



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

Por
Catarina Rodrigues Fonseca

Porto, março de 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PRACTICUM REPORT

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

Por
Catarina Rodrigues Fonseca

Sob a orientação de Doutora Constança Festas

Porto, março de 2020

Resumo:

Com base no modelo conceptual de Enfermagem de Casey (1988), centrado na criança/jovem e família, o EESIP, considera este binómio, como referencial dos seus cuidados. Os cuidados do EESIP abrangem desde o RN, à criança /jovem e verifica-se até aos 17 anos e 364 dias de idade sendo que, em alguns casos, como na doença crónica, na incapacidade e na deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até à transição para a vida adulta . Relativamente à família, em particular os pais, constituem também foco de cuidado para o EESIP, uma vez que, sendo o principal cuidador da criança/jovem, integra o seu ambiente: facilitando as suas aprendizagens, o crescimento e o desenvolvimento da sua autonomia.

Em relação à resolução de problemas em situações novas e não familiares encontro-me, agora, após este vasto currículo de experiências e múltiplas aprendizagens mais desperta para a tomada de decisão com base num rigoroso Processo de Enfermagem. Com isto quero dizer, que adquirir competências para lidar com questões complexas através da teoria fornecida pela escola, com a partilha com a tutora, com estas experiências e com o meu empenho em procurar documentar-me aprofundei conhecimentos e habilidades acerca dos diferentes canais de referênciação, qualquer que seja o contexto da prática, na área EESIP.

No que concerne, a condicionamentos, na disponibilidade de informação, relacionados com o RN, criança, jovem e família, que detetados com base na experiência e no conhecimento construído com o MEESIP; como seja em relação a situações de risco comprometedoras da saúde, vou ter em atenção: oportunidades na observação, de acordo com o que preconiza o PNSIJ e pretendo estar atenta, a sinais de alerta, que devem ser valorizados, de forma a efetuar uma referênciação mais precoce para o SNIPI, com o intuito de potenciar as capacidades. Ou para a Saúde Escolar, para proporcionar o desenvolvimento pessoal, social e a sua autodeterminação, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde ou, para o NACJR se for uma situação de risco.

Palavras-chave: Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Recém-Nascido, Criança, Jovem/Família, Cuidados de enfermagem.

Abstract:

Based on the conceptual model of Nursing by Casey (1988), centered on the child / youth and family, the EESIP, considers this binomial, as a reference of their care. EESIP's care ranges from the newborn to the child / young person and occurs up to 17 years and 364 days of age, and in some cases, such as chronic illness, disability and handicap, it can go beyond 18 years and even until the age of 21 or 25, until the transition to adult life. Regarding the family, in particular the parents, they are also the focus of care for the EESIP, since, being the main caregiver of the child / young person, it integrates its environment: facilitating their learning, growth and the development of their autonomy.

In relation to problem solving in new and unfamiliar situations, I am now, after this vast curriculum of experiences and multiple learning, more awake for decision-making based on a rigorous Nursing Process. By this I mean, that I acquired skills to deal with complex issues through the theory provided by the school, through sharing with the tutor, with these experiences and with my commitment to seek to document myself, I deepened my knowledge and skills about the different referral channels. , whatever the context of the practice, in the EESIP area.

With regard to conditions, in the availability of information, related to the NB, child, youth and family, which are detected based on experience and knowledge built with MEESIP; as in relation to risk situations that compromise health, I will pay attention: opportunities for observation, according to what the PNSIJ recommends and I intend to be alert, to warning signs, which should be valued, in order to make a referral earlier for SNIPI, in order to enhance capacities. Or for School Health, to provide personal and social development and self-determination, with progressive responsibility for health-related choices or, for NACJR if it is a risky situation.

Keywords: Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, Newborn, Child, Youth / Family, Nursing care.

Pensamento

“Sempre que Deus fecha uma porta abre uma janela.”

Provérbio Português

Dedicatória

Dedico este relatório, e todo este percurso ao meu filho, a quem lamento pelas minhas ausências. Agradeço o apoio do meu marido e da minha mãe. Agradeço ainda aos que cuidam de mim, o meu pai e à Nossa Senhora.

Obrigada

Agradecimentos

Quero agradecer à professora Constança pelo seu empenho e dedicação.

Lista de acrónimos, siglas e abreviaturas

UC - Unidade Curricular

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

EESIP- Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

CSP - Cuidados de Saúde Primários

RN – Recém-Nascido

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

OBS - Sala de Observação Internamento de Curta Duração

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

ELI - Equipa Local de Intervenção

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

NP – Nutrição Parentérica

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

DTPaHibVIPVHB – Vacina contra Difteria, Tétano, Tosse convulsa, Hemophilus influenzae b, Poliomielite, e Hepatite B

DTPa VIP - Vacina contra a Difteria, Tétano, Tosse convulsa e Poliomielite;

VASPR - Vacina contra Sarampo, Papeira e Rubéola;

M – Meses

OMS – Organização Mundial da Saúde

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

IMC – Índice de Massa Corporal

EPSGHAN – European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

DGS – Direção Geral da Saúde

PAI da Febre - Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade
Pediátrica

PIIP - Plano Individualizado de Intervenção Precoce

SPIKES – Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

SBV – Suporte Básico de Vida

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

FiO₂ - Fraction of inspired oxygen

ECN – Enterecolite Necrosante

Índice

Índice	10
Introdução.....	11
1 Objetivos Específicos/Competências a desenvolver no Estágio Final.....	13
1.1 Prestação de Cuidados	13
1.2 Formação em Enfermagem	50
1.3 Gestão em Enfermagem.....	53
1.4 Investigação em Enfermagem	57
Conclusão	63
Referências Bibliográficas	65
APÊNDICE I - Doença Celíaca - Formas de Atuação em contexto Escolar.....	72
APÊNDICE II - Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta	117
Duração em Idade Pediátrica.....	117

Introdução

Na unidade curricular (UC) Estágio Final e Relatório, no âmbito do processo formativo do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, foi proposto a elaboração desde Relatório que demonstra a aquisição de competências na área da Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Este Relatório refere a aquisição de competências na área da EESIP, mediante a demonstração do que foi apreendido ao longo do Estágio Final com a duração total de 750 horas, das quais 360 horas foram presenciais e realizadas em três áreas assistenciais distintas do exercício profissional, respetivamente: Cuidados Intensivos Neonatais, Urgência Pediátrica e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Relativamente à distribuição da carga horária as duas primeiras áreas assistenciais tiveram a duração de 90 horas e a última de 180 horas; as restantes horas dizem respeito a trabalho individual e orientação tutorial. Os períodos temporais correspondem respetivamente à área assistencial UCIN que decorreu de 9 de setembro a 5 de outubro de 2019, de SUP de 7 de outubro a 2 de novembro de 2019 e o último período corresponde aos CSP que se realiza de 4 de novembro de 2019 a 4 de janeiro de 2020.

Através de análise curricular da minha experiência profissional anterior, no que concerne, aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em contexto profissional, no âmbito dos cuidados intermédios neonatais e num internamento hospitalar de Pediatria, de cerca de 6 anos, que me permitiram um desenvolvimento gradual de competências, foi-me atribuída creditação ao Estágio de Opção - A saúde da criança e família.

