplicado o Plano Nacional de Vacinação (PNV). É uma competência do EESIP “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem” (OE, 2018b).

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (VSIJ) são realizadas pelos enfermeiros de família, estes encontram-se numa posição privilegiada, uma vez que, estão familiarizados com a história pessoal, familiar e social da criança e família. Este facto resulta num aumento de confiança entre o profissional e os elementos da família, o que considero ser bastante positivo na comunicação terapêutica, uma vez que, este já conhece previamente a família e acompanha as suas transições.

As consultas de VSIJ destinam-se à criança desde o nascimento até aos 18 anos de idade e têm como objetivos primordiais a promoção da saúde e a prevenção da doença (DGS, 2013). Estas são marcadas de acordo com as idades-chave da calendarização das consultas previstas no PNSIJ, que correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança/jovem, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade; e em harmonia com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde e sempre que o enfermeiro considere necessário (DGS, 2013).

Através destas consultas o enfermeiro além de avaliar o crescimento e desenvolvimento, tem oportunidade de promover hábitos de vida saudáveis, estimular a opção de comportamentos promotores de saúde, promover o papel parental adequado, apoiar as crianças/jovens e suas famílias e detetar e sinalizar situações de risco (DGS, 2013).

Deste modo, o acompanhamento do desenvolvimento psicomotor da criança/jovem torna-se um processo flexível, dinâmico e contínuo, efetuando-se em todos os encontros que o enfermeiro tem com a criança/jovem e família e não só nas idades-chave (DGS, 2013), realizando as consultas ‘oportunistas’, sempre que possível. Assim, no momento de consulta o Enfermeiro promove a saúde de toda a unidade familiar, possuindo conhecimento acerca da funcionalidade e necessidades da mesma. Para tal, é importante que o Enfermeiro mantenha uma relação de empatia e de ajuda com a família.

A avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de VSIJ é essencial, pois permite identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias (DGS, 2013). Durante estas consultas tive a oportunidade de observar e avaliar a dinâmica familiar, avaliar o crescimento físico e o desenvolvimento psicomotor

através da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan. Esta escala está preconizada no PNSIJ, sendo fiável, segura e de fácil utilização. Nestas consultas tive também a oportunidade de aplicar o PNV, este deve ser aplicado aproveitando todas as oportunidades para completar ou atualizar o esquema vacinal (DGS, 2020c). Durante o estágio pude constatar que o enfermeiro tem um papel fulcral na adesão e verificação do cumprimento do PNV, sendo necessário por vezes contactar telefonicamente os pais das crianças para remarcar as vacinas, estes muitas vezes não comparecem em situações de doença aguda, apesar de não ser uma contraindicação para a vacinação (DGS, 2020c).

A consulta de VSIIJ é importante na avaliação do desenvolvimento infantil, mas também constitui um meio fundamental de promoção de saúde e prevenção da doença, na qual se valoriza os cuidados antecipatórios que são transmitidos aos pais/cuidadores, conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (DGS, 2013).

O conhecimento dos pais/cuidadores sobre as características e necessidades próprias da infância, próprias do processo de desenvolvimento, melhora o desenvolvimento integral, pois os cuidados diários são os espaços de promoção do desenvolvimento infantil (Souza & Veríssimo, 2015).

O mesmo autor de fine desenvolvimento infantil como sendo

“... parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, que é constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento” (Souza & Veríssimo, 2015).

As consultas de VSIIJ que realizei permitiram-me desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento infantil e conferiram-me também a possibilidade de realizar cuidados antecipatórios, sendo abordadas temáticas importantes para o crescimento e

desenvolvimento da criança e do jovem, tendo em conta as necessidades identificadas nos pais e nas crianças, bem como as suas crenças e cultura. As necessidades que foram identificadas prenderam-se com aspetos relacionados com temáticas no âmbito da: higiene oral, amamentação, alimentação, sono, atividades promotoras do desenvolvimento, prevenção de acidentes, PNV e vacinas extraplano de vacinação e possíveis reações às vacinas. Estes foram os temas mais abordados, pois a maioria das consultas foram efetuadas a lactentes.

Os cuidados antecipatórios são de extrema importância, pois permitem a promoção da saúde e prevenção da doença, fornecendo aos pais conhecimentos necessários para melhorar o desempenho do seu papel parental e promover um desenvolvimento infantil harmonioso e seguro (DGS, 2013). Dotar os pais de conhecimentos, habilidades e atitudes, para um papel parental adequado é um dos desafios da enfermagem. Como tal, cabe ao enfermeiro e, em particular, os EESIP, ter um papel facilitador e promotor da parentalidade. Uma vez que quanto maior o nível de conhecimentos e habilidades dos pais, também maior será a probabilidade de estes proporcionarem um ambiente adequado ao crescimento e desenvolvimento infantil e de estarem mais atentos às necessidades da criança (Cardoso, Silva, & Marín, 2015).

Os cuidados antecipatórios assumem assim uma importância crucial através de um apoio efetivo aos pais no desempenho do seu papel, apoiando-os e compreendendo as suas dificuldades e preocupações, capacitando-os e otimizando as potencialidades da criança/jovem, de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento em que se encontram. Apesar da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 as consultas de VSIJ e o PNV continuaram a ser aplicados, contudo foram tomadas medidas de forma a conter a propagação do coronavírus. Assim, as consultas de VSIJ e a vacinação foram, sempre que possível, realizadas em consonância, o acompanhamento das crianças à consulta foi efetuado apenas por uma pessoa, os espaços higienizados após cada atendimento e os brinquedos e material didático utilizados foram desinfetados, tal como indica a DGS (DGS, 2020a).

Na UCC também tive a oportunidade de promover o desenvolvimento infantil e as competências parentais, quer no âmbito das NSE, quer ao nível da Equipa Local de

Intervenção (ELI). Neste âmbito destaco uma das situações em que intervimos na ELI. Face à situação da criança foi necessário a intervenção da EESIP, sendo esta fundamental para ajudar a mãe a adquirir e reforçar as competências parentais. Assim, tratava-se de uma criança de quatro anos, do género masculino, que apresentava um atraso global do desenvolvimento psicomotor, tinha efetuado desfralde com sucesso (há pouco tempo segundo a mãe), contudo a mãe esteve ausente cerca de duas semanas (internamento da mãe), ficando a criança ao cuidado da avó, havendo um retrocesso. Quando a mãe regressou a casa constatou que o menino apresentava incontinência urinária noturna.

A mãe da criança encontrava-se bastante frustrada com a situação, apresentando sentimentos de culpabilização, estando claramente esta situação a interferir com a dinâmica familiar. Esta situação era a principal preocupação da mãe, pelo que foram levantados os seguintes focos: Disponibilidade para aprender; Apoio à família e Papel Parental – Potencial para melhorar o conhecimento da mãe para tomar conta, estabelecidos diagnósticos e dadas estratégias à mãe telefonicamente para que esta reinicia-se o desfralde. A mãe desta criança demonstrou receptividade para colocar algumas das estratégias propostas em prática, tendo-se verificado também, ao longo da conversa, que esta tinha ficado mais tranquila. Posteriormente foi agendada uma reavaliação. O respetivo plano de cuidados, que permite uma sistematização da assistência realizada encontra-se em apêndice (Apêndice I – Plano de Cuidados).

O EESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em todos os contextos para promover o mais elevado estado de saúde, proporciona educação para a saúde, assim como reconhece e mobiliza recursos de suporte e apoio à família (OE, 2018b).

A educação para a saúde é uma área em que os enfermeiros necessitam de preparação e prática uma vez que envolve a transmissão de informação de acordo com os conhecimentos e capacidades da família e a sua vontade de ter informação (Hockenberry & Wilson, 2014). Todas as intervenções, sejam individuais ou em grupo, requerem um planeamento, permitindo que o profissional defina os objetivos, a população-alvo, os métodos, os recursos e a avaliação da mesma.

De forma a colmatar as necessidades da comunidade, abrangida pela UCC, foi planeada uma Ação de Educação para a Saúde (AES) com o tema “Atividades Promotoras do

Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida”. Esta temática, surge integrada no “Projeto de Competências Parentais”, já existente na unidade, sendo dirigida aos pais de lactentes já acompanhados no curso de preparação para o parto, naquela UCC, acreditando que pode ter um forte impacto no apoio e promoção de competências parentais.

A AES “Atividades Promotoras do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida” (Apêndice II) teve como objetivos principais capacitar os pais de conhecimentos que proporcionem um adequado desenvolvimento do bebé e promover a adoção de estratégias facilitadoras do desenvolvimento físico, emocional, social e intelectual da criança no primeiro ano de vida. Deste modo, foi planeada uma sessão em PowerPoint (Apêndice II) que pode ser executada na modalidade à distância. Esta modalidade foi selecionada uma vez que nos encontrávamos num período de confinamento, devido à Covid-19, estando os ajuntamentos desaconselhados.

Devido a este período de confinamento e a diversas intercorrências que aconteceram ao longo do estágio não foi possível concretizar a AES planeada, todavia, todo o trabalho relativo ao seu planeamento foi concretizado, tornando a mesma disponível para ser utilizada pela equipa da UCC, assim que seja retomada a atividade “normal”. Foi com alguma frustração que vi gorada esta oportunidade de aperfeiçoamento de competências. Previa que esta AES fosse um momento de partilha de experiências entre pais.

Durante este estágio, tive também a oportunidade de assistir a duas AES concretizadas na modalidade à distância. A primeira acerca das doenças mais comuns no primeiro ano de vida e a segunda acerca da massagem infantil. Estas atividades de educação parental encontram-se inseridas num Projeto de Enfermagem para a Parentalidade – Curso Pós-Parto, estando a ser iniciada a sua dinamização pelas EESIP da UCC.

A massagem infantil tem como principal objetivo promover o toque e a comunicação, facilitando a ligação pais e bebés, para além do alívio de cólicas e de relaxamento promove o fortalecimento da vinculação pais e filho e a interação da criança com os pais e o meio.

Estas AES além de capacitar os pais e/ou cuidadores no processo de desenvolvimento saudável da criança, criam momentos e oportunidades de partilha de ideias, experiências,

medos, receios e esclarecimento de dúvidas, potenciando as competências parentais, contribuindo para a transição parental adequada e o despertar para adoção de comportamentos saudáveis. Apesar da modalidade à distância, os pais intervieram ao longo da AES, expondo as suas dúvidas e sendo incentivados a participar através de questões abertas, tais como: “Qual o sentimento quando pensam no vosso filho doente? Algum dos papás já recorreu ao serviço de urgência? Porquê?”.

Numa altura em que os pais pouco saem de casa, verifiquei que para a maioria aqueles encontros, se revelaram gratificantes não só pela aprendizagem, mas também pelo contato com outros pais.

Com base no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e seus princípios colaborei nas ações de educação para a saúde em meio escolar, nomeadamente no que se relaciona com a temática da atualidade acerca do vírus SARS-COV2, e que se insere no âmbito do eixo estratégico “ambiente escolar e saúde”. Assim tive a oportunidade de acompanhar a minha enfermeira tutora em duas sessões, planeadas no início do ano letivo pela equipa da UCC. A saúde escolar é um meio privilegiado para a promoção da saúde, pois é a interação entre os ambientes e as pessoas que gera um padrão de saúde no indivíduo, na família, na escola e na comunidade (DGS, 2015).

Os Modelos de Educação para a Saúde têm sido alvo de alterações ao longo do tempo. Inicialmente a educação para a saúde era baseada no conceito de “prevenção”, associado ao modelo biomédico de “persuasão” do indivíduo para que este adquira-se um determinado comportamento. Era assim dado relevo à “culpabilização” do sujeito, e os objetivos eram externos ao indivíduo e independentes da sua vontade. Atualmente é defendido o conceito de “promoção”, que visa o encorajamento e uma atitude global de valorização da saúde, envolvendo o saber avaliar o estilo de vida, afastando-se a ideia de saúde como ausência de doença (Barros, 2003).

Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde conforme orientações da Organização Mundial da Saúde, numa parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação. O modelo vigente que é preconizado nas Escolas Promotoras da Saúde privilegia a tomada de decisão informada, a capacitação, a literacia para a saúde e a abordagem das competências de vida (DGS, 2015).

As AES que acompanhei e colaborei no âmbito da saúde escolar foram dirigidas a alunos de uma escola E.B. 2/3 a alunos do 5º e 6º anos, com idades compreendidas entre os 10 e 12 anos. Estas ações visam esclarecer os alunos acerca dos conceitos do vírus SARS COV 2 e COVID-19, elucidá-los acerca de como se processa a transmissão do vírus, os comportamentos a ter em caso de isolamento e as estratégias a adotar para prevenir o contágio (técnica correta de lavagem e desinfecção das mãos; uso correto da máscara; regras de etiqueta respiratória). Para estas sessões recorreu-se ao uso de uma apresentação Powerpoint, vídeos e de alguns materiais (máscaras, desinfetante) sendo usado um método expositivo, interativo e demonstrativo. Durante as sessões os alunos mostraram-se bastante interessados e participativos, fazendo algumas questões pertinentes. Apesar de não ter sido efetuada uma avaliação da AES, penso que os alunos após a intervenção ficaram mais sensibilizados para esta temática e com a consciência de quão importante é a adoção de comportamentos que previnam a disseminação do vírus, tendo também ficado com a perceção, com base na reação dos alunos, que a avaliação foi positiva.

Estas AES na comunidade escolar proporcionaram-me uma vivência bastante interessante e enriquecedora, pois foi a primeira vez que estive em contato com os jovens no seu ambiente escolar de sala de aula. Os alunos manifestaram muito interesse no desenrolar da sessão, partilhando também experiências. Alguns dos alunos referiram já terem estado infetados pelo coronavírus ou conheciam alguém que tinha estado, outros partilharam a sua experiência de estar em isolamento.

Competências:

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Objetivos:

- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na assistência especializada no âmbito da saúde escolar;
- Compreender o papel do EESIP na sinalização e intervenção precoce na infância (ELI).

Atividades:

- Colaborei com o projeto Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA);
- Realizei o levantamento de necessidades numa turma de CEF (Curso de Educação e Formação) no âmbito do PRESS;
- Colaborei no encaminhamento de casos covid positivos nas escolas;
- Participei na “Rubrica de Saúde Escolar”;
- Colaborei e percebi o papel do EESIP na sinalização e intervenção precoce na infância (ELI);
- Assisti às reuniões multidisciplinares das crianças integradas na ELI.

Reflexão:

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar (DGS, 2015).

A equipa de saúde escolar é composta por diferentes profissionais de saúde do respetivo ACES e encontra-se sob a responsabilidade da Unidade de Saúde Pública (Despacho nº12045/2006 publicado em Diário da República nº110 de 7 de Junho). O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-Infância, das Escolas de Ensino Básico e do Secundário e Instituições com intervenção na população escolar. Os Sistemas de Saúde e de Educação estão, deste modo, intrinsecamente ligados pela Equipa de Saúde Escolar da UCC, que apresenta diversos projetos que são desenvolvidos nos quatro Agrupamentos de Escolas da sua área geográfica, cujo parque escolar abrange cerca de 8500 alunos.

A promoção da saúde em meio escolar tem como princípios a equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar (DGS, 2015). Assim com base nestes princípios e numa metodologia de trabalho por projeto, a promoção da saúde em meio escolar tem início nas necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para aumentar o nível de literacia em saúde e o estilo de vida da comunidade educativa (DGS, 2015). Os eixos

estratégicos principais do PNSE são: Capacitação, Ambiente Escolar e Saúde e Condições de Saúde. Cada um destes eixos apresenta diferentes áreas de intervenção, que orientam o desenvolvimento de Projetos em meio escolar. Além destes existem três eixos complementares e transversais: Qualidade e Inovação, Formação e Investigação em Saúde Escolar e Parcerias (DGS, 2015).