O Plano de Estudos do CMEESIP preconiza para a UC, Estágio Final e Relatório, o desenvolvimento das seguintes competências:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados

da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

De modo a demonstrar estas competências, pretendo neste documento:

- Descrever as atividades por mim desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, organizadas em torno de objetivos pessoais que tive oportunidade de traçar, de modo a ir de encontro aos objetivos propostos no plano de estudos.
- Refletir de forma crítica sobre a prática desenvolvida nas diferentes áreas assistenciais;
- Demonstrar a reflexão realizada numa base teórica assegurada pela evidência;
- Demonstrar a aquisição de competências do EESIP;

Este Relatório integra a presente introdução, os objetivos específicos/competências a desenvolver no Estágio Final a exposição dos objetivos traçados, as atividades desenvolvidas nas diferentes áreas assistenciais, com a descrição dos contextos onde decorreu o estágio e a fundamentação teórica, que alicerça a reflexão crítica, a conclusão e as respetivas referências bibliográficas.

1 Objetivos Específicos/Competências a desenvolver no Estágio Final

Os objetivos específicos/competências a desenvolver no Estágio final, que se apresentam no PE do presente curso, moldaram-me ao longo do tempo e dão sentido à atuação do EESIP. Foi com o intuito, de validar a aprendizagem, na aquisição dos objetivos específicos/competências, que reflito sobre atividades que passo a descrever, que realizei de forma individual e partilhada (com a tutora) e, exponho o que aprendi como reflexão crítica. Assim, com base no modelo conceptual de Enfermagem de Casey (1988), centrado na criança/jovem e família, o EESIP, considera este binómio, como referencial dos seus cuidados. Os cuidados do EESIP abrangem desde o RN, à criança /jovem e verifica-se até aos 17 anos e 364 dias de idade sendo que, em alguns casos, como na doença crónica, na incapacidade e na deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até à transição para a vida adulta. Relativamente à família, em particular os pais, constituem também foco de cuidado para o EESIP, uma vez que, sendo o principal cuidador da criança/jovem, integra o seu ambiente: facilitando as suas aprendizagens, o crescimento e o desenvolvimento da sua autonomia. Neste sentido, o exercício profissional do EESIP, seguindo uma filosofia de cuidados centrados na família, admitindo que os pais são os melhores prestadores de cuidados às crianças, intervêm na promoção da vinculação; na promoção da saúde, no crescimento e desenvolvimento, no âmbito dos cuidados antecipatórios; na promoção da autoestima e na aquisição de competências da criança/jovem, no sentido da responsabilização por escolhas salutogénicas. (Casey & Mobbs, 1988), (Ordem dos Enfermeiros, 2019), (Brazelton, 2003)

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define conceitos, direitos e deveres dos enfermeiros, intervenções (autónomas e interdependentes) e áreas de atuação: a Prestação de cuidados, a Formação em Enfermagem, a Gestão em Enfermagem e a Investigação em Enfermagem. É com base nestas disposições que apresento, discriminadamente, os objetivos específicos explanados no PE, associando os meus objetivos bem como, as atividades que desenvolvi nas diferentes áreas assistenciais e, tecendo uma análise crítica à prática realizada. (Ordem dos Enfermeiros, 2017), (Enfermeiros, 1996)

1.1 Prestação de Cuidados

O exercício profissional do enfermeiro, centra-se numa relação interpessoal com uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidade). Para esta relação bidirecional colaboram diversos fatores como sejam, valores, crenças e desejos de natureza

individual resultantes do meio envolvente. É neste sentido, que o enfermeiro se destaca pela formação e experiência que lhe facultam competências para, de forma empática e, com base no código deontológico, lhes permitir compreender e respeitar os outros abstendo-se de juízos de valor, relativamente, ao foco de cuidados de enfermagem. De acordo, com o exposto, nas Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, nomeadamente, as que são do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: que reconhece os limites do seu papel, da sua competência e, direciona para a consulta, de peritos em enfermagem, quando os cuidados, requerem um nível de perícia, que está para além, da sua competência atual ou que saem do âmbito, da sua área de exercício. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A tomada de decisão do ESIP, orienta o exercício profissional, para uma visão sistémica, na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem do RN, criança e jovem, tendo em consideração o grupo (família e comunidade). Neste sentido, os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, assentam na promoção do crescimento/desenvolvimento do recém-nascido (RN), da criança/jovem, com orientação antecipatória às famílias de modo a conduzir ao seu *empowerment*, como acontece nas consultas de vigilância infantil do desenvolvimento infantil; na gestão do bem-estar da criança seja nos hospitais, cuidados continuados ou em casa; na deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, como em contextos de urgência/emergência e em casos de maus tratos, comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; na promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

Objetivos propostos no Plano de Estudos

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

Objetivos traçados

- Conhecer a estrutura, a dinâmica organizacional das diferentes áreas assistenciais;
- Conhecer a metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar das diferentes áreas assistenciais;
- Estabelecer uma comunicação assertiva com a equipa multidisciplinar.

Atividades

- ✓ Realizar a visita aos diferentes espaços, acompanhada pela enfermeira tutora, nos diferentes contextos onde decorreu o estágio;
- ✓ Proceder à apresentação à equipa de saúde, nos diferentes contextos onde decorreu

- o estágio;
- ✓ Consultar os manuais de acolhimento;
- ✓ Consultar os protocolos e normas existentes;
- ✓ Conhecer a articulação com outros recursos;
- ✓ Acompanhar a tutora nas atividades realizadas.

Reflexão Crítica

No primeiro dia, em cada contexto assistencial acompanhei a minha tutora, que me apresentou à equipa e elucidou-me, acerca dos diferentes espaços físicos; disponibilizou-me a consulta dos manuais de acolhimento, dos protocolos e normas existentes no serviço; o que me permitiu compreender a estrutura e a dinâmica organizacional de cada local. Gradualmente, nos diferentes contextos assistenciais fui assumindo os cuidados ao RN/criança/jovem/família de forma mais autónoma, embora sempre com a supervisão da minha tutora. Em todas as áreas assistenciais compreendi a dinâmica e a importância da comunicação assertiva bem como, a importância da gestão emocional na equipa multidisciplinar.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a RN e família, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), que pertence ao grupo de Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado onde são prestados cuidados ao RN de alto risco; excetuando-se os cuidados de cardiologia ou cirúrgicos, de acordo com o que descreve a norma desta unidade. A consulta desta norma permitiu-me compreender, a articulação com os diversos recursos hospitalares, que convergem esforços, para assegurar-se uma prestação de cuidados de qualidade. Segundo a mesma, a UCIN recebe os RN provenientes do Bloco de Partos, do Berçário ou os transferidos de outras unidades hospitalares, por se tratar da área de residência do RN. Os RN provenientes do SUP são sempre que possível, internados no Serviço de Pediatria, na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, por razões de contexto infeccioso. São, igualmente, para aí transferidos para cuidados continuados, os RN da UCIN, após estabilização hemodinâmica, de forma a manter-se a vigilância em cuidados como sejam, o treino alimentar, no que concerne ao aleitamento materno, artificial ou misto bem como, para a monitorização de ganho ponderal, administração de antibiótico, entre outros cuidados. Como referi, com a orientação da minha tutora explorei os diferentes espaços físicos, entre os quais a sala de *open space* onde se localizam as unidades dos RN bem como, a disposição e o modo de funcionamento, dos diversos recursos materiais que as constituem: os aspiradores, as rampas de oxigénio e de ar comprimido, os aparelhos eletrónicos para a monitorização contínua do RN, as

incubadoras fechadas e as abertas, os berços, os ventiladores invasivos e os não invasivos, as seringas e bombas perfusoras e o stock individual de cada unidade. A estrutura e organização, descrita, desta unidade vai de encontro ao que se preconiza nas Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia (2017). Na UCIN, verifiquei que havia o respeito pelo cuidado ao RN e família, por parte de todos os intervenientes do cuidar, optando-se por efetuar todos os cuidados ao RN, num único momento. Para além disso, com o intuito de promover a satisfação da criança/jovem, família, o método de trabalho instituído é o por enfermeiro de referência. Desta forma, garante-se uma continuidade de cuidados e uma relação de ajuda, dada a proximidade à família e, uma vez que, estes RN/famílias permanecem, por bastante tempo internados, nestas unidades (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No que se refere ao Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) tive oportunidade de estagiar num Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com o Despacho nº 5414/2008, sendo a sua classificação real a de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, de acordo com a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). Este contexto assistencial apresentava a Triagem, a Sala das Áreas Médica/Cirúrgica, a Sala de Emergência e a Sala de Observação (OBS)/ Internamento de Curta Duração, que recebia os RN/crianças/jovens e família, permitindo o seu acompanhamento 24 horas, sempre que se apresentam instáveis e sem condições para serem internadas no Serviço de Pediatria. De acordo com a norma interna desta unidade, as crianças são encaminhadas para o internamento do Serviço de Pediatria após estabilização, tendo alta para o domicílio ou transferidos para uma Instituição Hospitalar do Grupo III, caso seja impossível dar resposta às necessidades identificadas, tal como referem as recomendações do Despacho nº 5414/2008. Também no SUP integrei-me nas quatro áreas físicas assistenciais e verifiquei onde se localiza o material clínico e medicamentos. (SNS, 2015).

No âmbito dos CSP fiz Estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) pertencente à Administração Regional de Saúde do Norte. Na USF integrei-me, no âmbito das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil manipulando o material utilizado nas consultas, com noção do seu acondicionamento bem como, das vacinas a administrar no âmbito do Plano Nacional de Vacinação. O método do enfermeiro de referência, neste caso intitulado de Enfermeiro de Família permite, de igual forma, uma maior proximidade, efetuando-se estas consultas prévias às do médico e; com a negociação entre ambos os profissionais, que o enfermeiro seria o responsável pelos cuidados

antecipatórios e deslocando-se o clínico para efetuar o exame físico do RN, criança ou jovem ao gabinete do enfermeiro. No sentido de promover a satisfação da criança/jovem, família, para evitar deslocamentos desnecessários e, com o intuito da sua máxima colaboração, o término da consulta efetuava-se com a atualização do calendário vacinal. A supervisão de duas Enfermeiras Especialistas, nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, na avaliação do crescimento e desenvolvimento, revelou-se uma mais valia na aprendizagem. Esta orientação permitiu-me atingir competências técnicas e científicas, como o domínio da temática das técnicas não farmacológicas relacionadas com a dor, sobre a temática da febre de curta duração em idade pediátrica; através dos conhecimentos veiculados pelo material de apoio construído (procedimentos, guias de boas práticas, folhetos), bem como, a formação em serviço no âmbito da especialidade e a habilidades como a vigilância do crescimento do RN, criança e do jovem, na promoção de hábitos de alimentação saudáveis, nomeadamente, a promoção do aleitamento materno, o diagnóstico de alterações alimentares, com a conseqüente, necessidade de introdução e alteração de suplementos face ao risco de crescimento comprometido. Ainda neste contexto, permitiu-me ainda, avaliar o desenvolvimento de forma a prevenir, identificar e orientar no caso das doenças mais comuns, de acordo com a especificidade pediátrica, demonstrados nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

No que respeita ao Regime Jurídico da organização e do funcionamento das USF , com base na sua análise verifico que os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar. Nesta USF, existem 5 enfermeiros, sendo que dois apresentam EESIP e os restantes são Enfermeiros de Cuidados Gerais.(Ministério da Saúde, 2007)

No que respeita à UCC, a partilha de informação com a tutora bem como, a teoria ministrada na componente letiva do CMEESIP revelaram-se uma mais-valia para a intervenção nesta área assistencial, na medida em que, o seu estudo, permitiu-me aprofundar conhecimentos, na prática, sobre os diferentes projetos nos quais pude participar sobretudo no âmbito da Saúde Escolar. Os Programas de Saúde como a Vacinação, a Saúde Infantil e Juvenil, as Crianças e Jovens em Risco, a Intervenção Precoce na Infância e a Saúde Escolar, que abordarei mais à frente neste relatório, desenvolvem-se numa interação que visa o equilíbrio e a escolha acertada da população infantil para com a sua saúde e o seu futuro. A UCC apresenta 2 (dois) EESIP e, a equipa e o ACES, gostavam de ver este número aumentar, de forma a responder ao regulamento das

dotações seguras nos cuidados de enfermagem, traduzindo numa mais rápida resolução dos problemas identificados. Apesar disto, esta equipa, foi reforçada com estes EESIP há cerca de 2 anos, o que permitiu um incremento na intervenção na comunidade, no âmbito da Saúde Escolar, a nível do projeto de Adaptação à Parentalidade em que são abordadas temáticas como a alimentação, segurança, desenvolvimento infantil e massagem infantil por um EESIP, no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e na Equipa Local de Intervenção (ELI) responsável por operacionalizar o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI). (DGS, 2016), (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Em suma, conforme foi exposto, ao aprofundar a temática da organização nos cuidados de enfermagem aprendi que, o EESIP contribui para a excelência dos cuidados na medida em que recorrendo a material de apoio construído (procedimentos, guias de boas práticas, folhetos), bem como a formação em serviço no âmbito da sua especialidade baseia a sua prática com base na evidência e servindo-se de elementos como seja, um plano de melhoria contínua, uma política de formação contínua para o desenvolvimento profissional e da qualidade o que se traduz na satisfação no seu exercício profissional. Para além disso, a segurança nas dotações, o método de trabalho por enfermeiro de referência em que o enfermeiro assume um papel preponderante dada a sua proximidade com o contexto familiar permitem a eficácia no cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;*
- *Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;*
- *Faz avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos;*
- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;*
- *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.*

Objetivos traçados

- Desenvolver cuidados de enfermagem a RNs/famílias de alto risco, cuidados intermédios, de urgência e na comunidade a RNs, criança, jovem/família, segundo a metodologia do processo de enfermagem.

Atividades

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem a RNs/famílias de alto risco e cuidados intermédios, atendendo à metodologia do processo de enfermagem;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem a RNs, a criança, jovem/família na urgência, atendendo à metodologia do processo de enfermagem;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem a RNs, a criança, jovem/família na comunidade, atendendo à metodologia do processo de enfermagem.