No decorrer deste estágio na UCC, além dos projetos já referidos, tive também a oportunidade de colaborar no Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA), Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), de desenvolver uma atividade no âmbito das “Rubricas de Saúde Escolar” e também de participar no encaminhamento de casos de Covid-19 positivos na comunidade escolar. Assim durante o estágio contatei com parte dos eixos e estratégias de intervenção previstos no PNSE. No eixo 1, capacitação, na área de intervenção de saúde mental e competências socioemocionais tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca do bullying e cyberbullying em contexto escolar.

O bullying e o cyberbullying são uma problemática atual nas escolas, mas também fora delas, podendo afetar negativamente o desenvolvimento das crianças e jovens e possivelmente a sua vida adulta. Face a estas situações o EESIP assume um papel de extrema importância no atendimento às crianças/jovens nas unidades de saúde e nas escolas, devendo atuar na promoção e na educação para a saúde e também na identificação de sinais e sintomas de violência e suas conseqüentes necessidades de saúde (Silva M. A., 2013). Torna-se, assim pertinente intervir de forma a alertar a comunidade escolar para esta problemática.

Assim, e no cumprimento da intervenção de enfermagem nestas áreas, realizei duas atividades no âmbito da “Rubrica de Saúde Escolar” (Apêndice III), dirigidas a toda a comunidade escolar, uma delas já divulgada através da página de Facebook da UCC a 10 de dezembro de 2020. Para a primeira rubrica foi selecionado um vídeo da UNICEF acerca da violência nas escolas e redigida uma pequena mensagem e na segunda editado um vídeo com imagens acerca dos diferentes tipos de bullying. As redes sociais trouxeram uma nova forma de comunicação facilitada, uma vez que, em qualquer local, através do

telemóvel, tablet ou computador é possível aceder, tendo acesso a informações. O uso deste recurso, neste âmbito, tem como objetivo a implementação de ações que visam a promoção e educação para a saúde na comunidade. Segundo o PNSE as novas tecnologias e os dispositivos móveis, podem “contribuir para a literacia em saúde, a gestão da saúde individual e a promoção e educação para a saúde” (DGS, 2015), como tal considero que esta é uma forma de sensibilizar a comunidade escolar para esta problemática.

Ainda no âmbito do eixo 1 do PNSE observei e colaborei com o GIAA, sendo este um espaço de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual. O projeto GIAA pretende que o aluno possa conversar, esclarecer dúvidas ou expor os seus problemas, garantindo confidencialidade e apoiando o aluno para que este se sinta mais confiante, seguro e informado. Neste contexto em parceria com os enfermeiros de saúde escolar foi elaborada uma Norma de Procedimentos de enfermagem (Apêndice IV). Esta norma, com a qual colaborei na sua execução, teve como finalidade estabelecer os princípios orientadores para a intervenção dos enfermeiros da equipa de saúde escolar com crianças/jovens no referido GIAA e assim clarificar o seu papel perante toda a comunidade escolar, sendo destacado que este gabinete funciona de acordo com as normas éticas e deontológicas da atividade profissional, nomeadamente no que diz respeito à confidencialidade. A confidencialidade é de extrema importância no cuidado e promoção da saúde de adolescentes, pois a ausência desta pode impedir que os mesmos procurem os profissionais de saúde (Loch, Clotet, & Goldim, 2007).

A educação sexual é um direito da criança/jovem, previsto na legislação portuguesa (Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto publicada em Diário da República, 1ª série, N.º 151, 2009) assim no mesmo eixo do PNSE contribuí no âmbito da educação para os afetos e a sexualidade, ao abrigo do Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE). Este programa tem como finalidade incluir nos projetos educativos e nos currículos das escolas, um programa de educação sexual estruturado e sustentado, para aumentar os fatores de proteção e para diminuir os comportamentos de risco dos alunos em relação à sexualidade. Este programa é dirigido a alunos e professores, mas também pais, encarregados de educação, pessoal não docente e restante comunidade (Luís, Gonzaga, Sousa, & Guimarães, 2012). Deste modo, com vista ao levantamento das necessidades dos alunos, de uma turma do CEF, foi utilizada a metodologia da caixa de

perguntas, onde os alunos de forma escrita e anónima expuseram as suas dúvidas. Este método é considerado por (Vizentim & Milani, 2020), uma ótima forma de explorar temas, que provavelmente não surgiriam de forma programada, abrindo um leque de possibilidades para informar e esclarecer os alunos. Os cartões foram recolhidos e seriam posteriormente analisados para que a AES a elaborar fosse de encontro às necessidades dos mesmos. Esta atividade não foi finalizada, uma vez que as escolas encerraram devido ao país estar em período de confinamento, contudo assim que possível a equipa da UCC dará continuidade.

A utilização de técnicas eficientes e adequadas ao desenvolvimento da criança/jovem é essencial para que estes adotem comportamentos saudáveis, tendo os enfermeiros uma posição única para abordar temas sensíveis como este com os adolescentes (Francisco, et al., 2008).

Ainda no eixo 1, na área de intervenção alimentação saudável, tive a oportunidade de assistir a um webinar inserido no PASSE com o tema “Lanches Escolares Saudáveis” dinamizada pela nutricionista que colabora com a UCC em parceria com a EESIP, aberta a toda a comunidade escolar. O PASSE é um programa de âmbito regional, que tem como objetivo operacionalizar projetos relativos ao determinante da saúde, alimentação saudável, em meio escolar. A elaboração deste webinar visou dar resposta a uma necessidade em saúde, que foi identificada pela equipa multiprofissional, esta teve como objetivo promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis e fortalecer os conhecimentos da comunidade alvo. Assim este webinar incidiu essencialmente nos alimentos que devem ser incluídos nas lancheiras escolares e nas possíveis combinações de modo a obter escolhas equilibradas. Destaca-se a importância do trabalho de parceria e estreita colaboração entre a nutricionista e a EESIP.

No eixo 2 do PNSE, ambiente escolar e saúde na área de intervenção ambiente escolar seguro e saudável, pude observar e discutir o encaminhamento dos casos de covid-19 positivos detetados nas escolas. Assim perante a comunicação de um caso positivo na comunidade escolar, através do ponto focal (elemento previamente designado pela direção do estabelecimento de ensino) ou da rede de saúde pública o enfermeiro de saúde escolar do respetivo agrupamento do estabelecimento de ensino entra em contato com o

ponto focal a fim de assegurar a investigação epidemiológica, o Inquérito epidemiológico e o rastreio de contactos. De acordo com a avaliação de risco efetuada, o enfermeiro, na qualidade de Autoridade de Saúde Local informa os contactos de alto e de baixo risco e o estabelecimento de educação sobre quais as medidas individuais e coletivas a implementar, nomeadamente, o isolamento de contatos ou do encerramento da turma se necessário, faz o pedido de testes, de declarações de isolamento profilático, esclarece as dúvidas expostas e faz os devidos registos nos documentos informáticos.

Após receber as indicações do enfermeiro a Direção do estabelecimento de ensino informa todos os encarregados de educação e restante comunidade escolar, das medidas que foram tomadas e das que deverão ser adotadas. Esta comunicação deve ser detalhada, preservando a confidencialidade e anonimato das pessoas envolvidas (DGS, 2020b). O enfermeiro de saúde escolar assume o papel de interlocutor da saúde na escola, sendo uma “fonte respeitada de informações sobre saúde e com capacidade de adaptação às necessidades específicas das escolas” (Vieira, Gaspar, R., & Nóbrega, 2018).

No eixo 3, condições de saúde colaborei na área de intervenção necessidades de saúde especiais (inclusão escolar). Assim participei em diversas reuniões presenciais e virtuais, nas quais o professor, o encarregado de educação e a enfermeira estiveram presentes. Estas reuniões eram maioritariamente solicitadas pelo professor quando verificava necessidade de intervenção. Deste modo foi efetuada uma avaliação inicial e depois definidas as estratégias a utilizar. As principais necessidades detetadas foram acerca da epilepsia e como atuar em caso de convulsão, alergias e administração de epinefrina (epipen). Além destas necessidades alguns pais também manifestaram dificuldades financeiras para a realização de terapias, pelo que foram encaminhados para a assistente social.

Além das oportunidades já referidas, neste contexto de estágio, pude acompanhar e colaborar com a EESIP em atividades no âmbito da Equipa Local de Intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI resulta de um acordo interministerial dos Ministérios da Educação, da Saúde e da Segurança Social, está hierarquizado a nível nacional (Comissão de Coordenação Nacional), regional (Comissão de Coordenação Regional) e local (Equipas Locais de Intervenção) e tem

como missão garantir a universalidade da Intervenção Precoce na Infância (IPI) (Decreto-Lei nº281/2009). Assim, as ELI desenvolvem e concretizam, a nível local, a intervenção do SNIPI. Desta equipa fazem parte profissionais da área da saúde, educação e segurança social (Decreto-Lei nº281/2009). A equipa que constitui a ELI onde tive oportunidade de estar presente integram EESIP, educadores de infância, pediatra, médico de medicina geral e familiar, psicólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e fisioterapeuta.

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) destina-se às crianças dos zero aos seis anos de idade com alterações do desenvolvimento ou risco grave de atraso de desenvolvimento (biológico, psicoafectivo ou ambiental) e suas famílias. Tem como objetivos assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança, potenciar a melhoria da interação familiar e reforçar as suas competências como suporte da progressiva capacitação e autonomia. As medidas de apoio incluem ações a nível da educação, saúde e ação social (Decreto-Lei nº281/2009).

Nas reuniões da ELI em que tive a oportunidade de estar presente foram realizadas apresentações de crianças sinalizadas previamente através da ficha de referenciação enviada pelo educador, médico de família, pais, enfermeiro ou pediatra. Após a exposição do caso é decidida a admissibilidade de acordo com critérios definidos pelo SNIPI e é designado para cada criança e sua família um gestor de caso. Este profissional serve como mediador do processo, e fará em parceria com outro elemento os primeiros contatos com a criança e família, observando a criança e percebendo as preocupações das famílias. O gestor de caso deve ser escolhido de acordo com o perfil que melhor se adequa às necessidades identificadas na criança e família tendo como função “garantir a articulação entre os apoios disponíveis e a implementação do PIIP e participar, em conjunto com a família, na identificação dos recursos, preocupações e prioridades, promovendo uma tomada de decisões consciente e informada” (Pinto & Ferronha, 2011). É o gestor de caso que fica responsável pela comunicação com a família, com a articulação com outros serviços da comunidade e pelo registo no processo individual (escrito e na plataforma).

Com base nos princípios emanados pelo SNIPI colaborei com a EESIP na elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) e no acompanhamento de casos em vigilância. No primeiro contato com a criança e família foi efetuado o esclarecimento

acerca do papel da ELI e assinada a declaração de consentimento informado, tendo sido também preenchida a “Ficha de Caracterização da Criança e Família” e elaborado o (PIIP). Este foi elaborado com a família e nele ficaram registadas as intervenções a desenvolver e as ações a implementar, e nas quais foram respeitadas as preocupações e prioridades da família. Nesta situação as preocupações da família eram a impulsividade da criança, atraso no desenvolvimento da linguagem e as dificuldades com a alimentação (mastigação de sólidos). Assim o EESIP, enquanto gestor de caso, mobilizou recursos, de forma a qua a criança fosse avaliada pelo terapeuta da fala e forneceu algumas estratégias para controlo da impulsividade e para a introdução de alimentos sólidos.

A visita que tive oportunidade de efetuar, no âmbito da ELI, realizou-se numa IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) que a criança frequentava. Esta visita permitiu observar o comportamento da criança em grupo e recolher informações da auxiliar de ação educativa da instituição. Estas deslocações têm como objetivo reunir com pais e profissionais, de forma a elaborar o PIIP ou reformulá-lo e proceder à avaliação do desenvolvimento da criança. Para a avaliação do desenvolvimento da criança foi utilizada a escala de Mary Sheridan preconizada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Este é um momento delicado, exigindo uma visão de enfermagem especializada.

Deste modo constatei que o papel do EESIP na ELI é defender o maior interesse da criança, valorizando as suas competências, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades e protegendo os seus direitos, bem como respeitar as prioridades e preocupações da família.

Face ao descrito, e de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem parece-me essencial que o enfermeiro que integra a ELI seja um EESIP, pois este trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer contexto, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível, presta também cuidados à criança saudável ou doente e assegura educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos á criança e sua família (OE, 2010b).

Segundo o mesmo documento (OE, 2010b) o EESIP ”implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem; diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem; Cuida da criança/jovem e família nas situações de maior complexidade; providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência e capacidade”.

Torna-se assim evidente que os enfermeiros que integrem a ELI, devem ser especialistas em saúde infantil e pediátrica, uma vez que, são estes que possuem os conhecimentos e as competências específicas necessárias, para em parceria com a equipa multidisciplinar cuidarem dos problemas de Saúde das crianças integradas no SNIPI (OE, 2018a).

Competências:

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

Objetivos:

- Aprofundar competências de avaliação e gestão de dor no recém-nascido, criança/jovem.

Atividades:

- Monitorizei a dor, de forma sistemática, através da utilização de escalas adequadas à idade e compreensão da criança;
- Utilizei medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor nos diferentes contextos.

Reflexão:

Segundo (DGS, 2003) a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a maioria das situações de doença, sendo dever dos profissionais de saúde garantir o controlo da dor eficaz. Este é um direito dos doentes e um passo fundamental para a humanização dos cuidados. O mesmo documento institui a dor como o 5º sinal vital, considerando uma boa prática a avaliação e o registo regular da dor.

Na assistência pediátrica a ideia de dor e sofrimento assume uma especial preocupação para os pais e para os enfermeiros, sendo da competência dos EESIP efetuar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, fazendo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2013). O enfermeiro pelo contacto próximo e privilegiado com a criança tem uma responsabilidade acrescida, quer na manutenção quer na promoção do seu bem-estar. Ao cuidar da criança/jovem com dor cabe ao enfermeiro a gestão de medidas de alívio da dor, devendo este em parceria com os pais, ser capaz de avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente (Figueiredo, 2016).

Assim, ao longo do estágio, tive sempre como foco da minha atuação o controlo da dor em procedimentos invasivos e não-invasivos, pois as crianças guardam memória da dor, podendo a dor não tratada ter consequências a longo prazo (DGS, 2010). Assim, prevenir a dor e o trauma psicológico torna-se uma consideração ética que o enfermeiro deve considerar (Erkul & Efe, 2017) citados por (Pires, 2019).

O sucesso no tratamento da dor depende de uma avaliação apropriada, adequada e completa da mesma, devendo para isso ser usada uma escala adequada ao RN/criança/jovem em questão. As escalas mais usadas no decorrer do estágio, foram a de EDIN (Èchelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né), a de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) e a Escala Numérica.

No contexto de neonatologia verifiquei que a dor constitui um dos principais focos de atenção. Sabe-se que as vias nervosas ascendentes necessárias á experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Contudo as vias de controlo descendente são ainda imaturas, o que nos RN pré-termo, leva a uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos (DGS, 2010). Contudo, o RN não possui capacidade de verbalizar a dor, sendo necessário

que o enfermeiro seja capaz de interpretar e avaliar a dor, de forma a minimizá-la, para tal é necessário treino e capacitação contínua dos enfermeiros que prestam cuidados ao neonato, qualificando-os de modo a minimizar a falta de experiência (Soares, 2016); (Cordeiro & R., 2014) citado por (Moretto, et al., 2019)). As experiências de dor no período neonatal influenciam as experiências posteriores de dor, quer na sensibilidade à dor, mas também na forma de lidar com o stress (DGS, 2010). No serviço de neonatologia, através da adoção de estratégias baseadas na filosofia do NIDCAP® é possível prevenir e aliviar a dor de forma não-farmacológica, proporcionando uma melhoria efetiva dos cuidados (Guimarães, 2015).