Reflexão Crítica

Na UCIN prestei cuidados de enfermagem a 6 RN/família de alto risco e cuidados intermédios a 2 RN/família, em colaboração com a tutora, que supervisionou sempre os cuidados prestados, segundo a metodologia do processo de enfermagem. Os focos da prática mais frequentes foram, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): a Alteração do Crescimento e do Desenvolvimento (cujas intervenções realizadas são abordadas no próximo objetivo), o Padrão de Respiração Ineficaz, o Padrão de Alimentação Ineficaz, o Alto Risco de Infecção e a Tensão no Desempenho do Papel de Cuidados (abordadas quando se refletir sobre o papel parental mais à frente). Em relação ao Padrão de Respiração Ineficaz colaborei na introdução de ventilação não invasiva – Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) e monitorizei os cuidados de enfermagem inerentes à sua manutenção. Sobre o Padrão de Alimentação Ineficaz colaborei na preparação/manutenção de nutrição parentérica, na introdução de sonda gástrica bem como, nos cuidados à sua manutenção. No que concerne ao Alto Risco de Infecção colaborei na extração de catéter epicutâneo, procedi à introdução e extração de cateter venoso periférico; monitorizei os cuidados de enfermagem na manutenção de cateter venoso periférico, de sistemas intravenosos e procedi à colheita de sangue venoso para análise. Estas temáticas, alvo de pesquisa, serão abordadas no domínio da Investigação em Enfermagem. Após a prestação de cuidados, em diálogo com a tutora, refletia sobre os cuidados prestados no que concerne, à priorização das intervenções de enfermagem efetuadas e aos resultados obtidos, efetuando o seu registo num modelo de registo manual, em que é possível realizar um Processo de Enfermagem, traçando intervenções que eram validadas ou alteradas a cada turno. Todo o processo assistencial e inerentes registos, proporcionaram-me inúmeras aprendizagens, no que concerne, ao aprimorar do racínio clínico, na área da ESIP e, ao aperfeiçoamento, da tomada de decisão bem como, a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem de elevada especificidade técnica, o que contribuiu para o incremento de competências nessa área.

Também no SUP desenvolvi cuidados de enfermagem a RN, criança, jovem/família segundo a metodologia do processo de enfermagem. Aqui os focos da prática mais frequentes foram, de acordo com a CIPE: Ansiedade, Dor (ambos abordados mais à frente), Febre, Vômito, Diarreia e Metabolismo Energético Alterado (cujas intervenções passaram pela monitorização da glicemia capilar e administração de soros para correção de hipo/hiperglicemias).

Na Triage procedi à atribuição de prioridade, sob supervisão da tutora, a 204 RN/crianças/jovens e famílias. O contacto com o Modelo de Triage de Manchester, aliado à experiência da minha tutora, permitiu-me refletir sobre a tomada de decisão na triagem avançada, efetuada por profissionais com um perfil que, no sentido da qualidade da triagem, através do cumprimento de Protocolos, como é o da administração de antipirético face à existência do foco febre, ou a retriagem/reavaliação da pessoa, quando o tempo de espera excede o limite previsto.

Na Sala de Emergência observei cuidados a 2 crianças e na Sala das Áreas Médicas/Cirúrgicas prestei cuidados a 60 crianças com a colaboração da tutora, sendo que, estes números não revelam a totalidade dos cuidados prestados porque foram os que consegui registar.. Relativamente às situações de emergência, tive oportunidade de colaborar no atendimento de duas crianças, que entretanto tiveram um agravamento do seu quadro clínico, que já se encontravam no serviço de urgência a receber cuidados, o que me possibilitou a observação da articulação das diferentes intervenções desempenhadas por todos os profissionais de saúde, que colaboraram em equipa para a resolução das situações. Uma destas situações, foi com uma jovem de 17 Anos que começou a hiperventilar, pelo que, pude verificar, que o enfermeiro especialista, para além de participar na vertente dos cuidados participou na construção da tomada de decisão em equipa para uma observação e monitorização intensiva dado o estado de agravamento. Neste sentido, aprendi que o enfermeiro especialista, é responsável na tomada de decisão, com base no conhecimento e experiência e, desempenha o papel de consultor, quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. Aprendi ainda que, o ESIP detém conhecimentos e habilidades que lhe conferem a rapidez e a perspicácia necessárias à resolução dos problemas face à identificação de focos de instabilidade e detém ainda conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. (DRE, 2019), (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Na Sala de OBS prestei cuidados de enfermagem a 17 RN/crianças/jovem e famílias, mediante a colaboração da tutora. Aprendi que nesta área, os internamentos são,

geralmente, de curta duração e que, os cuidados prestados ao RN/criança/jovem e família são diversos, com a necessidade de uma vigilância permanente por parte do EESIP. Foram por isso pertinentes, os momentos de passagem de turno, através da partilha de experiências. Para além disso, a passagem pelo SUP permitiu-me o aprofundamento de conhecimentos sobre as doenças mais comuns das crianças, de acordo com a especificidade pediátrica, de forma a aprofundar competências, para identificar sinais/sintomas fisiológicos e emocionais de mal-estar. Tudo isto fiz, com o intuito de implementar cuidados de enfermagem apropriados a cada situação, de modo a desenvolver estratégias apaziguadoras da família, que diminuíssem a sua ansiedade, gerada por este ambiente desconhecido e de incerteza, quanto ao grau de gravidade da situação. Neste sentido, na minha assistência à família, de modo a minimizar o stresse da doença, do internamento de curta duração e da hospitalização intervi na minimização: da separação, da perda de controlo e na diminuição da possibilidade de lesão corporal e dor. Estas temáticas são abordadas mais à frente.

Na USF tive a oportunidade de realizar 14 (catorze) consultas de enfermagem de saúde infantil que visam a promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e de proceder à administração de vacinas inseridas no Programa Nacional de Vacinação (PNV). Tive a possibilidade de prestar cuidados a crianças/jovens e famílias, na maioria das idades-chave previstas no PNSIJ, que correspondem a “acontecimentos importantes da vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade” (DGS, 2013, p. 7). Esta prestação de cuidados vai ser descrita mais à frente.

Ao refletir sobre o compromisso do raciocínio clínico em enfermagem, considero que os sistemas que permitem os registos são uma ferramenta crucial, porque permitem refletir de forma crítica sobre as intervenções implementadas e sobre os resultados obtidos. Para além disso, documentam os cuidados prestados como salvaguarda do nosso cuidado. Nos diferentes contextos assistenciais utilizei os sistemas de registo para documentar os cuidados prestados. (Carvalho, 2016), (DGS, 2018)

Em suma, na prestação de cuidados relativamente à abordagem de questões complexas, recorri na minha intervenção, a métodos de análise, dos quais destaco a metodologia do Processo de Enfermagem, em que a exímia colheita de dados, a elaboração de diagnósticos, o planeamento, a execução das intervenções e avaliação dos resultados como etapas suas constituintes, revelam-se essenciais para a eficaz atuação do EESIP.

Assim sendo, o Processo de Enfermagem é a ferramenta, para se obter um raciocínio clínico, que permita a implementação de conhecimentos e habilidades, na rápida identificação de focos de instabilidade no RN/criança/jovem e família. Confere uma tomada de decisão antecipatória, com a concretização de intervenções de rigor técnico/científico que vão desde: à prestação de cuidados a RNs/famílias de alto risco e cuidados intermédios, ao suporte básico e avançado de vida pediátrico; a cuidados a RN/criança/jovem e família na urgência; na identificação de situações de risco nas consultas de vigilância, à articulação com outros profissionais para, no conjunto, obter-se a recuperação do RN/criança/jovem e família. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Objetivo traçado

- Desenvolver cuidados ao RN/família de acordo com a filosofia de cuidados: Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN - NIDCAP¹

Atividades

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem ao RN/família de acordo com a filosofia de cuidados: do NIDCAP;

Reflexão Crítica

Nesta área, na medida em que a norma de cuidados na UCIN tem em conta a manipulação mínima e os cuidados centrados no desenvolvimento do RN e da família servi-me da teoria ministrada no curso, pesquisei e pautei os cuidados de enfermagem ao RN/família, de acordo com a filosofia de cuidados NIDCAP, com a aprovação da minha tutora. Neste sentido, adotei estratégias de cuidados neonatais: a concentração de atividades, a gestão das modificações ambientais, o cuidado postural, a participação dos pais e o cuidado com a dor. Procurei sempre, nos meus cuidados ao RN, de ter a preocupação de o cuidar respeitando os seus ciclos de vigília/sono, de privilegiar a luz natural, durante o dia, de criar ciclos dia/noite bem definidos, de cobrir parcialmente a incubadora, tive cuidado com o ruído, na sala e ao fechar as portas da incubadora. Aprofundei com a equipa os cuidados posturais ao RN, tendo em linha de conta, a flexão, a contenção, a nidificação com o intuito do conforto e da manutenção do sistema regulador do RN; para isso em muito contribuíram os rolos, as pranchas e os lençóis. Os bebés

¹ NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN que foi desenvolvido por Heidelise Als e sua equipa de colaboradores no início dos anos 80 como uma estratégia para responder a preocupações quanto ao impacto negativo do ambiente das UCIN nos recém-nascidos prematuros. Com o tempo, o conceito foi alargado para englobar, além dos aspectos físicos do ambiente, todos os procedimentos de cuidar bem como os aspectos sociais envolvidos.

aguardam a segurança do útero materno, do colo dos pais/ do grupo familiar e da comunidade. O parto prematuro destrói a esperança do ambiente prometido e esperado, sujeitando-os a um ambiente em que se encontram separados dos pais e submetidos a um excesso de estímulos luminosos, ruidosos e a inúmeros procedimentos invasivos o que compromete um desenvolvimento saudável. O programa NIDCAP pretende minimizar o impacto deste ambiente agressivo, no desenvolvimento infantil dos RN pré-termo, tendo em conta que um RN de termo apresenta uma interação organizada e equilibrada, entre os sistemas e o ambiente, o RN pré-termo necessita da ajuda dos profissionais da UCIN e dos pais para se regularem. O sistema autónomo (responsável pela respiração e pelas respostas viscerais), o sistema motor (responsável pelo tónus, movimento e postura), o sistema de organização de estados (sono/vigília) e o sistema de auto regulação (que proporciona o equilíbrio entre os anteriores e que se manifesta, por exemplo como o levar a mão à boca) desenvolvem-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagindo continuamente uns com os outros e com o ambiente pelo que, se um está afetado o outro também estará. (Santos A. , 2011)

Neste sentido, a observação das respostas comportamentais e fisiológicas do RN é preponderante no NIDCAP e, os cuidados prestados devem contemplar coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele-a-pele e conforto para a família. Assim, no que concerne à coordenação tive em conta o estado de desenvolvimento do RN, o estado atual de doença, a história da família, a colaboração da equipa multidisciplinar e especificidade das regras da UCIN. Esforcei-me em providenciar um meio ambiente tranquilo, com baixo ruído e procedi ao posicionamento adequado com equilíbrio entre a flexão e a extensão, com o alinhamento da cabeça com o corpo e os membros junto ao corpo, durante o repouso, com diminuição gradual dos suportes utilizados com vista à organização do RN. Em relação ao agrupamento de cuidados procedi à concentração de atividades planeando os cuidados de forma agrupada. Por exemplo, antes de manipular o RN para o banho, verificava as prescrições médicas e reunia todo o material que precisava para os cuidados, naquele momento, com o intuito de agrupar os cuidados, de os priorizar com vista à manipulação mínima do RN e a facilitar a sua rápida recuperação/organização. Procedi em dupla, nos procedimentos que provocavam stresse no RN, em que um dos profissionais tinha cuidado com as necessidades do mesmo, e o outro executava o procedimento invasivo. Respeitei os ciclos de sono, garanti o repouso dos cuidados 60 minutos sem estimulação após o procedimento, sinalizei previamente com voz

calma que ia manipulá-lo e fiz as pausas na sua manipulação, sempre que se justificasse, para facilitar a sua necessária recuperação e organização, por exemplo, aquando a permeabilização da via aérea pela aspiração de secreções. Apoiei e estimei os pais no desempenho do papel parental criando oportunidades, para contacto pele-a-pele, que comprovadamente contribuem para a vinculação, para a ligação mãe-bebé e para a homeostasia do RN, já que estes mantêm a temperatura corporal, o que evita o consumo de energia, melhora a performance cardio respiratória, contribui para o ganho ponderal, para a melhoria do sono e para a lactação (Santos A. , 2011)

Objetivos traçados

- Aprofundar conhecimentos sobre o controlo de dor em pediatria.

Atividades

- ✓ Monitorizar a dor em todos os cuidados de enfermagem prestados;
- ✓ Aplicar medidas farmacológicas e não-farmacológicas para o controlo da dor em pediatria;
- ✓ Discutir com a tutora sobre a problemática da dor;
- ✓ Observar as práticas para o controlo da dor em pediatria.

Reflexão Crítica

A dor na criança difere, de acordo com a sua individualidade, apresentando variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação, o que dificulta a sua avaliação mas também, a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto às intervenções mais adequadas. A seleção destas deve atender ao desenvolvimento cognitivo da criança, às suas preferências, bem como ao contexto envolvente. (DGS, 2010, p.1), (a) DGS, 2012), (b) DGS, 2012)

Durante o estágio procedi sempre à avaliação da dor antes, durante e após os cuidados prestados/procedimentos realizados e, em função disso apliquei medidas não farmacológicas/farmacológicas para o controlo da dor. Na minha experiência profissional anterior, no que concerne, aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em contexto profissional, no âmbito dos cuidados intermédios neonatais e num internamento hospitalar de Pediatria, utilizei, frequentemente, na monitorização da dor a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS). As áreas assistenciais da UCIN e do SUP permitiram-me aprofundar conhecimentos na utilização de outras escalas como sejam a Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né), que utilizei diariamente na UCIN, tendo inclusive local de registo no modelo de registos de enfermagem manual. Ao monitorizar a dor com a EDIN,

dependendo da Idade Gestacional (IG) do RN e do seu estado clínico, selecionei de entre as intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para o controlo da dor, tais como: a amamentação, o canguru materno, a sucção não nutritiva, a contenção manual e a sucção nutritiva (respeitando sempre o volume máximo por IG/procedimento/dia). (b) DGS, 2012)