Assim, ao longo do estágio, em contexto de neonatologia, aquando da realização de técnicas invasivas, tais como a aspiração de secreções em circuito fechado, aspiração de secreções na nasofaringe e orofaringe, colocação de cateter venoso periférico, colheitas de sangue, pesquisas de glicemia capilar, remoção de adesivos, vacinação, colocação de sonda oro-gástrica e avaliação de tensão arterial ao RN efetuei a avaliação da dor, antes, durante e após os procedimentos, tendo em consideração as alterações como a frequência cardíaca e respiratória, tensão arterial, saturação de oxigénio, expressão facial, choro e movimentos corporais (Campos, 2018). Fiz uso da terapia farmacológica para controlo da dor, geri e administrei analgesia e sedoanalgesia, conforme a prescrição terapêutica e recorri a estratégias, das quais destaco o envolvimento dos pais nos cuidados, a organização da assistência de forma a agrupar e reduzir a manipulação ao RN, a redução de ruídos e de luz (Campos, 2018), a contenção e a sucção não nutritiva.

No âmbito dos CSP os bebés/crianças/jovens também são submetidos a procedimentos dolorosos, destacando-se a administração de vacinas. Aquando deste procedimento apliquei técnicas de distração, estimulação da sucção não-nutritiva, amamentação, colo e aconchego dos pais. O tratamento para alívio da dor durante a administração de vacinas reduz o desconforto durante o procedimento e melhora significativamente a satisfação tanto da criança como das famílias face à experiência da vacinação (Taddio & al, 2009), citado por (Galvão, Pedroso, & Ramalho, 2015). Das várias medidas não farmacológicas para controlo da dor aquando da administração das vacinas, a amamentação raramente foi utilizada nas imunizações, devido à recusa da mãe em amamentar, referindo receio de posteriormente o bebé rejeitar a mama, ou por escassez de tempo. Porém amamentar o

bebé aquando da administração das vacinas diminui a dor ((Tansky & Lindberg, 2010), citado por (Galvão, Pedroso, & Ramalho, 2015). Apesar de se tratar de uma falsa crença, e da minha tentativa e da EESIP em explicar às mães que há evidência científica que recomenda a amamentação, assisti a recusas por parte das mães, optando pela sucção não nutritiva.

O leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor. É uma boa opção amamentar o bebé logo após ele ser vacinado, pois ajuda-o a superar a dor, além de o leite materno reforçar a eficiência da vacina (Castro, 2012). A amamentação é uma estratégia natural, facilmente disponível, fácil de usar e livre de intervenção que pode ser adotada de forma simples pelos profissionais de saúde e pais ((Shah, Aliwalas, & Shah, 2006), citado por (Galvão, Pedroso, & Ramalho, 2015).

A DGS nas Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) também recomenda o uso da amamentação antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final do procedimento (DGS, 2012).

No SUP a avaliação da dor inicia-se de imediato no gabinete de triagem, em que observei e questionei a criança/jovem e/ou acompanhante, avaliei e decidi a adoção de medidas farmacológicas ou não farmacológicas para alívio da dor. Pude constatar, por exemplo, que após um traumatismo os pais levam de imediato a criança/jovem ao SUP, mas raramente administram analgesia, mesmo quando a criança manifesta dor.

No decorrer da permanência da criança/jovem no SUP aquando da execução de procedimentos dolorosos, garanti o alívio da dor usando medidas não farmacológicas como a presença do acompanhante, medidas de conforto, sucção não nutritiva, a amamentação e o uso de sacarose. Quanto às medidas farmacológicas o mais usado foi o paracetamol, o ibuprofeno, a lidocaína, a morfina e o EMLA (lidocaína e prilocaína). Neste contexto verifiquei que a amamentação raramente foi usada, pelo que refleti em equipa sobre alguns dos contributos aqui já referenciados.

Competências:

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

Objetivos:

- Desenvolver conhecimentos e habilidades na utilização do sistema de triagem CPTAS (Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale) e do sistema de registo da assistência de enfermagem;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN, criança, adolescente e família em situação crítica.

Atividades:

- Analisei o manual de triagem existente no SUP;
- Fiz triagem à criança/jovem segundo a CPTAS;
- Mantive sob vigilância a criança/jovem triados;
- Colaborei com a equipa multidisciplinar em situações de especial complexidade.

Reflexão:

No âmbito do estágio no SUP assisti e colaborei nos cuidados emergentes a uma adolescente que deu entrada na Sala de Emergência. A adolescente foi vítima de um acidente de viação e transportada pelos bombeiros ao hospital. Assim que esta deu entrada a equipa multidisciplinar já se encontrava preparada para uma rápida e eficiente assistência. No decorrer desta situação verifiquei que, existia um trabalho em equipa, liderado por um EESIP, havendo uma distribuição de tarefas e assumindo cada profissional a sua função. Estas situações requerem profissionais com elevadas competências de forma a prestar cuidados de excelência.

A função de triagem assumida pelo enfermeiro é uma grande responsabilidade, sendo esta função realizada, no contexto experienciado, por um EESIP ou por um enfermeiro com mais de três anos de experiência no serviço, pois exige um profissional treinado e

capacitado e com um olhar fidedigno. É simultaneamente importante proporcionar um ambiente acolhedor, um atendimento integral, com julgamento clínico criterioso para a tomada de decisão da prioridade de atendimento adequada à situação clínica da criança/jovem, em situação de urgência (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013). Esta função que tive a oportunidade de desempenhar, ao longo do estágio no SUP, foi extremamente desafiante, mas também assustadora, pois no gabinete de triagem, foram atendidas uma diversidade de situações, das quais é possível destacar alguns focos de atenção como a febre, o trauma, a dor abdominal, a tentativa de suicídio e a queimadura. Esta função foi geradora de stress e de constante pressão pela panóplia de situações às quais tive de dar uma resposta rápida e eficiente. Considero que estes aspetos foram as minhas maiores dificuldades, mas também me motivaram a enfrentar a situação. “Um nível moderado de stress será sempre necessário, pois o risco de desmotivação e até mesmo de displicência poderá interferir nas decisões” (Cleland, 1967, citado por (Nunes F. M., 2007).

De acordo com (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013), o enfermeiro triador deve ter boas competências comunicacionais, uma base ampla de conhecimentos, capacidade para tomar decisões rapidamente e capacidade para priorizar. Além destas características o enfermeiro que desempenha esta função, deve possuir uma boa compreensão em relação à cultura e diversidade religiosa e disponibilidade para realizar educação para a saúde ((Edwards, 2013), citado por (Cruz M. C., 2019)). Estas características foram observadas, in loco, e tidas em consideração durante a realização do estágio. Deste modo compreendi a importância de direccionar corretamente o discurso e de ser objetivo, realizando apenas as questões estritamente necessárias e pertinentes. Este contato é muito breve, sendo necessário ser muito perspicaz para perceber a gravidade da situação com que nos deparamos de forma rápida. Dada a brevidade deste primeiro contato com a criança/jovem e família é difícil estabelecer uma relação próxima com a criança/jovem e sua família, contudo este momento é determinante para incutir nos pais o sentimento de confiança na equipa multidisciplinar (Fernandes, O atendimento à criança na Urgência Pediátrica, 2012), que poderá influenciar a relação terapêutica subsequente e a prestação de cuidados.

O método de triagem é essencial em qualquer serviço de urgência pois permite priorizar adequando os meios existentes às necessidades da criança/jovem, considerando o valor da vida e da saúde, de forma justa e com a utilização eficiente dos recursos (Fitzgerald, Jelinek, Scott, & Gerdtz, 2010), não correspondendo a um número ou a uma escala, mas a um processo que envolve pessoas, comunicação e recursos (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013). Os objetivos da triagem são estabelecer o tempo e o tipo e resposta assistencial, e os recursos ao grau de urgência, atender o mais rápido possível as crianças com mais gravidade e com risco de agravamento por atraso no tratamento (Cabrera, 2017).

O sistema de triagem que utilizei neste contexto foi o CPTAS, sendo este considerado pela Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente o sistema de triagem mais vantajoso para a pediatria, uma vez que é um sistema de triagem exclusivamente pediátrico, valoriza os parâmetros vitais tendo em conta a idade e quando o discriminador principal da triagem é febre, possibilita a classificação dos doentes em 3 níveis de prioridade (II, III ou IV), valorizando a idade (Despacho nº1057/2015, Publicado em Diário da República, 2ª série, 2015). A mesma fonte salienta o facto deste sistema permitir a partilha de informação com outras aplicações informáticas (SONHO e SCLÍNICO).

A CPTAS está dimensionada em cinco níveis de classificação, e engloba três passos, a aplicação do triângulo de avaliação pediátrico, avaliação dos dados subjetivos/queixa principal e a avaliação dos parâmetros vitais, e tem em conta a idade e os fatores de risco associados (DGS, 2018). Após avaliação da gravidade do problema, inseri e validei os dados no respetivo programa informático e encaminhei a criança/jovem e acompanhante para a sala de espera da especialidade médica correspondente. Tendo informado previamente a criança/jovem e acompanhante acerca do funcionamento e da dinâmica do SUP, que o atendimento ocorre de acordo com a gravidade e especialidades (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015), efetuados ensinamentos/instruções necessários e informados que se houvesse alguma alteração/agravamento do estado, poderiam dirigir-se ao gabinete de triagem para ser efetuada uma reavaliação.

Durante o estágio constatei que a febre é provavelmente o sintoma que mais influencia a ida ao SUP, sendo frequente os ensinamentos/instrução aos pais/cuidadores acerca desta temática. Deste modo identifiquei as necessidades de aprendizagem dos pais/cuidadores, de modo a desenvolver competências parentais. Assim, esclareci os pais/cuidadores da criança/jovem de como realizar a medição da temperatura, como administrar adequadamente os antipiréticos e quais os sintomas e sinais a que devem estar atentos (DGS, 2017a).

Por vezes foi necessário efetuar triagem avançada, nomeadamente a administração de antipiréticos e de analgésicos e conseqüentemente a necessidade de reavaliação, principalmente de latentes com febre. A reavaliação depende da queixa principal, do nível de triagem inicial ou de qualquer alteração observada no doente, podendo esta implicar alteração para uma prioridade superior à atribuída de acordo com a avaliação inicial (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013).

Assim, tendo em consideração as exigências e competências que são requeridas ao enfermeiro nesta função, considero essencial que esta seja desempenhada por um EESIP.

Na unidade de neonatologia tive a oportunidade de prestar assistência a RN em situação crítica, nomeadamente RN prematuro extremo (26 semanas e 5 dias), RN de extremo baixo peso (980g), RN com patologia cardíaca e RN pós-cirúrgico, estes devido à sua instabilidade e complexidade exigem uma assistência de enfermagem especializada adequada às suas necessidades. Estes RN encontravam-se sob ventilação assistida, com cateter umbilical e cateter venoso central de inserção periférica, que requerem uma vigilância acrescida, além de toda a panóplia de equipamentos e cuidados de enfermagem a que estão sujeitos. A prestação de cuidados de enfermagem que desenvolvi a estes RN permitiram-me perceber que todas as intervenções, mesmo as mais simples, como a avaliação da temperatura, têm de ser planeadas antes de serem executadas, devido à grande instabilidade hemodinâmica.

4.2 Domínio da Gestão

“O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo -se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (OE, 2018c).

Deste modo, o desenvolvimento de competências pelo enfermeiro na área da gestão de cuidados é crucial para a qualidade de cuidados.

Competências:

- Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização;
- Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de ESIP.

Objetivos:

- Refletir sobre o papel do EESIP na gestão dos cuidados à criança e família nos diferentes contextos de estágio;
- Conhecer a metodologia de trabalho, as estratégias de gestão e recursos existentes nos serviços;
- Colaborar na assistência de Enfermagem Especializada utilizando uma metodologia de trabalho científica.

Atividades:

- Compreendi a metodologia de trabalho, as estratégias de gestão de cuidados e de recursos nos diferentes contextos;
- Prestei cuidados de enfermagem especializados utilizando a metodologia científica de enfermagem;
- Geri a prestação dos cuidados de enfermagem especializados, de acordo com o contexto;
- Colaborei na execução da Norma de Procedimentos de Enfermagem – Articulação da equipa multidisciplinar no âmbito das NSE (APENDICE VI).

Reflexão:

Para integrar um serviço é necessário conhecer e compreender as suas dinâmicas de funcionamento de modo a desempenhar as funções de forma assertiva.

Durante o estágio consegui adquirir conhecimento acerca da dinâmica de funcionamento dos diferentes contextos, bem como do plano de assistência de cuidados à criança e família.

No âmbito da UCC onde decorreu o estágio há um enfermeiro coordenador, que detém a especialidade de saúde materna e obstétrica. Este profissional representa a UCC perante a direção, faz a gestão dos recursos humanos (plano de férias, horários, distribuição de projetos) e verifica os indicadores.

Dentro do horário previamente estabelecido, cabe a cada enfermeiro, ser responsável pela gestão de todas as suas atividades, tendo autonomia para gerir as suas intervenções. A minha enfermeira tutora tinha um agrupamento de escolas atribuído, onde desempenhava todas as funções inerentes e colaborava com a ELI, tendo seis horas semanais atribuídas para este projeto, contudo se necessário os elementos da equipa apoiam-se entre si. O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) está atribuído a outra EESIP.

Ainda no âmbito da UCC o enfermeiro coordenador deve promover e incentivar a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais do ACES (USF, UCC, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Pública e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), assim para obter uma utilização eficiente dos recursos comuns das diversas unidades do ACES devem ser criados instrumentos que favoreçam e assegurem a articulação das atividades (Despacho n.º 10143/2009, 2009). Deste modo, no contexto da saúde escolar, mais precisamente no âmbito das NSE, de forma a gerir os recursos humanos existentes e garantir uma articulação eficaz entre os enfermeiros e o núcleo de Nutrição, Psicologia e Ação Social foi-me proposta a execução de um protocolo (Apêndice V - Norma de Procedimentos de Enfermagem – Articulação da equipa multidisciplinar no âmbito das NSE). Este protocolo permite uma articulação mais rápida e eficaz, proporcionando à criança e sua família melhores cuidados de saúde. Assim, esta norma, visa formalizar o processo de articulação entre a equipa multidisciplinar

garantindo boas práticas. A elaboração de normas é essencial para que os profissionais atuem usando critérios iguais, constituindo-se estas como um instrumento básico, que contribui para o bom desempenho de enfermagem (Borges, 1979), sendo na verdade, um "guia geral da ação" American Nursing Association (1971) citado por (Borges, 1979).

Na USF cada enfermeiro é responsável pelas famílias que lhe são atribuídas. As consultas são agendadas de acordo com a sua agenda e do respetivo médico de família, ocorrendo sempre um momento de partilha e de articulação entre estes profissionais, esta partilha entre os profissionais é considerada pela DGS como fundamental para responder à complexidade dos problemas e às necessidades de saúde, pois estas requerem frequentemente uma atuação multiprofissional e interdisciplinar (DGS, 2013).

No âmbito do SUP existiam 5 equipas, sendo cada equipa constituída por 8 enfermeiros. Cada equipa tem pelo menos um EESIP, sendo o que apresenta maior experiência profissional o “chefe de equipa”, este elemento coordenava a equipa e apoiava os diversos setores. Os 8 elementos eram distribuídos pelas diferentes áreas do serviço, ficando 2 enfermeiros na triagem, 2 em OBS, 2 em OBS Covid e 2 de apoio aos gabinetes de ortopedia e pequena cirurgia.

O enfermeiro que fica destacado para a triagem é responsável pela verificação da sala de triagem e da sala de emergência. Diariamente, no turno da manhã, é verificada a medicação, o material e o funcionamento dos monitores, desfibrilhadores, saídas de oxigénio e ar, aspiradores e máquinas perfusoras, de forma que a sala esteja apta a receber uma criança, deste modo, colaborei com o meu enfermeiro orientador nesta verificação.