Na área assistencial SUP, ao refletir com a minha tutora, acerca da parametrização das escalas de dor no Modelo de Triagem de Manchester, sugeri escrever no campo das notas, a escala de dor adequada à especificidade pediátrica, de acordo com a recomendação da Direção-Geral da Saúde, que considera entre as normas de boa prática na avaliação da dor, a auto-avaliação a partir dos 3 anos, e na alínea “h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;”. (DGS, 2010, p.1). Tive a oportunidade de aplicar em conjunto com a tutora, em diversos momentos, de acordo com a especificidade pediátrica, de forma individual ou combinada a maior parte das intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para o controlo da dor. Numa criança com 11 meses que sofrera uma mordedura de um cão na face e que, na impossibilidade de a sedarem por ter que aguardar um jejum de 4 horas adotei, com a tutora, de entre as intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para o controlo da dor a contenção manual com prévia explicação à criança/pais do procedimento a efetuar (preparação psicológica), realizado com o consentimento informado dos pais. Para além disso, sendo uma sutura de ferida complexa procedeu-se a analgesia por infiltração local e sistémica como intervenção farmacológica. Numa criança de 20 meses para avaliação da temperatura procedeu-se à preparação física e psicológica pela Modelação/Ensaio Comportamental, isto é, antes do procedimento, explicou-se e colocou-se o termómetro no seu pai e aquela, verificando que não existia perigo permitiu que lhe avaliasse a temperatura. Numa criança de 7 anos e num adolescente de 15 anos, ambos com o diagnóstico clínico de Diabetes Inaugural, tendo que se colocar, a ambos, acessos venosos periféricos para a perfusão de soro, de insulina e de avaliação periódica da glicemia e cetonémia capilar foram utilizadas diferentes intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para o controlo da dor. Na criança de 7 anos recorri à sua Preparação e Distração, antes e durante o procedimento, através da visualização de filmes no telemóvel e utilizei a Imaginação Guiada, permitindo a que a criança se focasse na recordação que tinha em acampar com o seu irmão, que sabia, antecipadamente, que era algo que gostava, o que permitiu que reavivasse imagens, sons, cheiros e sabores. No adolescente de 15 anos procedi à sua preparação, explicando-lhe os passos do procedimento, expliquei-lhe qual o comportamento que pretendia do mesmo (reforço positivo) e, ensinei-lhe exercícios respiratórios, que visavam o relaxamento

muscular. (a) DGS, 2012).

Foi neste sentido que, no contexto de cuidados de saúde primários também procedi à aplicação destas medidas. Na USF, ao monitorizar a dor em criança com 6 meses, aquando a administração de vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB, partilhei as experiências que tinha apreendido com a minha tutora. Com a sua ajuda selecionei, em parceria com a mãe, de entre as intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para o controlo da dor, a amamentação e a contenção manual. Isto resultou que o latente se mantivesse calmo ao mamar, não ficando incomodado com a vacina, e a mãe ficasse mais confiante e tranquila com a nossa atuação. Numa outra criança, com 5 anos de idade, aquando a administração de vacina tetravalente DTPaVIP, optei por esta em primeiro lugar e, posteriormente, pela VASPR porque, segundo a literatura é mais dolorosa. Nesta criança, recorri à sua preparação e distração, antes e durante o procedimento, através da visualização de filmes no telemóvel e utilizei a Imaginação Guiada, permitindo que a criança se focasse nos treinos/jogos de futebol, que sabia, antecipadamente, que era algo que gostava, o que permitiu que reavivasse imagens, sons e cheiros. (b) DGS, 2012), (a) DGS, 2012)

Ao refletir sobre a aprendizagem destas experiências e, com base na evidência fornecida pela teoria do CMEESIP, achei pertinente esta problemática da dor, de tal forma que, aprofundei esta temática no Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Através deste estudo mais aprofundado, tive conhecimento de um algoritmo de atuação na dor, que considero ser fundamental para a qualidade dos cuidados e para a prática baseada na evidência. Considero inclusive, ser um importante instrumento de trabalho, no controlo da dor, para a intervenção dos EESIP. Assim, na gestão da problemática da dor, urge a implementação de intervenções, as medidas não farmacológicas, que consistem em intervenções de carácter psicológico, sendo descritas como eficazes, porque aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. As intervenções não farmacológicas são por isso, um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada, ou em conjunto, aliadas das intervenções farmacológicas. (Ordem dos Enfermeiros, 2013), (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- *Desenvolve competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade;*
- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no*

relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivos traçados

- Aprofundar competências de comunicação a RN, criança, jovem/família;

Atividades

- ✓ Aprender e validar competências de comunicação na avaliação do RN/criança/jovem e família.

Reflexão Crítica

As competências de comunicação exigem o domínio de técnicas comunicacionais que abrangem um conhecimento aprofundado do RN/criança/jovem e família.

Foi neste sentido que, ao cuidar de um RN prematuro, com Padrão de Alimentação Ineficaz, verifiquei que a mãe se sentia inibida em realizar qualquer procedimento ao seu filho, verbalizando inclusive que “as enfermeiras cuidam melhor que eu...”. No entanto, sinais não-verbais contrariavam essa mensagem transmitida, uma vez que, acompanhada de uma paralinguagem lentificada, de sonoridade baixa, com pausas, de entoação emotiva, uma postura de ombros caídos, uma tensão na expressão facial e fugindo ao contacto visual. Decidi intervir e, com base nas competências de relação interpessoal de LAMBERT (2012), que envolvem o questionar, o explicar, o tranquilizar e o escutar pus em prática competências comunicacionais que aprendi na teoria.

Inicialmente, questionei como se sentia, em relação a ter sido mãe de um RN prematuro e, servindo-me também do que li de forma aprofundada sobre a Teoria de Transições de Meleis, expliquei, que o nascimento de um prematuro, por ser uma transição quanto ao tipo, situacional por não ser expetável que nascesse prematuro, com alteração do estado de saúde/doença pela panóplia de procedimentos a que está sujeito, com alteração organizacional, pela mudança habitual do espaço físico, dado o internamento tem as características de ser uma crise, quanto ao padrão múltipla, sequencial, simultânea e relacionada. Com base na mesma Teoria, no que respeita ao item das propriedades, a mãe deste RN encontra-se envolvida, a tomar consciência das diferenças e encontra-se num ponto crítico. (Figueiredo, 2012) A minha assistência de enfermagem passou por avaliar os condicionantes da transição e, nesse sentido, pude verificar que, para esta mãe, ainda lhe custava falar sobre a situação, referindo que lhe causava dor e sofrimento. Esta situação mostra uma certa resistência, que pode ser interpretada como fuga. A mãe referiu ainda que, tinha visto muitas fotografias de bebés que passaram por ali e, questionou-me se a grande maioria ficava com sequelas, que estava preparada para o que fosse, ela e o marido,

mas que tinha receio disso (Significados, Preparação e conhecimento). Tentei tranquilizá-la, não com falsas garantias, mas antes dizendo, que o RN iria ser acompanhado em consultas periódicas, ao longo do crescimento e desenvolvimento, dizendo que, ainda bem que os cuidados evoluíram, de forma a que se possa oferecer todos os cuidados atuais, no que concerne aos cuidados intensivos neonatais, de forma a que as crianças cresçam com maior sobrevida mas, sobretudo, com melhor qualidade de vida. Terminei este diálogo, com a abertura que estava disponível para lhe esclarecer todas as dúvidas, assim como toda a equipa, e informei-la que existia no hospital, um grupo de apoio, sob a tutela da “associação xxs” onde poderia encontrar conforto, junto dos pais que passaram por experiências semelhantes à sua. Também encaminhei para ajuda profissional, junto do Enfermeiro de Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários da sua área de residência.

Ao refletir sobre esta situação verifiquei que, no decurso da minha intervenção, a partilha e experiência da tutora assim como, as competências de relação interpessoal de LAMBERT (2012), aprendidas em contexto da escola revelaram-se uma mais valia para que, nesta situação, conseguisse treinar técnicas de comunicação no relacionamento com esta família, e relacionar-se de forma terapêutica. Para além disso, ao debruçar-me sobre esta experiência pude analisar, após estudo mais aprofundado desta crise, à luz da Teoria de Transições de Meleis pelo que, considero uma ferramenta a utilizar no exercício profissional do EESIP. (Lambert, 2012) (Figueiredo, 2012)

Na maioria dos contextos pude aprofundar competências de comunicação a RNs, no que concerne à sua forma de se exprimirem: o choro. Ao refletir sobre o choro do RN, aprendi na teoria, com estas experiências e na partilha com a tutora, que o choro do RN pode ser devido a múltiplas causas, sejam físicas (por desconforto de fome, fralda suja, entre outros), devido a causas emocionais (por insegurança, entre outros) ou patológicas (por dor) e que, sendo a sua linguagem universal, pretende transmitir as suas necessidades. Pude verificar, na prática, que quando as suas necessidades eram atendidas, o RN ficava mais calmo e tranquilo, nos diferentes procedimentos. (Hockenberry & Wilson, 2014)

No SUP, em crianças em idade escolar procurei, em conjunto com a minha tutora, informar sobre a intervenção a realizar bem como, o motivo da mesma. Também na USF, tive a oportunidade de, no âmbito da vacinação permitir, por exemplo, escolher se pretendiam estar deitados ou sentados ao colo da família. Ao analisar as estratégias a que recorri, aprendi que, na partilha com a criança isto é, sempre que considerava a sua implicação nos cuidados, o sucesso da intervenção era maior, graças ao alívio da sua ansiedade e, conseqüentemente, à sua maior colaboração. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Na UCC e na USF tive ainda, a oportunidade de aprofundar competências de comunicação com os adolescentes, seja na Saúde Escolar ou nas consultas de vigilância. Neste sentido, de forma a otimizar os meus cuidados, pesquisei e discuti de forma crítica com a minha tutora sobre a sua especificidade. Em ambos os contextos pretende-se a responsabilização, progressiva, do adolescente bem como, o aumento da sua autoestima e autonomia, no que diz respeito ao seu projeto de saúde. Aprendi que, de forma a criar um ambiente empático e uma relação terapêutica, devemos ter uma atitude de aceitação, com respeito pela autonomia, pela privacidade, confidencialidade e manter o sigilo. Na USF verifiquei ainda, que a organização das consultas ao adolescente, vai de encontro ao algoritmo de atuação da entrevista ao adolescente, do Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Peditátrica (2010). (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Assim sendo, de acordo com o que pesquisei e experienciei aprendi que, no que respeita aos latentes, sendo o choro a sua primeira forma de comunicação, exerci técnicas de comunicação como o responder à criança de forma calma e suave. Nas crianças da 1ª infância preparei as mesmas, imediatamente, antes dos procedimentos acontecerem. Nas crianças do pré-escolar procedi, sempre que possível, à sua preparação 1 hora antes dos procedimentos. Nos escolares, incentivei à expressão de emoções e ao questionamento. No caso dos adolescentes falei de forma honesta. Ao pôr em prática estas competências comunicacionais, existe a minimização da oposição, por parte da criança/jovem e família, com a sua participação nos cuidados e conseqüente satisfação. Ora, de acordo com os padrões de qualidade de cuidados de enfermagem, os EESIP propõem-se defender, a satisfação???? da criança/jovem e família na relação de ajuda que se proporciona através de uma comunicação empática, ao utilizar as técnicas comunicacionais aprendidas tendo em conta, a especificidade pediátrica bem como, a cultura onde está inserida. (Lambert, V., Long, T., Kelleher, D., 2012), (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Objetivos traçados

- Implementar medidas que facilitam a adaptação à parentalidade, na doença, no internamento de curta duração e na hospitalização;
- Empoderar a família do RN, criança e jovem.
- Promover a parceria de cuidados baseado no Modelo de Anne Casey.

Atividades

- ✓ Participar no processo de admissão no que concerne ao acolhimento;
- ✓ Negociar os cuidados a desenvolver à criança com os pais, baseado no Modelo de Anne Casey;

- ✓ Capacitar os pais para a prestação de cuidados;
- ✓ Participar no curso de Preparação para o Parto e de Adaptação à Parentalidade;
- ✓ Participar no curso de Massagem Infantil;
- ✓ Incentivar o Aleitamento Materno;
- ✓ Contribuir para o ajustamento de papéis familiares (consenso), intervir mediando o conflito ou a saturação do papel;
- ✓ Minimizar os fatores de stresse inerentes à doença, ao internamento de curta duração e hospitalização intervindo na minimização da separação;
- ✓ Minimizar os fatores de stresse inerentes à doença, ao internamento de curta duração e hospitalização intervindo na minimização da perda de controlo;
- ✓ Minimizar os fatores de stresse inerentes à doença, ao internamento de curta duração e hospitalização intervindo na minimização da lesão corporal;
- ✓ Minimizar os fatores de stresse inerentes à doença, ao internamento de curta duração e hospitalização intervindo na minimização da dor;
- ✓ Estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem e família com base na estratégia do jogo e da brincadeira.

Reflexão Crítica

A adaptação à parentalidade, no âmbito da hospitalização, conduz à insegurança parental e implica um reajustamento na reorganização de papéis dos seus intervenientes: quer pela alteração da dinâmica familiar e do meio envolvente, quer pelo medo da doença e, dos múltiplos procedimentos invasivos, que acarretam dor e o sofrimento do RN, criança e jovem/família. Assim, a doença e a hospitalização, sendo acontecimentos inesperados para as famílias, podem influenciar, negativamente a adaptação à parentalidade. Geralmente, surge uma crise na identidade parental, com indefinição dos pais, relativamente, ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam. A Teoria das Transições de Meleis mostra o que significa transição, que consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável, para outro estado estável, e requer, por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self. Os enfermeiros desenvolvem intervenções que facilitam o processo de transição ajudando à concretização de transições saudáveis. (Figueiredo, 2012), (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

No sentido de desenvolver competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade e a empoderar a família do RN implementei medidas que tiveram como objetivo facilitar a adaptação à parentalidade, durante a hospitalização inesperada numa

UCIN.

No que concerne à participação no processo de admissão fiz, em conjunto com a minha tutora, a admissão de um RN proveniente do Bloco de Partos e de um RN transferido de outra unidade hospitalar, para continuidade de cuidados, por se tratar da área de residência. Elaborei o processo de enfermagem, completando a colheita de dados quando a família pôde estar presente, atualizando o plano de cuidados, em função dos resultados obtidos. Também efetuei a transferência de um RN para a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Procedi à prévia explicação aos pais sobre a diferença entre ambas as unidades (com o objetivo de diminuir a monitorização intensiva para adequar às necessidades breves do RN, a aguardada ida para casa) e, ao acompanhamento RN/família à respetiva unidade (com a apresentação da nova unidade hoteleira bem como, da equipa responsável).