No SUP a metodologia de trabalho adotada é o método por tarefa, sendo cada enfermeiro distribuído para uma área de trabalho específica, ficando responsável pela realização dessa tarefa/procedimento. Na Sala de Emergência verifiquei que existe um trabalho em equipa multiprofissional, onde todos exercem a sua função, muitas vezes em simultâneo. De acordo com (Almeida, 1973) citado por (Spagnol, et al., 2001) "somente o trabalho em grupo possibilita a realização de uma atividade em comum".

Realço o facto, de que independentemente do método de trabalho adotado pelas equipas, é evidente o espírito de interajuda.

Na unidade de neonatologia, o plano de trabalho é elaborado pela enfermeira responsável do turno, este elemento é designado pela enfermeira-chefe de acordo com a experiência profissional na unidade e detentor da ESIP. Os enfermeiros são distribuídos de forma rotativa, alternando os cuidados intensivos com os cuidados intermédios. O EESIP responsável de turno tem também como função gerir as vagas e de verificar e/ou preparar ventiladores (existem sempre 2 montados).

O método de organização dos cuidados de enfermagem não corresponde apenas a uma simples distribuição de atividades, ele tem por base uma conceção e filosofia de cuidados e um modo de pensar a organização dos mesmos (Parreira, 2005), sendo um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

A metodologia de trabalho utilizada na Unidade de Neonatologia é o método individual. Este método baseia-se no conceito de cuidado global e implica que haja um enfermeiro para um ou mais clientes ((Pinheiro, 1994) citado por (Costa, 2004) e (Mendes M. G., 2012)), sendo da responsabilidade do enfermeiro os cuidados prestados, avaliando-os e coordenando-os ((Kron & Gray, 1989), citado por (Costa, 2004)) num período de tempo que corresponde, geralmente, a um turno (Mendes M. G., 2012).

O método de organização do trabalho de enfermagem em pediatria é um dos fatores que influencia a parceria de cuidados, pois uma “organização individual de cuidados promove uma atenção individualizada à criança e família, aumenta o conhecimento sobre as mesmas favorecendo a organização e a gestão do processo de parceria” (Mendes M. G., 2012). Neste contexto tive a oportunidade planejar e gerir os cuidados prestados, tendo em conta as especificidades de um neonato e apesar do método de trabalho ser individual, dada a complexidade de alguns procedimentos estes são executados em equipa.

Nos diferentes contextos de estágio, realizei a gestão dos cuidados na área da ESIP, assim, organizei os cuidados a prestar à criança/jovem e família, atendendo às necessidades desta, gerindo as prioridades e o tempo e respeitando as rotinas da díade. Deste modo, após me apresentar e dialogar com a criança/jovem e família, realizei um plano de cuidados e sempre que possível agrupei as intervenções de enfermagem num único momento de forma a minimizar a manipulação da criança, e assim diminuir o impacto

negativo da hospitalização (OE, 2013). A manipulação mínima teve um especial relevo na UCIN, dada a escassa tolerância aos estímulos.

Nos diferentes contextos a supervisão e chefia encontram-se a cargo da enfermeira-chefe, esta delega funções de responsável de turno, a um elemento da equipa, deste modo tive a oportunidade de observar algumas das tarefas delegadas, tais como: gestão de stock de material clínico e não clínico, medicação, gestão de vagas e coordenação da equipa.

Assim, no decorrer do estágio, a gestão dos cuidados foi adequada aos recursos e às necessidades, promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

4.3 Domínio da Formação

O desenvolvimento científico e tecnológico impulsiona a atualização contínua dos profissionais, de forma a serem desenvolvidas competências. Através da formação, os enfermeiros repensam a teoria, questionam as práticas e introduzem mudanças de qualidade (Tojal, 2011).

É um dever deontológico do enfermeiro assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, através da frequência de ações de qualificação profissional (OE, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015b).

Competências:

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Identificar as necessidades formativas na área da ESIP;
- Promover a formação em serviço na área ESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Atividades:

- Apresentei uma postura crítico-reflexiva;
- Refleti sobre a pertinência de formação com os enfermeiros orientadores;
- Assisti a uma formação em serviço acerca da execução de testes covid;
- Refleti com a equipa do SUP acerca das técnicas de alívio da dor.

Reflexão:

A formação diz respeito ao desenvolvimento de aprendizagens com vista à evolução pessoal e profissional, incluindo a autoformação e a formação de pares. Esta é um meio importante de aquisição e solidificação de conhecimentos, devendo o enfermeiro ter um papel ativo. Segundo um estudo elencado por (Tojal, 2011), a maioria dos enfermeiros concorda que a formação em serviço contribui para a atualização de conhecimentos, motiva a investigação e contribui para o desenvolvimento de competências.

Ao longo do estágio mantive uma atitude reflexiva sobre a prática, tendo observado, discutido e partilhado conhecimentos e experiências com os enfermeiros orientadores e com a equipa. Apesar de pertinente não foi possível realizar formação de pares, contudo essa possibilidade foi discutida com o enfermeiro tutor do SUP. Após uma observação e análise das necessidades formativas da equipa, sugeri que fossem abordadas as medidas não farmacológicas para alívio da dor. A pertinência desta temática foi discutida com o enfermeiro tutor, contudo não foi possível uma apresentação formal, tendo sido efetuada uma reflexão em equipa acerca desta temática.

A dor e as medidas farmacológicas para alívio da dor são de conhecimento geral e muito estudadas, contudo identifiquei alguma oportunidade de melhoria no âmbito das técnicas utilizadas. Segundo a DGS, dada a elevada prevalência da dor, a formação acerca desta temática deveria ser de carácter obrigatório e ser continuamente atualizada (DGS, 2017b). O investimento na formação dos profissionais acerca deste tema também é defendido por Batalha (Batalha, 2013). Este autor refere ainda a importância da conceção e implementação de protocolos e a utilização criteriosa de intervenções não farmacológicas para alívio da dor (Batalha, 2013). Com esta reflexão em equipa pretendi “relembrar” as diferentes técnicas de alívio da dor, para que o seu uso fosse mais efetivo, maximizando

o bem-estar da criança/jovem e família. Deste modo foram abordadas as medidas não farmacológicas para alívio da dor no RN, tais como: redução da incidência de luz; redução do ruído ambiente; preservação dos períodos de sono; posicionamento adequado; concentração de manipulações; massagem terapêutica; “colinho” dos pais; método canguru; sucção não nutritiva e o uso de sacarose e de leite materno. Na criança e adolescente as medidas não farmacológicas para alívio da dor abordadas foram: comportamentais (distração comportamental, relaxamento muscular); cognitivas (fornecimento de informação antecipatória, distração, reforço positivo, imaginação guiada, simulação ou modelação); cognitivo-comportamentais; físicas (aplicação de calor ou de frio, massagem ou posicionamento). Além destas estratégias foram referidas outras medidas como a musicoterapia, a arteterapia, o humor, o reiki, a hipnose, a acupuntura entre outras (OE, 2013).

Através da utilização das estratégias não farmacológicas para alívio da dor “consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (Linhares & Doca, 2010) citado por (OE, 2013).

São muitas as intervenções não farmacológicas para alívio da dor, sendo essencial que o EESIP possua conhecimentos sobre estas e procure evidências científicas acerca da eficácia das intervenções e as transfira para a sua prática (Linhares & Doca, 2010), de forma a prestar cuidados de excelência ao RN, criança e jovem. Esta reflexão foi muito enriquecedora, uma vez que, permitiu aprofundar conhecimentos, a partilha de experiências e de opiniões entre a equipa de enfermagem com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem, participando na UCC numa formação em serviço acerca do procedimento para execução de testes covid. Dado o número elevado de infetados, a equipa da UCC procedeu à realização de testes nos lares da região. Nesta fase os enfermeiros assumiram protagonismo, sendo estes elementos fundamentais também no despiste de coronavírus. Esta formação foi relevante para o aperfeiçoamento de competências profissionais, pois no contexto do SUP, na área

Covid-19, coloquei em prática este conhecimento, procedendo à colheita nasofaríngea e orofaríngea da amostra.

No decorrer do estágio aperfeiçoei os meus conhecimentos técnicos e científicos, com recurso a pesquisa bibliográfica e participei no webinar “Cuidados de Enfermagem centrados na criança/adolescente/família com doença oncológica”, promovido pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo I) e no IV Fórum das Especialidades de Enfermagem dinamizado pela UCP com o tema “40 anos de SNS: Contributo dos Enfermeiros Especialistas” (Anexo II) de forma a desenvolver as competências inerentes à Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Estas devido à pandemia por Covid-19 foram dinamizadas por videoconferência. Apesar da modalidade presencial ser afetada devido a medidas de distanciamento social e de restrição quanto ao número de pessoas nos espaços fechados, a formação dos profissionais não parou. Assim, graças às novas tecnologias, as formações que exigiam presença física, agora requerem um dispositivo com ligação à internet, câmara e microfone. A formação com recurso à modalidade à distância aumentou, tornando-se numa oportunidade de fácil acesso para enriquecimento profissional.

4.4 Domínio da Investigação

A Investigação em Enfermagem é de extrema importância, pois esta permite o desenvolvimento do conhecimento e conseqüentemente uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Segundo a OE “A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006).

No decurso do presente Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica o meu interesse pela investigação foi crescendo, aumentando a pesquisa e o interesse nesta área.

Competências:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivos:

- Desenvolver competências de pesquisa bibliográfica fidedigna;
- Analisar de forma crítica os resultados de investigação para uma prática baseada na evidência no cuidado à criança/jovem e família.

Atividades:

- Realizei pesquisa bibliográfica em fontes credíveis;
- Refleti de forma crítica sobre os resultados da pesquisa;
- Apliquei os resultados da investigação na prestação de cuidados.

Reflexão:

Ao longo do estágio, tive sempre presente a importância da prática baseada na evidência científica, para tal recorri sistematicamente à pesquisa bibliográfica para prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com rigor, qualidade e segurança. Assim, analisando de forma crítica as práticas de cuidados, à luz da investigação científica, desenvolvi o pensamento crítico e a capacidade de refletir sobre a prática. Para tal, também foi essencial a partilha com os enfermeiros tutores e equipas, do conhecimento resultante da investigação, estes possibilitaram uma reflexão e análise crítica, de uma diversidade de situações e temáticas, o que considero ter possibilitado não só o meu crescimento pessoal e profissional, como o crescimento de todos os intervenientes.

Nos diferentes contextos a pesquisa que realizei foi fundamental para a concretização dos meus objetivos e para a aquisição de competências. Explorei algumas temáticas com maior profundidade, saliento o tema da alimentação diversificada por verificar que na USF, no âmbito das consultas de VSIP, que estava a ser usada uma sequência de introdução de novos alimentos distinta da que eu conhecia. Esta introdução de alimentos deve-se à pesquisa e formação que a equipa da USF preconiza e influenciou também a minha vontade de saber mais acerca deste tema tão pertinente.

Sendo esta uma área sensível, o EESIP não pode ficar indiferente aos erros alimentares no processo de diversificação alimentar, como a introdução precoce/tardia ou incorreta, que expõe a criança a riscos que podem comprometer o crescimento e desenvolvimento. Assim, nas consultas de VSIIJ, e de acordo com o PNSIJ, foram realizados ensino e instrução acerca da alimentação diversificada, o que exigiu a procura de conhecimentos científicos atualizados.

Destaco também um estudo que se encontra a decorrer no serviço de neonatologia acerca das competências alimentares no RNPT, encontrando-se a ser desenvolvido por uma EESIP e com colaboração de toda a equipa, que realizava o levantamento de dados, no qual tive a oportunidade de participar. É de extrema importância conseguir que a alimentação oral RNPT seja um acontecimento seguro, em que o bebé se encontra fisiologicamente estável, ativo, participante, com atividade oro motora, confortável e comportamentalmente organizado, isto constitui-se um grande desafio para os enfermeiros em neonatologia (Neto, 2014). “Para tal é determinante a adoção de linhas orientadoras claras para conseguir uma alimentação de qualidade” (Neto, 2014).

Esta problemática suscitou-me interesse não só pela intervenção que tive neste estudo, mas também para aprofundar os meus conhecimentos. Além da pesquisa bibliográfica acerca desta temática, foi fundamental a partilha de conhecimentos teóricos e práticos com a equipa de enfermagem e a prestação de cuidados aos bebés em estudo, encontrando-me bastante curiosa para conhecer os resultados desta investigação.

Considero que estas experiências foram determinantes para fomentar e sensibilizar a importância da investigação, para uma prática de qualidade e de desenvolvimento da profissão.

5. Conclusão

A elaboração deste relatório final teve o intuito de descrever e refletir acerca dos objetivos e das atividades desenvolvidas, ao longo deste percurso formativo, para aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao EESIP.

A minha experiência profissional na área da pediatria, permitiu-me iniciar o desenvolvimento de algumas competências inerentes ao EESIP, pelo que obtive a creditação do estágio “A saúde da criança e família – Vigilância e decisão clínica”, contudo essas competências foram aperfeiçoadas e desenvolvidas no decorrer do estágio.

Este estágio proporcionou-me a oportunidade de experimentar diversos contextos da prática clínica, tal como é preconizado pelo Regulamento de Competências Específicas do EESIP. Segundo este regulamento o EESIP trabalha em parceria com a criança/jovem e família qualquer que seja o seu contexto. Ser enfermeira em contextos diferentes foi um desafio constante, todavia também se tornou numa excelente fonte de aprendizagem. Destaco o papel do EESIP na saúde escolar no âmbito dos CSP, os cuidados de desenvolvimento centrados no RN e na família na Unidade de Neonatologia, e a Triagem no SUP.

No decorrer do estágio apliquei os conhecimentos científicos, provenientes da minha formação inicial, pós-graduada e da minha experiência profissional, tendo também recorrido à pesquisa bibliográfica, à análise e à reflexão, de forma a fundamentar a minha prática e a resolver questões específicas e complexas.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem, de forma a possuir o maior número de experiências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família. Estas contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, e conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre em consideração os aspetos sociais, éticos e culturais.

A partilha de experiências e de conhecimentos, com os enfermeiros tutores e equipas constituíram importantes momentos de aprendizagem e reflexão sobre as problemáticas atuais da área da especialização.

Ao longo deste percurso foram várias as dificuldades com que me deparei, essencialmente por questões pessoais. Contudo, com empenho e dedicação considero ter atingido os objetivos, inicialmente definidos, bem como as competências inerentes ao EESIP. Estas terão um papel estruturante na capacidade de enfrentar novas situações.

6. Referências Bibliográficas

- Almeida, P. N. (1973). *O ensino globalizante em dinâmicas de grupo*. São Paulo: Saraiva.
- Alves, J. M., Amendoeira, J. J., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. Obtido de www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2016-0070.pdf
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da Criança: Sentimentos e Opiniões dos Pais. *Revista INFAD de Psicologia "International Journal of Developmental and Edicacional Psychology"*, 2(1), 125-132. Obtido de <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1201/1044>
- Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., Emídio, M., & Mota, L. (2018). Perspetivas das Pessoas que Recebem Más Notícias em Contexto Hospitalar: Revisão Integrativa. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 1(1), pp. 109-118.
- Barros, L. (2003). *A Psicologia Pediátrica: perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Batalha, L. M. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, 16-21. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/47132011.pdf>
- Batista, A., Videira, C., Ramos, S., & Costa, C. A. (2004). A Criança, o Hospital eo Brincar. (9), pp. 3-13. Obtido de www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/Rie9/3-13.pdf
- Borges, M. V. (1979). Normas de assisrencia de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 139-147. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/BCTcnNQDybLtxK9NBZ4w7qL/?format=pdf&lang=pt>

- Brazelton, T. B. (2018). *O Grande Livro Da Criança - O Desenvolvimento Emocional e Do Comportamento Durante os Primeiros Anos*. Presença.
- Cabrera, J. A. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro?* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/104135/2/191361.pdf>
- Campos, A. P. (2018). Dor Neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *I(4)*, pp. 354-358. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922018000400354&script=sci_arttext&tlng=pt
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2013). *The Canadian triage and acuity scale: Combined adult paediatric educational program: Participant's manual: Triage training resources (Vers. 2.5b)*. Canada. Obtido de http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos Pais na Hospitalização da Criança com Doença Aguda*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>
- Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências Parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 11-20. Obtido de Instrumento de Avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>
- Cardoso, S. M. (2016). *Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do enfermeiro Especialista*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16770/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20final%20-%20Transi%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Parentalidade%20na%20Pre>

maturidade%20Interven%C3%A7%C3%B5es%20do%20Enfermeiro%20Especialista%20vers~1.pdf

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In GLAPER, E; Tuckel, A. – Advances in child health nursing. (S. Press, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*.

Castro, R. (2012). *Pequeno Manual de Amamentação*. Obtido de www.aleitamento.org.br

Cordeiro, R. A., & R., C. (Janeiro- Março de 2014). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(1), 185-192.

Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/M%C3%A9todos%20de%20prest%C3%A7%C3%A3o%20de%20cuidados.pdf>

Cruz, M. C. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no Serviço de Urgência Pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais*. Relatório Final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Instituto Politécnico de Viseu. Obtido de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5490>

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Decreto-Lei nº28/2008. (s.d.). Decreto-Lei nº28/2008, Diário da república, 1ª série, nº38. 1182-1189. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Decreto-Lei nº281/2009. (s.d.). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Diário da República, 1ªsérie, Nº193. 7298-7301. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/491335>

- Decreto-Lei nº73/2017. (s.d.). Decreto-Lei nº73/2017. Diário da República, 1ª série, Nº118. 3128-3140. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/107541409>
- Despacho n.º 10143/2009. (16 de Abril de 2009). Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*, 15438-15440. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/2216123>
- Despacho nº1057/2015, Publicado em Diário da República, 2ª série. (2015). (73), 3039. Obtido de em: <https://dre.pt/application/file/a/66391929>
- Despacho nº12045/2006 publicado em Diário da República nº110 de 7 de Junho. (s.d.). Programa Nacional de Saúde Escolar.
- DGS. (2003). Circular Normativa - A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. (09). Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Obtido de http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pedia%CC%81trica.pdf
- DGS. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.
- DGS. (31 de 05 de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=1jodod5520f3dsqhlN2iyf45&cr=23994>
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar.
- DGS. (2017a). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Obtido de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/PAI-febre-pediatria.pdf>

- DGS. (2017b). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf
- DGS. (2018). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa. Obtido de : <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- DGS. (2018). Norma nº022/2018 - Sistemas de triagem nos serviços de urgência e referência interna imediata. Lisboa. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0022018-de-09012018.aspx>
- DGS. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas Orientadoras para Profissionais e Educadores*. Obtido de <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- DGS. (2020a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Epidemia por Covid-19.
- DGS. (2020b). Referencial Escolas - Controlo da Transmissão de Covid-19 em contexto escolar. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19787/referencial-para-as-escolas-controlo-da-transmiss%C3%A3o-de-covid-19-em-contexto-escolar.pdf>.
- DGS. (2020c). Plano Nacional de Vacinação. Obtido de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Diário da República, 2. s. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Peditrica.
- Dias, J., Silva, A., Freire, R., & Andrade, A. (2013). A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. *REME*.

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, J. L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(13), 43-51. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200006&lng=pt&tlng=.
- Edwards, T. A. (2013). *The art of triage*. New York:: Nova Science Publishers, Inc.
- Erkul, M., & Efe, E. (1 de Março de 2017). Eficácia da amamentação na dor dos bebês durante a vacinação. *12*. doi:<https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0141>
- ESPGHAN. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper. Obtido de <https://www.espghan.org/knowledge-center>
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Obtido de <https://pt.scribd.com/document/186572126/O-atendimento-a-crianca-na-Urgencia-Pediatria-Dino-Fernandes-Enfermeiro-EESIP>
- Fernandes, D. (2013). O Atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Obtido de <https://pt.scribd.com/document/186572126/O-atendimento-a-crianca-na-Urgencia-Pediatria-Dino-Fernandes-Enfermeiro-EESIP>
- Ferrel, B. R., & Coyle, N. (2010). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press.
- Figueiredo, C. I. (2016). *Estratégias Não Farmacológicas ao Cuidar da Criança com Dor*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico da Guarda. Obtido de <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20-%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf>
- Fitzgerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2010). Emergency Department triage revisited. *Emergency Medicine Journal*(27), 86-92. Obtido de <https://emj.bmj.com/content/27/2/86>
- Francisco, A. M., Hicks, K., Powell, J., Styles, K., Tabor, J. L., & Hulton, L. J. (2008). The effect of childhood sexual abuse on adolescent pregnancy: an integrative

research review. *13*(4), pp. 237-248. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1744-6155.2008.00160.x>

Friques, A. (2021). Como oferecer alimentos sólidos ao bebê na introdução alimentar. Obtido de <https://andreaifriques.com/introducao-alimentar/como-oferecer-alimentos-solidos-ao-bebe/>

Galvão, D. M., Pedroso, R. M., & Ramalho, S. I. (2015). Intervenções Não Farmacológicas na Redução da Dor em Uso na Vacinação de Lactentes. *INFAD Revista de Psicologia*, *1*(1), 89-98. Obtido de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/254/110>

Gottlieb, L., & Feely, N. (2005). *The collaborative partnership approach to care: a delicate balance*. Toronto: Elsevier Canada.

Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, *XXIV*(3), 99-102. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/8509>

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Isidoro, V. S. (2014). *A Comunicação Não Verbal do Recém-nascido e o Cuidado de Enfermagem em UTI Neonatal: um estudo com a equipe de enfermagem*. Universidade Federal Fluminense, Niterói. Obtido de <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3289/1/TCC%20Vivivane%20de%20Souza%20Isidoro.pdf>

Kron, T., & Gray, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança* (6ª ed.). Rio de Janeiro.

Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto publicada em Diário da República, 1ª série, N.º 151. (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto Estabelece o regime de aplicação da

educação sexual em meio escolar. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/493854>

Lei nº106/2009. (2009). *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/489768/details/maximized>

Lei nº156/2015 de 16 de Setembro publicada em Diário da República 1ªsérie, nº181. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia, 18*(2), pp. 307-325.

Loch, J. A., Clotet, J., & Goldim, J. R. (2007). Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Revista da Associação Médica Brasileira, 53*(3), 240-246. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a22v53n3.pdf>

Lopes, N. M. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>

Luís, M. P., Gonzaga, M., Sousa, S., & Guimarães, C. (2012). Guião PRESSE. Formação de Professores. Obtido de <http://www.aeplegua.pt/projectos/projetos-2015-2016/educacao-para-a-saude/educacao-sexual-em-meio-escolar/materiais-de-apoio/presse/guiao/Guiao%20PRESSE%202012.pdf/view>

Marques, D. K., Silva, K. L., Cruz, D. S., & Souza, I. V. (Julho a Setembro de 2015). Benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico: visão dos enfermeiros de um hospital infantil. pp. 64-68.

- Martinez, E. A., Tocatins, F. R., & Souza, R. S. (2010). Comunicação e Assistência de Enfermagem a Criança. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 12-14. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/505750987005>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Obtido de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mendes, E. N., & Bonilha, A. L. (2003). Procedimento de enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 1(24), 109-118. Obtido de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4442/2368>
- Mendes, M. G. (2012). A organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%c3%a7%c3%a3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*(6), 113-121. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>
- Mendonça, M. J. (2015). *A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: O brincar como instrumento terapêutico de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Lisboa, Lisboa. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16414/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>

- Moreno, R., Magalhães, E., Souza, E., & Silva, M. (2003). Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. (U. d. Paulo, Ed.) pp. 164-169.
- Moretto, L. C., Perondi, E. R., TRevian, M. G., Teixeira, G. T., Hoesel, T. C., & Costa, L. D. (2019). Dor no recém-nascido: perspectivas da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva neonatal. *Saúde UNIPAR*, 23(1), 29-34. Obtido de <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6580/0>
- Neto, F. M. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9733/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20%20%283.%201.2%29%28final%29.pdf>
- Nunes, F. M. (2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Revista Nursing*(219). Obtido de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia>
- Nunes, J. M. (2010). Comunicação em contexto clínico.
- OE. (2001). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- OE. (2006). Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf
- OE. (2010a). *Guia orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_sau deinfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.

- OE. (2013). Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- OE. (2015a). Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização.
- OE. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 4ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- OE. (2018a). Parecer nº9/2018. *Funções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas Equipas Locais de Intervenção Precoce*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5149/mceesip_parecer9_2018.pdf
- OE. (2018b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Obtido de <https://ordemdosenfermeiros.pt>
- OE. (2018c). Regulamento nº76/2018 - Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018*. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- OE. (2020). Parecer da Mesa o Colégio ad Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nº07/2020. *Recusa do enfermeiro de família em administrar uma vacina injectável a um lactente de 3 meses durante a amamentação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf

- Parreira, P. M. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pinheiro, M. F. (Novembro-Dezembro de 1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 6(42), 319-331.
- Pinto, F., & Ferronha, A. T. (2011). As Equipas Locais De Intervenção Precoce - ELI Porto Ocidental. *Nascer e Crescer*, 20(3), 166-172. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0872-07542011000300017&script=sci_arttext&tlng=es
- Pires, C. C. (2019). *Utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor de lactentes submetidos à vacinação*. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Educação, Florianópolis. Obtido de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202136/TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Portaria nº76/2018 de 14 de Março. (2018). Portaria nº76/2018 de 14 de Março publicada em Diário da República 1ª série nº52. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/114857712/details/maximized>
- Regulamento nº123/2011 publicado em Diário da República, 2. n. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. pp. 8653-8655. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/3477012>
- Regulamento nº76/2018 publicado em Diário da República, 2. n. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Resolução da Assembleia da República nº20. (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança. Lisboa. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1894&tabela=leis

- Ribeiro, R. A. (2013). *A Transmissão de Más Notícias na Perspetiva dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, UCP. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20raket-tese.pdf>
- Santos, A. P. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e Dificuldades da Equipa de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3685/1/TESE%20FINAL%2BAna%20Paula%20Santos.pdf>
- Shah, P. S., Aliwalas, L. L., & Shah, V. S. (2006). Breastfeeding or breast milk for procedural pain inneonates. Retrieved from Cochrane Database of Systematic Reviews. (CD004950.). doi:10.1002/14651858.CD004950.pub2
- Silva, L. P., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A. M., Pissarra, S., & Cardoso, M. (2014). Nutrição entérica na criança nascida pré-termo: revisão do consenso nacional. *Acta da Pediatria Portuguesa - Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, (pp. 326-339). Leiria. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Nutricao_enterica_RNPT.pdf
- Silva, M. A. (2013). Bullying entre pares na escola: desafio aos enfermeiros que atuam na atenção básica á saúde. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 3(15), 603-608. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.24527>
- Silva, M. A., Barroso, M. G., Abreu, M. S., & Oliveira, S. H. (2009). Experiência de pais e filhos recém-nascidos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, II(11), 37-46. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239958006>
- Silvestre, M. C. (2012a). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado da saúde das pessoas?* Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

- Silvestre, M. C. (2012b). *Integração de Enfermeiros em Instituições Hospitalares: Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado, escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10448/1/Dissertacao.pdf>
- Soares, A. C. (2016). Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*, 21(1), 1-10.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2004). *Consensos de Neonatologia*. Lisboa: SPP.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). Alimentação e nutrição do latente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5). Obtido de https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. L. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(23), 1097-1104. Obtido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01097.pdf
- Spagnol, C. A., Fernandes, M. S., Flório, M. C., Barreto, R. A., Sant'Ana, R. P., & Carvalho, V. T. (Junho de 2001). O método funcional na prática de enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: Relato de uma experiência. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 35(2), pp. 122-129. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JMhxphKkgwK8Pq3rsrQM4Sx/?format=pdf&lang=pt>
- Taddio, A., & al, e. (2009). Inadequate Pain Management During Routine Childhood Immunizations: TheNerve of It. *Clinical Therapeutics*(31), 152-167.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*, 4(6), 287-295.
- Tojal, A. M. (2011). *Perceção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de <https://repositorio.esenfc.pt>

- UNICEF. (2019). Convenção dos Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. *Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas*. Obtido de https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Vieira, M., Gaspar, S., R., G., & Nóbrega, T. (2018). *Promoção da Saúde em Contexto Escolar*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém. Obtido de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2309/1/PS%20MAG%20SIL%20R>
- Vizentim, L. A., & Milani, D. R. (2020). "Quebrando o Gelo": utilização da caixa de perguntas na educação sexual escolar descrita por uma pesquisa participante. *Revista Diversidade e Educação*, 8(1), 492-506. Obtido de <file:///C:/Users/Liliana/Downloads/11052-Texto%20do%20artigo-37141-1-10-20201003.pdf>
- Zanon, B. P., Cremonese, L., Ribeiro, A. C., Padoin, S. M., & C., P. C. (5 de 8 de 2020). Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4(73). Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/dSXbkVGGpKvPQKJDxd7Y3Dr/?lang=pt#>

7. Apêndices

Apêndice I: Plano de cuidados

Plano de Cuidados de Enfermagem

O G. é uma criança do género masculino, tem 4 anos e apresenta um atraso global do desenvolvimento psico-motor. Este menino encontra-se em vigilância pela Equipa Local de Intervenção (ELI), tendo por isso sido contactada a mãe telefonicamente que revela que a preocupação atual é a incontinência urinária noturna.

A mãe do G. refere que já tinha efetuado desfralde com sucesso, contudo esteve ausente cerca de duas semanas (internamento da mãe) e houve um retrocesso. Neste período o menino ficou ao cuidado da avó.

O G. teve consulta com o médico de família que prescreveu análises, contudo ainda não foram realizadas.

Face á preocupação atual da mãe é efetuado o seguinte plano de cuidados de enfermagem.

FOCO: Disponibilidade para aprender		
Atividades de diagnóstico: - Observar se a mãe apresenta comportamentos que demonstram a disponibilidade para aprender, como: <ul style="list-style-type: none">• Expressões verbais que indicam recetividade e motivação intrínseca;• Coloca questões face aos temas;• Disponibiliza tempo para aprender.		Dados recolhidos: No decorrer do contato, a mãe manteve-se sempre atenta às informações dadas e referiu que estava a perceber o conteúdo da informação pois foi confirmando. Apresenta-se atenta a toda a informação fornecida pelos profissionais de saúde e dispõe de tempo para conversar sobre aspetos importantes.
Início 30/12/2020	Termo	Diagnóstico de enfermagem: <u>Disponibilidade para aprender efetiva</u>

FOCO: Apoio à família		
Atividades de diagnóstico: - Avaliar se existe algum apoio da família nesta fase, colocando a seguinte questão à mãe: “A Sra. tem apoio familiar?” “Se sim, qual/quais o(s) membro(s) da sua família que a apoiam?”		Dados recolhidos: Dados recolhidos: Às questões colocadas, a mãe respondeu: P: A Sra. tem apoio familiar? R: Sim. P: Se sim, qual/quais o(s) membro(s) da sua família que a apoiam? R: A avó do G..
Início 30/12/2020	Termo	Diagnóstico de enfermagem: Apoio à família efetivo

FOCO: Papel Parental – Potencial para melhorar o conhecimento da mãe para tomar conta			
Atividades de diagnóstico: - Avaliar conhecimento da mãe para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)		Dados recolhidos: Dados recolhidos: A mãe refere que já tinha efetuado o desfralde ao G. no período diurno mas também noturno, contudo não entende este retrocesso. As estratégias adaptativas que tem utilizado não têm sido eficazes.	
Início 30/12/2020	Termo	Diagnóstico de enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento da mãe para tomar conta	
Objetivo dos cuidados: - Melhorar conhecimento da mãe sobre tomar conta (necessidades desenvolvimentais)			
Critérios de resultado: - Que a mãe reconheça as estratégias de desfralde			
Início 30/12/2020	Realizada	Termo	Intervenções (e atividades que concretizam a intervenção): - Instruir a mãe a tomar conta do auto cuidado; - Instruir a mãe a assistir a criança no auto cuidado uso do sanitário; - Explorar com a mãe os meios para a criança desenvolver a capacidade do uso do sanitário; - Negociar as estratégias a adotar;

			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre desfralde; - Orientar sobre a diminuição de ingestão hídrica ao fim do dia (18h)(e evicção de bebidas com cafeína); - Ensinar sobre monitorizar a eliminação urinária durante o sono (calendário de registo das noites secas/molhadas); - Orientar para adoção de medidas; comportamentais (importância da rotina fim do dia; desaconselhar o uso de proteções – fraldas); - Estabelecer padrão de eliminação urinária (antes de dormir); - Ensinar sobre a importância do reforço positivo; - Apoiar a tomada de decisão; - Encorajar a adoção de medidas comportamentais; - Avaliar a evolução do controle de esfíncter vesical durante o sono.
Realizada	Atividades de avaliação: - Avaliar conhecimento da mãe sobre tomar conta (necessidades desenvolvimentais).	Resultados obtidos: A mãe deverá sentir-se confortável e autónoma na técnica de desfralde.	

Apêndice II: Ação de Educação para a Saúde: “Atividades Promotoras do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Planeamento da Ação de educação para a Saúde

Atividades promotoras do desenvolvimento no 1º ano de vida

(Unidade de Cuidados na Comunidade)

Trabalho elaborado por:

Liliana Almeida, N°396417029

Sob orientação de: Enª X

Docente Orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, janeiro de 2021

1 Introdução

No âmbito do plano curricular do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, no contexto da Unidade Curricular Estágio, foi detetada a necessidade de realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES), no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Esta atividade encontra-se integrada num projeto já existente: "Projeto de Competências Parentais" e irá complementar o mesmo com o tema "Atividades Promotoras do Desenvolvimento".

Deste modo o principal objetivo desta AES é promover a capacitação dos pais sobre atividades promotoras do desenvolvimento aos 6, 9 e 12 meses.

Esta AES foi desenvolvida sob a orientação da Enª X, especialista em saúde infantil e pediátrica e da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

O presente documento visa realizar o planeamento da AES e encontra-se dividido em 3 capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma pequena introdução, no segundo capítulo o planeamento da AES e no terceiro uma breve conclusão.

ÍNDICE

1 Introdução	2
2 Planeamento da AES	3
2.1 Análise da situação / Escolha do tema	3
2.2 Formulação dos objetivos	5
2.3 Seleção de Conteúdos	5
2.4 Metodologia/Seleção de estratégias	12
2.5 Recursos	12
2.6 Avaliação	12
2.7 Plano da AES	12
3 Conclusão	15
4 Referências Bibliográficas	16

2 Planeamento da AES

2.1 Análise da situação / Escolha do tema

De acordo com a OE (2010) todas as crianças têm direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado, sendo cada criança um ser único e com o seu próprio ritmo de desenvolvimento. Contudo existem padrões previsíveis de crescimento e desenvolvimento da criança que são contínuos, ordenados e progressivos (Hockenberry M. J., Wilson e Winkelstein, 2006).

Segundo a DGS (2005) a *"consistência e a constância dos cuidados parentais, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida"*.

É especialmente nos primeiros três anos da criança que o vínculo afetivo, manifestado através do amor ou apego com o adulto, se assume como um fator determinante do desenvolvimento emocional da criança e também da sua autorregulação. Este é um fator fulcral não só do desenvolvimento social, pelo que "relações sólidas fortalecem habilidades sociais, a auto-confiança e a empatia"; como do desenvolvimento sensório-motor, uma vez que o "toque, as carícias, os jogos corporais fornecem dados ao sistema somatossensorial"; e do desenvolvimento intelectual pois ao contar histórias, cantar canções, descobrir as cores, formas e tamanhos constroem as habilidades cognitivas (OECSA, 2010). Deste modo, os pais devem proporcionar à criança estímulos e experiências de forma a maximizar o seu potencial de desenvolvimento infantil.

Alguns autores como Papalia, Olds e Feldman (2001) acrescentam que para além das capacidades inatas da criança, devido à plasticidade do cérebro, este é facilmente "moldado", ou seja, as células nervosas modificam-se quanto à forma e tamanho, ao longo da vida, em resposta à estimulação ambiental.

Dada a complexidade do desenvolvimento da criança, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente ao EESIP colaborar com os pais e auxiliá-los a compreender como podem potenciar o desenvolvimento dos seus filhos através

de atividades promotoras do desenvolvimento. Estes profissionais devem também contribuir para educação para a saúde das famílias através da obtenção de resposta às necessidades das mesmas na adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar (OE, 2018) uma vez que, quando ocorre uma transição há inequivocamente uma crise, mudança ou rutura (Coillière, 2003). Deste modo, existe uma maior suscetibilidade a riscos e alterações da sua saúde familiar (Meleis et al., 2000). A intervenção precoce e o conhecimento acerca de como promover um desenvolvimento infantil saudável é fundamental para ajudar os pais e contribuir para a diminuição dos níveis de stress e ansiedade dos mesmos (Okamoto, Matsuoka, 2009) .

Os enfermeiros pelas competências que possuem e pela proximidade que têm com as famílias estão em situação privilegiada para identificar necessidades e definir intervenções adaptadas às expectativas dos pais, desempenhando assim um papel determinante na promoção da adaptação à parentalidade e na transição de papéis. Além da possibilidade em providenciar informação, apoiar e mobilizar recursos essenciais no acompanhamento da realização dos projetos de vida, os enfermeiros atuam como elementos facilitadores para que a transição seja bem sucedida (Martins, 2013).

A transição para a Parentalidade é dos acontecimentos mais marcantes da vida adulta, tornar-se mãe ou pai envolve uma realidade nova e desconhecida. Esta transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova conceção do "eu" (Mercer, 2010 citado por Rebeca, 2013).

A transição pode ser descrita por um período de transição da vida que decorre num determinado período de tempo variável e implica envolvimento e mudança de um estado para o outro, envolvendo o ciclo vital; e/ou situacional que implica a redefinição de papéis (Meleis, 2010). No caso da transição para a parentalidade, ocorre uma mudança para o papel de pais, que passam a relacionar-se de modo diferente entre si e com a própria sociedade, assumindo uma nova identidade social, perante a qual são esperados comportamentos adequados de cuidado à criança (Stern e Stern, 2000 citado por Rebeca, 2013). Esta transição para envolve dois processos: o envolvimento definido da relação e do contato direto no cuidado à criança, e o empowerment da mulher por parte

de outrem, promovendo o crescimento e a transformação da mesma em como se tomar mãe (Mercer, 2010).

2.2 Formulação dos objetivos

Objetivos Gerais

- Capacitar os pais de conhecimentos que proporcionem um adequado desenvolvimento do bebé;
- Promover a adoção de estratégias facilitadoras do desenvolvimento físico, emocional, social e intelectual da criança.

Objetivos Educacionais

Pretende-se que no final da AES os pais tenham conhecimentos acerca de como:

- Estimular a criança da forma mais adequada à faixa etária;
- Desenvolver estratégias promotoras do desenvolvimento;
- Fortalecer a vinculação com a criança.

2.3 Seleção de Conteúdos

De acordo com os objetivos a atingir, os conteúdos educacionais selecionados são:

- Desenvolvimento no primeiro ano de vida;
- Atividades promotoras do desenvolvimento no primeiro ano de vida.

O desenvolvimento infantil não progride para todas as crianças ao mesmo ritmo, contudo existe uma ordem sequencial definida e previsível. A velocidade de passagem de um estágio a outro varia de criança para criança e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas competências também difere (DGS, 2013).

Mary Sheridan foi uma das precursoras no conceito da necessidade de vigilância e deteção precoce dos problemas de desenvolvimento, então muito relacionados

com aspetos psicomotores e linguísticos. O seu trabalho e as suas escalas de vigilância são, presumivelmente, as mais usadas em todo o mundo e delas derivam todos os trabalhos que têm sido feitos nesta área. Existem várias escalas de avaliação do desenvolvimento infantil sendo algumas mais completas que a Escala de Mary Sheridan, uma vez que abordam aspetos comportamentais e emocionais que não constam nessa escala (Pinto, 2009).

Uma vez que a Escala de Mary Sheridan Modificada é das mais usadas e está contemplada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e no Guia Orientador de Boas Práticas (OE, 2010), esta servirá como guia orientador para as atividades promotoras do desenvolvimento.

Assim, segundo a escala de Mary Sheridan Modificada o desenvolvimento infantil comporta 4 competências: motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem e comportamento e adaptação social.

De seguida apresentam-se as etapas do desenvolvimento, com base na escala da Mary Sheridan Modificada (DGS, 2013), tendo em conta as faixas etárias das crianças abrangidas.

Habilidades				
Faixa Etária	Motricidade Global	Visão e Manipulação	Audição e Linguagem	Comportamento e Adaptação Social
6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Decúbito ventral: eleva o tórax e parte superior do abdómen apoiado nas mãos; - Decúbito dorsal: levanta a cabeça para olhar os pés e agarra-os; - Muda de decúbito ventral para decúbito dorsal; - Fica sentado por momentos, controla a cabeça e costas direitas; - Suportado de pé faz apoio; - Tracção pelas mãos levanta a cabeça. 	<ul style="list-style-type: none"> - Segura objetos, leva-os à boca; - Se perde um objeto, esquece-o rapidamente; - Os olhos movem-se coordenados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Emite sons: Exemplo "a a", "qu", "ada", "arru"; - Tem prazer em ouvir os próprios sons; - Ri-se, dá gargalhadas e guincha durante as brincadeiras; - Responde ao som lateralizando a cabeça; - Compreende o "não" mas não sabe responder-lhe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece os pais, teme os estranhos; - Estica os braços para ser pegado; - Interessa-se pelo ambiente em redor; - Atento os objetos; - Imitador nos jogos que entrem expressões faciais, balbuciando ao mesmo tempo; - Desvaloriza a alimentação e o sono devido à aquisição de novas aquisições motoras; - Mostra o seu temperamento de uma forma mais nítida: nível de atividade, perturbação, persistência, capacidade de adaptação, regularidade, limiar sensorial, humor, reacção a situações novas.

Fonte: DGS, 2013

Faixa Etária	Habilidades			
	Motricidade Global	Visão e Manipulação	Audição e Linguagem	Comportamento e Adaptação Social
9 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo da flexão e extensão, logo inicia movimentos na diagonal usando a rotação entre a cintura escapular e pélvica; - Em decúbito ventral, pode brincar com uma mão e outra livre sem perder o equilíbrio; - Posição de sentado durante 10 a 15 minutos. Boa extensão da coluna lombar; - Rasteja/gatinha ou desloca-se sentado arrastando os pés; - Boa carga nos pés. Posição de urso (mãos e pés no chão); - Na posição sentado costas direitas por longos períodos; - Passa a posição de sentado quando deitado ou consegue manter-se de pé agarrando à mobília; 	<ul style="list-style-type: none"> - Observa atentamente a atividade das pessoas e animais e acena; - Segue um objeto que cai e atira-o para o chão; - Adquire o controlo da supinação e pronação e todos os movimentos associados ao punho; - Bate com 2 brinquedos que tem na mão. - Manipula-os com agilidade; - Empurra pequenas drageias com indicador, junta. Com o polegar e indicador numa posição de tesoura (início dos movimentos finos); - Segura, morde e mastiga pequenos pedaços de comida; - Quando bebe, segura no copo. Tenta agarrar a colher. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atento aos sons, localiza-os na horizontal ou diagonal; - Utiliza monossílabos ou simplesmente sons para exprimir os seus desejos; - Inicia a compreensão de certas expressões que são usadas no mesmo contexto (ex. não, adeus) - Observa atentamente os movimentos da boca da mãe e tenta imitá-los; - Diz não com movimento da cabeça; - Reconhece o próprio nome; - Diverte-se com jogos musicais. 	<ul style="list-style-type: none"> - O brincar ainda é repetitivo, pois está baseado na perceção e não nos conceitos; - Tem perceção do "1" e do "2", e por isso é capaz de reunir 2 objetos num só; - Bate palmas, acena e brinca de "cu-cu"; - Procura um brinquedo parcialmente escondido; - Encontra rapidamente um brinquedo totalmente escondido (reconhece permanência dos objetos); - Compreende a permanência das pessoas (angústia da separação); - Comportamento de "causa-efeito" e de "imitação" geralmente com os cuidadores mais próximos; - Esvazia a bexiga com menos frequência, até 8 vezes em 24 horas.

	- Suspensão pela barriga, tem movimentos de proteção esticando as mãos/braços para a frente.			
--	--	--	--	--

Fonte: DGS, 2013

Faixa Etária	Habilidades			
	Motricidade Global	Visão e Manipulação	Audição e Linguagem	Comportamento e Adaptação Social
12 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Senta-se bem por tempo indefinido, sozinho, com bom equilíbrio; - Gatinha, pode deslocar-se pelo chão de rabo; - Consegue pôr-se de pé; - Anda agarrado à mobília (ou empurrando um carrinho com rodas) com marcha lateral; - Anda para os lados e para a frente se lhe dermos as mãos; - Pode começar a andar sozinho; - Tenta alimentar-se 	<ul style="list-style-type: none"> - Aponta com o dedo objetos distantes; - Interesse visual pelo movimento: carros, pessoas; - Reconhece familiares a uma distância de 20 passos; - Começa a interessar-se pelas imagens; - Atrai brinquedos para o chão intencionalmente; - Pinça fina (polegar e indicador) para objetos pequenos; - Sem lateralidade definida, mas pode ter uma preferência; - Agarra o lápis com preensão palmar no topo do lápis; - Faz rabiscos muito leves, rapidamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde aos sons familiares a uma distância de 3 pés e meio, mas habitua-se rapidamente ao som e deixa de reagir; - Tem vocabulário de 3 a 5 palavras simples; - Localiza duas partes do corpo que lhe são indicadas; - Tagarela, fala de forma imprecisa (muitas consoantes e todas as vogais); - Volta-se muito rapidamente ao ouvir o nome; - Compreende nomes de objetos ou 	<ul style="list-style-type: none"> - Criança mais exigente e exploradora, aumentando o seu campo de interesse; - Sem noção dos seus limites; - Está no início do conceito de "mais um" que é a base de conceito de quantidade; - Compreende o jogo "causa-efeito" com segurança (experimentação dos pais e dos brinquedos); - Explora objetos no ambiente circundante; - Indica ou vocaliza a necessidade de cuidados de higiene ou de que está molhado (perceção de bexiga cheia); - Bate palmas com ritmo; - Gosta de brinquedos com som e sabe pô-los a funcionar;

<p>sozinho com a mão ou colher;</p> <p>- Bebe sozinho pelo copo, embora deixe entornar;</p> <p>- Mastiga bem desde que os alimentos não sejam muito duros;</p> <p>- Faz transporte dos alimentos de um lado para o outro com lateralização da língua;</p> <p>- Respiração abdominal e torácica.</p>	<p>troca de mão, farta-se e desiste;</p> <p>- Segura a colher, mas não se alimenta.</p> <p>- Consegue beber por um copo com ajuda.</p> <p>- Mastiga bem;</p> <p>- Ajuda a vestir-se, esticando os braços, mas foge constantemente.</p>	<p>peças familiares;</p> <p>- Percebe ordens simples associadas ao gesto ("dá", "adeus"...);</p> <p>- Começa a conhecer objetos pelo uso;</p> <p>- Usa palavra-frase.</p>	<p>- Início de negativismo, agressividade e birras;</p> <p>- Autonomia vincada, perda de apetite, acordar durante a noite;</p> <p>- Encontra rapidamente um brinquedo totalmente escondido.</p>
---	--	---	---

Fonte: DGS, 2013

Segundo a DGS (2013) as atividades promotoras do desenvolvimento são:

Aos 6 meses:

- Dar ao bebé brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cor atrativa, cubos (arestas arredondadas), de modo a estimulá-lo a transferir os objetos de uma mão para a outra;
- Sentar o bebé com apoio para que possa participar mais ativamente no ambiente que o rodeia;
- Incentivar o bebé a emitir sons, conversando e cantando;
- Dançar com o bebé;
- Colocar o bebé num tapete e pôr brinquedos á sua volta de forma a incentivá-lo a deslocar-se rodando e a pegar nos brinquedos;
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho, jogo do esconde-esconde;
- Não prevenir situações que lhe causem frustrações;

- Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão;
- Ritual do sono na hora de dormir.

Aos 9 meses:

- Dar ao bebê objetos diferentes e afastados uns dos outros, no sentido de incentivar o posicionamento;
- Colocar objetos em cima de um móvel ou sofá de maneira a incentivar o lactente a colocar-se de pé, colocando um tapete ou almofadas à volta para que não se magoe se cair;
- Chamar os objetos pelos nomes corretos;
- Ensinar a colocar objetos dentro e fora de uma caixa;
- Oferecer papel para amassar e rasgar;
- Dar a experimentar diferentes texturas e diferentes tamanhos, como tampas de garrafas, massinhas, espuma ou tecidos diferentes;
- Oferecer 2 objetos para a mão e posteriormente um 3º, deixando que ele "resolva o problema";
- Brincar ao "esconde" de objetos ou pessoas, por exemplo tapando e destapando o rosto com as mãos ou um pano;
- Ser firme e ter no "não";
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar;
- Incentivar a bater palmas e a acenar.

Aos 12 Meses:

- Promover a aquisição de capacidades motoras;
- Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança;
- Agir calmamente e com firmeza às birras;
- Manter rituais de sono;
- Não entrar em conflito na hora da refeição;
- Estimular as tarefas / ordens simples, dando estímulo positivo após a sua realização;
- Oferecer cubos, dar vários objetos para a mão;

- Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir promessas;
- Evitar pressões para controlo esfinteriano.

2.4 Metodologia/Seleção de estratégias

A AES faz parte de um projeto já existente na UCC sobre educação parental com previsão de iniciar em 2021.

Para esta sessão será usado um método expositivo, interativo e demonstrativo, através de uma apresentação PowerPoint.

2.5 Recursos

Os recursos necessários para esta sessão de formação são os seguintes:

- Recursos Humanos: Estudante do 13ºCurso de MEESIP, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto; Enfermeira orientadora especialista em SIP;
- Recursos Físicos: Sala de Reuniões ou gabinete da UCC;
- Recursos Materiais: Computador portátil com câmara e acesso à internet.

2.6 Avaliação

Face à especificidade da situação atual de pandemia em que devem ser evitadas aglomerações de pessoas, esta AES será virtual pelo que será efetuada uma avaliação tendo por base a reação dos participantes à formação e interesse demonstrados ao longo da sessão.

2.7 Plano da AES

Instituição: UCP	Tema: Atividades promotoras do desenvolvimento
Curso: MEESIP	Data: Hora:

<p>Unidade Curricular: A saúde da criança e família – Vigilância e decisão clínica</p> <p>Formador: Liliana Almeida</p> <p>Instituição: UCC X</p> <p>População-alvo: pais de crianças até um ano de idade</p> <p>Duração:</p>			<p>Objetivos Gerais: - Capacitar os pais de conhecimentos que proporcionem um adequado desenvolvimento do seu bebé;</p> <p>-Promover a adoção de estratégias facilitadoras do desenvolvimento físico, emocional, social e intelectual da criança.</p> <p>Objetivos Educacionais: Que os pais tenham conhecimentos acerca de como:</p> <p>- Estimular a criança da forma mais adequada à faixa etária;</p> <p>- Desenvolver estratégias promotoras do desenvolvimento;</p> <p>- Fortalecer a vinculação com a criança.</p>		
Etapas	Tempo	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Metodologias	Recursos	
Introdução	10min	Apresentação do formador; Enquadramento da sessão; Comunicação dos objetivos.	Expositiva	Computador portátil com acesso a internet	Avaliar o interesse e
Desenvolvimento	40min	Explicar aos pais o que são as atividades promotoras do desenvolvimento; Explicar as vantagens de fazer atividades	Expositiva		

		<p>promotoras do desenvolvimento com os seus bebés;</p> <p>Explicar as atividades que podem colocar em prática com os seus filhos.</p>			motivação dos pais.
Conclusão	10min	<p>Síntese dos principais conteúdos da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas.</p>	<p>Expositiva</p> <p>Interativa</p>		

3 Conclusão

Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aponta para uma filosofia centrada na criança e família, implicando um conhecimento especializado e uma intervenção focada nas necessidades, características e expectativas da criança e família. É da responsabilidade do enfermeiro ESIP, apoiar, encorajar e enfatizar as competências da família.

O enfermeiro de EESIP assume um papel fulcral na promoção e educação para a saúde através das AES, levando ao empoderamento dos pais, capacitando-os em conhecimentos e aptidões.

A temática abordada na AES visa sensibilizar os pais a desempenhar atividades promotoras do desenvolvimento, potenciando-o.

3 Conclusão

Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aponta para uma filosofia centrada na criança e família, implicando um conhecimento especializado e uma intervenção focada nas necessidades, características e expectativas da criança e família. É da responsabilidade do enfermeiro ESIP, apoiar, encorajar e enfatizar as competências da família.

O enfermeiro de EESIP assume um papel fulcral na promoção e educação para a saúde através das AES, levando ao empoderamento dos pais, capacitando-os em conhecimentos e aptidões.

A temática abordada na AES visa sensibilizar os pais a desempenhar atividades promotoras do desenvolvimento, potenciando-o.

4 Referências Bibliográficas

Collière, M. F. (2003). Cuidar... a primeira arte da vida. 2ª edição. Loures: Lusociência.

DGS (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: manual de Orientação para Profissionais de Saúde. Lisboa: DGS

DGS (31 de Maio de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Hockenberry, M.J.; Wilson; Winkelstein (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ª edição). Rio de Janeiro: MosbyElsevier

Martins, Cristina Araújo (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. Doutoramento em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf

Meleis, A. H. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company. Disponível em https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

OE (2010). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil- volume 1. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

OE (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República 2ª Série, Nº133, 12 de Julho de 2018. Lisboa.

Oficina de Educação e Cultura da Organização dos Estados Americanos (OECEA) (2010). Primeira Infância: Um olhar desde a neuroeducação. Washington D. C.: Organização dos Estados Americanos. disponível em: <http://iin.oea.org/pdf-iin/RH/primeira-infancia-por.pdf>

Okamoto, M., Matsuoka.(2009). Causal Model Structure Anlysis of Emotional Unrest in First Time Mothers Faced with Persistent Infant Crying 6-7 Weeks Postpartum. Asian Nursing Research. Volume 3 N°1. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(09\)60011-6](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(09)60011-6)

Papalia, D.E., Olds S.W. e Feldman R.D. (2001). O Mundo da Criança. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. Revista Portuguesa Clínica Geral. Disponível em http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_25_677.pdf

Rebeca, C. F. V. (2013). Transição para a Parentalidade: Intervenção em Enfermagem na Promoção de Competências Parentais. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16168/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20Transi%c3%a7%c3%a3o%20para%20a%20Parentalidade.pdf>



Sumário

- Desenvolvimento Infantil
- Como escolher um brinquedo
- 6 Meses
 - O que esperar
 - Estratégias
- 9 Meses
 - O que esperar
 - Estratégias
- 12 Meses
 - O que esperar
 - Estratégias
- Referências Bibliográficas

Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento infantil consiste numa sequência ordenada de transformações progressivas.

Não progride para todas as crianças ao mesmo ritmo, contudo existe uma ordem sequencial definida e previsível.

Por isso, vejam o vosso filho como ser único que é, sem pressões para atingir uma determinada "habilidade" só porque o "primo" já o faz.

Hockenbery, M.J.; Wiles; Winkler (2006)

Vamos dar-lhe algumas estratégias!

Ao brincar o seu filho
está a aprender, está
a desenvolver-se!



Quando escolher um brinquedo para o seu filho
opte por um brinquedo que seja:

- Adequado à idade;
- Opte por brinquedos laváveis;
- Resistente;
- Colorido;
- Sons;
- Pode optar por criar brincadeiras com materiais que tenha disponíveis em casa.



Atenção a objetos pequenos ou a peças que se possam soltar (por exemplo bolas saltitonas, berlindes, piões...)

aps, 2017

Antes de oferecer o brinquedo ao seu filho deve:

- Verificar com regularidade o estado de conservação dos brinquedos para confirmar que não existem, por exemplo, peças partidas, enchimento a sair, tecido a descoser, elementos a cair (olhos, rodas de carrinhos, laços, acessórios), tinta a lascar.
- Supervisione quando abrem presentes e retire imediatamente todas as embalagens dos brinquedos, fitas e os brindes do papel de embrulho (balões, chupa-chupas).
- Verifique as instruções e avisos.

april 2017

Desenvolvimento Infantil



6 Meses

9 Meses

12 Meses



6 Meses - O que esperar?

Agarra os pés;
Vira-se sozinho;
Senta-se por momentos;
De pé faz apoio;

Leva objetos à boca.



Emite sons;
Ri-se, dá gargalhadas.

Estica os braços para
ir ao colo;
Reconhece os pais e
teme estranhos.

DOS 0010 e OE 0010

6 Meses - Estratégias

- Dar ao bebé um brinquedo de tamanho médio (bola, chocalho, mordedores por exemplo).
- Sentar o bebé com apoio (almofadas).
- Colocar o bebé (de barriga para baixo ou sentado com apoio) num tapete e pôr brinquedos á sua volta.



DGS (2013) e OE (2010)

6 Meses - Estratégias

- Brincar em frente do espelho;
- Oferecer livros coloridos e com sons (animais por exemplo);
- Conversar, cantar e dançar com o bebé.



DGS (2013) e OE (2010)



9 Meses - O que esperar?



Senta-se;
Rasteja, gatinha ou desloca-se sentado;
Consegue pôr-se de pé agarrando-se à mobília.

Utiliza monossilabos ou sons para se exprimir;
Compreende expressões como "Não" e "Adeus";
Reconhece o próprio nome;
Diz "não" com a cabeça.

Bate com 2 brinquedos que tenha na mão;
Segura, morde e mastiga;
Segura no copo.

Bate palmas;
Acena;
Brinca de "cu-cu";
Procura brinquedo parcialmente escondido.

DGS (2013) e OE (2010)

9 Meses - Estratégias

- Deixe o seu filho livre no chão, num tapete, e coloque brinquedos por perto afastados uns dos outros;
- Coloque objetos em cima de um móvel ou sofá de maneira a incentivar o lactente a colocar-se de pé, colocando um tapete ou almofadas à volta para que não se magoe se cair;



DGS (2013) e OE (2010)

9 Meses - Estratégias

- Chame os objetos pelos nomes corretos;
- Ofereça objetos de encaixe (por exemplo caixas, copinhos de diversos tamanhos);
- Ofereça papel para amassar e rasgar;



DGS (2013) e OE (2010)

9 Meses - Estratégias

- Dar a experimentar diferentes texturas e diferentes tamanhos, como tampas de garrafas, massinhas, espuma ou tecidos diferentes (SEMPRE COM SUPERVISÃO).



DGS (2013) e OE (2010)

9 Meses - Estratégias

- Brinque de "cu-cu" com objetos ou pessoas, por exemplo tapando e destapando o rosto com as mãos ou um pano;
- Incentive a bater palmas.



DGS (2013) e OE (2010)

12 Meses



12 Meses - O que esperar?

Senta-se bem;
Gatinha ou desloca-se sentado;
Põe-se de pé;
Anda agarrado;
Bebe sozinho pelo copo.

Aponta com dedo indicador;
Atira brinquedos para o chão;
Faz pinça fina;
Agarra lápis com preensão
palmar e faz rabiscos;
Ajuda a vestir-se.



Diz 3 a 5 palavras;
Localiza 2 partes do corpo;
Percebe ordens simples.

Explora objetos no meio que o rodeia;
Bate palmas com ritmo;
Encontra objeto totalmente
escondido;
Início das birras.

DGS (2013) e OE (2010)

12 Meses - Estratégias

- Estimule o seu filho a gatinhar e a andar colocando brinquedos afastados dele, usando brinquedos de empurrar e NUNCA VOADORES/ANDEADEIRAS;
- Ofereça brinquedos de encaixe, para empilhar ou de abrir/fechar;



DGS (2013) e OE (2010)

12 Meses - Estratégias

- Ofereça vários objetos para a mão (por exemplo cubos);
- Ofereça lápis e papel;
- Enquanto faz as suas tarefas do dia-a-dia converse com o seu filho, diga o que está a fazer.



DGS (2013) e OE (2010)

Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Deixar a criança tomar algumas decisões mas em segurança;
- Agir calmamente e com firmeza às birras;
- Manter rituais de sono;
- Não entrar em conflito na hora da refeição;
- Estimular as tarefas / ordens simples dando estímulo positivo após a sua realização.

DGS (2013) e OE (2010)

Questões





Apêndice III: Rubrica de Saúde Escolar “Bullying e Cyberbullying”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Bullying e Cyberbullying

(Unidade de Cuidados na Comunidade)

Trabalho elaborado por:

Liliana Almeida, N°396417029

Sob orientação de: X, Enfermeira

Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Docente Orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, janeiro de 2021

1. Fundamentação Teórica

A escola é o local privilegiado de educação para a saúde, pois é um local onde encontramos maior número de crianças e jovens aptos a adquirir atitudes e comportamentos que fomentam um estilo de vida saudável. A Enfermagem em SIP, no contexto da saúde escolar, tem um papel fundamental na capacitação da comunidade escolar, nomeadamente nas áreas identificadas como prioritárias pela Direção Geral de Saúde no Programa Nacional de Saúde Escolar 2015.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar (DGS, 2015).

A promoção da saúde em meio escolar tem como princípios a equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar (DGS,2015). Assim com base nestes princípios e numa metodologia de trabalho por projeto, a promoção da saúde em meio escolar tem início nas necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para aumentar o nível de literacia em saúde e o estilo de vida da comunidade educativa (DGS, 2015).

O bullying e o cyberbullying surgem como uma problemática a ser desenvolvida no âmbito do PNSE, estando previsto no eixo 1, capacitação, na área de intervenção de saúde mental e competências socioemocionais.

O termo bullying é uma palavra de origem inglesa que significa um conjunto de ações e comportamentos agressivos praticados por um indivíduo ou por grupos, e que envolve: bater, humilhar, extorquir dinheiro, difamar, excluir ou discriminar (Pereira et al 2015). Segundo Olweus (1993), Smith & Sharp (1994) citados por Pereira et al (2015) o bullying é caracterizado por agressões repetidas e intencionais bem como do abuso sistemático de poder entre pares.

Para Beane (2008) existem 3 grupos de tipos de bullying: físico, verbal e social/relacional. O bullying físico engloba bater, beliscar, amedrontar, estragar ou destruir pertences, tirar, ou roubar objetos. O bullying verbal, pode constituir-se a insultar, troçar, fazer comentários racistas ou de assédio, difamar, ameaçar e intimidar. E, por último, o bullying social/relacional. Este tipo de bullying é mais frequente nas raparigas e é mais dissimulado. São exemplos a exclusão do grupo, manipulação de relacionamentos, humilhar e envergonhar. Segundo este autor o cyberbullying também se inclui neste tipo de bullying.

Almeida (2012) refere que o cyberbullying é o tipo de bullying que se apresenta com uma maior incidência na sociedade atual, pois com o desenvolvimento das tecnologias o bullying nas escolas tornou-se ainda mais notório, através da internet, dos telemóveis e das redes sociais (Lines, 2008). Este tipo de bullying implica um comportamento hostil que tem como objetivo afetar negativamente alguém através do uso das tecnologias de informação e comunicação. “O tipo de atitude envolvida é também é agressiva, propositada, negativa e com desequilíbrio de poder, mas a sua principal diferença prende-se com o anonimato do agressor e a rapidez com que prolifera o insulto, o rumor, a difamação, etc. entre desconhecidos nas redes sociais” (Almeida, 2012)

O cyberbullying torna-se assim um fenómeno que ultrapassa a barreira da escola e do próprio lar, sem qualquer tipo de controlo. Este tipo de violência é mais forte, uma vez que o público é mais extenso e diversificado (Lines, 2008).

Todos os tipos de bullying podem interferir gravemente na capacidade de comunicação e na personalidade das crianças/jovens, pois podem ter consequências ao nível das capacidades emocionais, sociais ou pessoais. Estas alterações provocam o aumento de sentimentos negativos, de baixa autoestima (Olweus, 1993 citado por Almeida, 2012) e a repercussões ao nível do sucesso escolar, pois estas crianças começam a considerar que a escola deixa de ser um local de aprendizagem, vínculo e proteção (Lourenço, Pereira, Paiva & Gebara, 2009 citado por Pereira, 2001).

Segundo a UNICEF, uma em cada três crianças do mundo, entre os 13 e os 15 anos, é vítima de bullying, sendo a escola o contexto em que o bullying está mais presente.

Os dados obtidos no Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) de 2018 revelam que as situações de violência física diminuem com a idade no caso dos rapazes (de 14% para 12% e para 7%, em função do aumento da idade). No caso das raparigas, verifica-se um aumento do envolvimento em situações de violência dos 11 para os 13 anos (3 para 5%), com uma diminuição dos 13 para os 15 anos (5 para 2%) (Matos et al, 2018).

Assim analisando o estudo supracitado e de acordo com Matos et al (2018) o envolvimento em situações de violência física, entre 2014 e 2018, evidenciam um padrão dependente do género. No caso dos rapazes, verifica-se um aumento da percentagem de situações de violência física nos mais jovens (de 11 para 14 e de 9 para 12%, no caso dos jovens com 11 e 13 anos, respetivamente) e uma tendência para uma diminuição nos mais velhos (com 15 anos, de 8 para 7%); No caso das raparigas, a percentagem de situações de violência física nos dois momentos de avaliação (2018 e 2014) manteve-se estável aos 11 e 15 anos (3 e 2%, respetivamente); no entanto, em 2018, a percentagem de raparigas com 13 anos envolvidas em situações de violência física foi superior à obtida em 2014.

O estudo da HBSC citado por Matos (2018) confirma o já referenciado por Almeida (2012), pois os resultados obtidos indicam um aumento do cyberbullying. Assim verifica-se neste estudo um aumento de casos dos 11 para os 13 anos (5.1 para 8.9% no caso dos rapazes e 6 para 10.1% no caso das raparigas) e uma tendência para uma diminuição dos 13 para os 15 anos (de 8.9 para 8.1% nos rapazes e de 10.1 para 9% nas raparigas). Deste modo os dados relativos ao envolvimento em situações de cyberbullying como cibervítimas mostraram não depender do género.

Assim dada a prevalência de bullying e de cyberbullying nas escolas torna-se pertinente uma intervenção de enfermagem de forma a alertar a comunidade para esta problemática que atinge as crianças/jovens e pode trazer consequências nefastas para o desenvolvimento infantil e juvenil, bem como na vida adulta. Face às situações de bullying o enfermeiro assume um papel de extrema importância no atendimento às crianças/jovens nas unidades de saúde, mas também em contexto escolar, devendo atuar na promoção da saúde e na educação para a saúde, mas também na identificação de sinais e sintomas de violência e suas conseqüentes necessidades de saúde (Silva, 2013).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem cabe ao EESIP intervir no PNSE e sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, suas consequências e prevenção (OE, 2010), assim dada a prevalência de casos de bullying na comunidade escolar, como mostram os dados do HBSC, foram efetuadas duas rubricas de sensibilização nas redes sociais que visa a mudança de comportamentos nas escolas mas também fora delas (Anexo 1 e 2). Segundo o PNSE as novas tecnologias e os dispositivos móveis, podem “contribuir para a literacia em saúde, a gestão da saúde individual e a promoção e educação para a saúde” (DGS,2015).

2. Referências Bibliográficas

- Almeida, M. R. M. G. (2012). O Bullying no Contexto Escolar (2º e 3º ciclos) - Um Plano de Intervenção e Prevenção. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa. Disponível em <https://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/3275/1/Rosario%20Almeida%20-%20Trabalho%20de%20Projeto.pdf>
- Beane, A. (2008). Proteja o seu filho do Bullying. Porto: Porto Editora;
- Lines, D. (2008). The bullies: Understanding bullies and bullying. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Matos M. G., Simões C., Camacho I., Reis M. e Equipa Aventura Social (2015). Relatório do estudo Health Behaviour School-aged Children 2014 - A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf
- Matos, M. G., et al (2018). Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) Internacional Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1589841620_HBSC%20Internacional%202020.pdf
- DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.
- Pereira, B. O., Neto, W. B., Zequinão, M. A., & Silva, I. P. (2015). Prevenção do Bullying no Contexto Escolar: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção. In P. Pereira, S. Vale, & A. Cardoso (Eds.), Livro de Atas do XI Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde (SIEFLAS). Perspetivas de Desenvolvimento num Mundo Globalizado (pp. 535-544). Porto: Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/37683/1/PREVEN%c3%87AO%20BULLYING%20CONT%20ESCOLAR_PEREIRA%20B%20ET%20A_L_SIEFLAS2015.pdf

- Silva, M. A. I. (2013). Bullying entre pares na escola: desafio aos enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 15(3), 603-8. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.24527>
- UNICEF. Disponível em https://www.unicef.pt/globalpages/_/porfimaviolencias-escolas/
- Yoshinaga, A. C. M. (2015). Bullying e o trabalho do enfermeiro no contexto escolar: validação de um programa de intervenção através do método Delphi. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Apêndice I

Rubrica de Saúde Escolar I

Escolhe uma vida saudável...

...Diz não ao *Bullying*!

Cada criança sente medo em diferentes fases do seu desenvolvimento. E, este medo, precede a mudança, proporciona o crescimento.

Mas... medo de ir para a escola? Nenhuma criança e/ou jovem deveria sentir!!!

<https://youtu.be/EA437XYgHQI>

Sigam o recado da Enfermeira Liliana Almeida (EESIP).

UCC X a promover a saúde ao seu lado!

Apêndice II

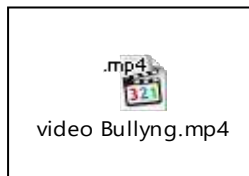
Rubrica de Saúde Escolar II

Escolhe uma vida saudável...

...Diz não ao *Bullying*!

O bullying é o principal responsável pelo sentimento de medo e de apreensão no contexto escolar. Sentir o estudante ansioso na hora de ir para a escola, deve despertar maior atenção nos seus pais, mas também em toda a comunidade escolar!

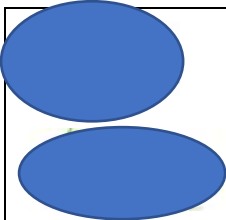
Estejam atentos!



Sigam o recado da Enfermeira Liliana Almeida (EESIP).

UCC X a promover a saúde ao seu lado!

Apêndice IV: Norma de Procedimentos de enfermagem – Intervenção nas escolas: Gabinete de Informação e Apoio aos Alunos

	Norma de Procedimentos de Enfermagem	Página	
	Intervenção nas escolas: Gabinete de Informação e Apoio aos Alunos (GIAA)	Edição 01	Data 05/09/2020

I - ENQUADRAMENTO

O regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, previsto pela Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, é assegurado por uma equipa interdisciplinar constituída pelos professores responsáveis pelo Projeto de Educação para a Saúde (PES) e profissionais técnicos da respetiva unidade de saúde escolar (Enfermeiros da UCC X).

O Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA) é um espaço de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual, com o objetivo geral de promover a saúde integral dos jovens nas várias dimensões do bem-estar físico, mental e social.

Esta atividade insere-se no eixo 1 (Capacitação) – 4.1.1.2 Educação para os afetos e a sexualidade do Plano nacional de Saúde Escolar.

II – OBJETIVOS

Estabelecer princípios orientadores para a intervenção dos Enfermeiros da Equipa de Saúde Escolar com crianças/Jovens nos Gabinetes de Apoio e Informação aos alunos.

III – RESPONSABILIDADE

Este procedimento é da responsabilidade da Equipa de Saúde Escolar do ACES [REDACTED] e a sua aplicabilidade é da responsabilidade de todos os elementos dessa Equipa.

IV – DESTINATÁRIOS

Profissionais que intervêm com as crianças e jovens que frequentem os Agrupamentos de Escolas da área de intervenção da UCC [REDACTED]

V- DESCRIÇÃO

Criado, no âmbito da Educação para a Saúde, o GIAA é um espaço onde se pretende que o aluno possa conversar, apresentar/esclarecer dúvidas e/ou problemas. Os enfermeiros, professores e psicólogos da equipa assegurarão a abertura, disponibilidade, confiança e confidencialidade exigida aos assuntos tratados. Pretende-se assim, que os alunos se sintam apoiados e desta forma mais confiantes e seguros, numa escola “mais saudável” e informada.

O GIAA constitui um centro de informação, de apoio ao desenvolvimento/ formação pessoal e de dinamização de atividades que visam:

1. Contribuir para o seu desenvolvimento harmonioso e global;
2. Melhorar as relações intra e interpessoais;
3. Detetar situações de risco;
4. Promover a educação alimentar;
5. Promover a saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente a prevenção da gravidez não desejada e das doenças sexualmente transmissíveis;
6. Prevenir o consumo de substâncias aditantes, lícitas e / ou ilícitas;
7. Promover a atividade física regular;
8. Desenvolver atitudes responsáveis;

9. Promover o desenvolvimento de competências em vários domínios incluindo a educação para a cidadania, valores e saúde;
10. Facilitar a inserção dos alunos na Escola.

O Gabinete deve ser organizado em termos de espaço, nomeadamente em termos de decoração.

O horário do GIAA é definido todos os anos no início do ano letivo, pelo coordenador, de acordo com as disponibilidades da equipa de professores.

Nos horários disponíveis, deve-se promover o fácil acesso a um serviço que fornece respostas temáticas da adolescência, tais como: Autoestima e motivação; Absentismo; *Bullying* e violência; Problemas comportamentais; Abandono escolar; Insucesso escolar; Relacionamento Interpessoal;

As estratégias utilizadas pela equipa de trabalho serão de natureza preventiva ou de resposta a situações que surjam. Quando as questões colocadas ultrapassarem a competência dos profissionais presentes no gabinete, os alunos serão encaminhados para estruturas que os possam apoiar de forma especializada, através de serviços da escola que o permitam fazer.

O Gabinete funciona de acordo com as normas éticas e deontológicas da atividade profissional, nomeadamente no que diz respeito à confidencialidade.

Sempre que tal se justifique deve ser disponibilizado um auditório, ou sala polivalente, para a realização de sessões de esclarecimento e/ ou debates, quando estes envolverem um grande número de participantes. Outras atividades poderão decorrer nas salas das várias aulas ou em outros espaços disponibilizados pela escola, para o efeito.

Outras informações:

Sugere-se aos professores, alunos e pais/EE a consulta da página da Plataforma Europeia SHE (*Schools for Health in Europe*), onde podem encontrar, em língua portuguesa, o Manual

sobre a Promoção e Educação para a Saúde na escola (<http://www.schools-for-health.eu/pt/for-schools/manual>), bem como ferramentas que ajudam o professor a fazer um diagnóstico e construir um projeto baseado nas prioridades da turma/escola.

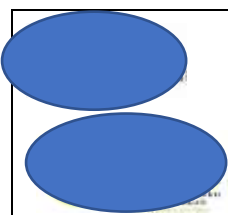
VI –BIBLIOGRAFIA

DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.

Lei nº60/2009 de 6 de Agosto

Portaria nº196-A/2010 de 9 de Abril.

Apêndice V: Norma de Procedimentos de Enfermagem – Articulação da equipa multidisciplinar no âmbito das NSE

	Norma de Procedimentos de Enfermagem	Página	
	Necessidades de Saúde Especiais: Referenciação à equipa Multidisciplinar	Edição 01	Data 05/02/2021

I - ENQUADRAMENTO

As Necessidades de Saúde Especiais (NSE) definem-se como, as que advêm de problemas de saúde física e mental que tenham repercussões na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem.

Mais que um desígnio da Saúde Escolar, responder adequadamente às NSE é defender os Direitos das Crianças, da aceitação da diferença, da promoção de atitudes de respeito, do reconhecimento do valor e do mérito pessoal.

O Projeto de Necessidades de Saúde Especiais tem como âmbito o eixo 3 (Condições de Saúde) – 4.3.1.2 NSE do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e pretende dar resposta às referenciações das crianças incluídas no Parque Escolar da UCC X com necessidades especiais que sejam previamente referenciadas.

II – OBJETIVO

Definir como os Enfermeiros de Saúde Escolar devem referenciar as crianças com NSE à equipa multidisciplinar, nomeadamente, ao núcleo de Psicologia, Nutrição e Serviço Social.

III – RESPONSABILIDADE

Este procedimento é da responsabilidade da Equipa de Saúde Escolar do ACES [REDACTED] e a sua aplicabilidade é da responsabilidade de todos os elementos dessa Equipa.

IV – DESTINATÁRIOS

Profissionais que integrem o Projeto de NSE das crianças do Parque Escolar da área de intervenção da UCC [REDACTED].

V- DESCRIÇÃO

No âmbito das NSE a equipa de Saúde Escolar define que a referenciação para o núcleo de Psicologia, Nutrição e Serviço Social deve ser efetuada através do S-Clínico e caso exista informação adicional, esta deverá ser enviada por correio eletrónico de forma a complementar a referenciação.

Caso haja necessidade de existir uma discussão de caso entre os elementos da equipa multidisciplinar, de forma a reunir todas as informações relevantes, esta deve ser planeada previamente.

VI –BIBLIOGRAFIA

DGS (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.

8. Anexos

Anexo I - Certificado de Participação no Webinar



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

LILIANA MARISA MILHEIRO DE ALMEIDA

membro nº **58942** desta Ordem, participou no Webinar¹ "**Cuidados de Enfermagem centrados na criança/adolescente/família com doença oncológica**", no dia **15 de Fevereiro de 2021**, com a duração total de **04H00**, realizado através da "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2021.

P^a Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é creditada pela Ordem dos Enfermeiros a nível 8.48 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2021 e ao abrigo do nº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 190/2010, de 16 de Setembro.

Anexo II - Certificado de Participação no IV Fórum das Especialidades de Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LESDA-100710

Declara-se que

Liliana Marisa Milheiro de Almeida

Participou no **IV Fórum das Especialidades de Enfermagem**, que decorreu no dia **17 de dezembro de 2020**, com o tema "40 anos do SNS- contributos dos enfermeiros especialistas", online, com a **duração de 8 horas**.

Pe'l A Comissão Organizadora

Porto, **17 de dezembro de 2020**