Ao refletir sobre o experienciado e, com base na evidência, aprendi que os pais aguardam ansiosamente a alta do RN, um desejo que existe desde que o bebé nasceu e que gostariam que tivesse sido realizado no dia da alta da obstetrícia. Aprendi ainda que, também a mudança, ainda que em âmbito hospitalar foi, apesar da preparação antecipatória, geradora de ansiedade nos pais: devido à panóplia de equipamento e à equipa treinada que conheceram, durante o tempo de internamento na UCIN, que lhes proporcionava tranquilidade no que respeita aos cuidados ao seu filho e dada a relação de confiança estabelecida, proporcionada pelo método do enfermeiro de referência.

No SUP a admissão/ o primeiro contacto é na Triagem e observei que, frequentemente, os pais não parecem compreender os critérios da Triagem, porque a sua ansiedade aumentava, quando não compreendiam o motivo pelo qual os seus filhos não eram mais prioritários que as outras crianças. Neste sentido, procurei sempre esclarecer que a prioridade do atendimento é por gravidade e não por ordem de chegada. Informei ainda, que a cor da pulseira atribuída, não significava ficar o tempo de espera máximo, referente a essa cor.

Ao refletir sobre este aspeto, aprendi que a admissão do RN/criança/jovem e família no SUP é mais atribulada, dado a criança/jovem e família para além, de se encontrarem ansiosos em resolver a situação que os trouxe ao hospital, nem sempre lhes é facultada a informação sobre como devem adaptar-se ao processo de doença do seu filho. Segundo a evidência, a informação sobre a doença e a explicação sobre o tratamento aumenta a autoconfiança dos pais, permitindo-lhes gerir as emoções proporcionando maior controlo e adaptação à situação de fragilidade. (Diogo, 2016), (Fernandes, 2012), (Ordem

dos Enfermeiros, 2015)

Nos diferentes contextos tive oportunidade de observar dinâmicas potencializadoras de uma parceria de cuidados, que também desenvolvi e partilhei com a tutora e equipa. Assim, mediante os conhecimentos da teoria e ainda com o que li, com o intuito de promover a parceria de cuidados, de acordo com o Modelo de Anne Casey, ao priorizar a díade RN/criança/ jovem e família, com respeito pelos desejos da família, história familiar, clarifiquei junto da família, neste caso os pais, a importância da sua perícia no cuidado ao RN/criança/jovem. Na UCIN e no SUP, de modo a promover a parentalidade, incentivei os pais a tocarem no seu filho, promovi a oportunidade de interação RN/família, apoiando e elegendo-os como os principais cuidadores na prestação de cuidados de higiene e conforto, o que foi negociado de forma gradual, conforme o conhecimento, a atitude e a capacidade que, gradualmente, foi emergindo dos pais. Procedi, igualmente, desta forma nos restantes cuidados e procedimentos ao RN/criança/jovem e família. (Casey & Mobbs, 1988)

Refletindo sobre a capacitação dos pais nestes contextos aprendi, que devo incentivar a parentalidade, porque os pais querem continuar a ser pais e a cuidar dos seus filhos e por isso, apesar de estarmos tão habituados a cuidar, a sua participação nos cuidados deve ser negociada, porque a sua recusa ou exigência, pode levar a interpretações erradas, no processo do cuidar. Ao estudar esta temática aprendi ainda, que ao negociar com os pais a parentalidade, incluímo-los no cuidar da criança, ao valorizar o seu cuidado, permitindo estratégias de coping e uma maior confiança na integração do seu papel. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Na UCC participei no curso de Preparação para o Parto e de Adaptação à Parentalidade, numa perspetiva de observação participativa. Esta formação abrange diversas áreas e pretende desenvolver competências específicas, aos futuros pais, para o cuidar do RN, esclarecer dúvidas sobre o parto e sobre os cuidados ao RN. Tive a oportunidade de participar numa das temáticas da educação para a saúde sobre os cuidados de higiene ao RN.

Ao refletir sobre esta capacitação aprendi que as competências parentais devem ser estimuladas, precocemente, havendo lugar a tomadas de decisão, ainda durante a gravidez, que muito poderão influenciar o desenvolvimento do RN, porque competem para ajudar os pais, na adaptação a esta nova etapa da sua vida, dotando-os de uma maior segurança na assunção do seu papel parental.

Tive ainda, observação participativa no curso de Massagem Infantil, desenvolvido

por uma Enfermeira certificada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil, e no qual observei a execução das técnicas de massagem infantil. Com esta experiência e ao estudar mais aprofundadamente, aprendi sobre os seus benefícios: promove a vinculação, a estimulação do latente através do toque nutritivo, uma maior motilidade intestinal, reduzindo as cólicas e contribui para o relaxamento do RN e, conseqüentemente da família.

De igual forma, os cuidados prestados na USF nas consultas de vigilância de crescimento e de desenvolvimento, que são descritos no próximo objetivo, assumem-se como uma mais-valia na promoção da saúde e da adaptação à parentalidade proporcionando comportamentos de ajuda por parte dos EESIP em todas as etapas de desenvolvimento da criança. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

A Teoria da Vinculação de Ainsworth, (1972) refere que os seres humanos procuram a proximidade de uma figura que lhes forneça proteção e segurança, a partir da qual possam explorar o meio e, assim, desenvolver-se enquanto pessoas. Na UCIN ou no SUP, sendo contextos estranhos para os pais em que sentem o seu papel ameaçado, procurei reforçar a parentalidade através da prática do Aleitamento Materno. Neste sentido, enfatizei os benefícios da amamentação, incentivei ao Aleitamento Materno segundo as recomendações da OMS até aos 2 anos de vida e em exclusivo até aos 6 M. Negocieei, em parceria de cuidados, a extração de leite materno, caso o RN não fosse competente a mamar, como no caso de RN prematuros, em que o reflexo de sucção, dada a prematuridade é, frequentemente, ineficaz e, como forma de manter o Aleitamento Materno. Foi por isso, que em conjunto com a tutora, incentivei uma mãe na UCIN, que pretendia amamentar a manter a estimulação diária da mama, apesar de desperdiçar o leite, numa fase inicial, por estar medicada com anti-hipertensores. Este era o seu desejo e uma forma de garantir os seus cuidados. (Casey & Mobbs, 1988), (UNICEF, 2012)

Na USF, na consulta de promoção e vigilância do crescimento e do desenvolvimento de uma criança com 4 M, em amamentação exclusiva, uma mãe mostrou-se apreensiva porque iria começar, dentro de 1 mês, os ensaios de teatro, para uma festividade que durava apenas uma semana e, estava sem saber como proceder, se iniciava a diversificação alimentar de forma mais precoce. Foi negociado iniciar a sopa cerca de uma semana antes de iniciar os ensaios, mantendo a amamentação nas restantes refeições, com a possibilidade de extração de leite materno, até porque, segundo a mãe, teria algum armazenado e com a possibilidade de a avó levar o bebé para que o amamentasse durante esse período. (Casey & Mobbs, 1988) (UNICEF, 2012)

Ao refletir sobre o Aleitamento Materno considero que foi uma das temáticas

transversais a todos os contextos, dado a especificidade pediátrica pelo que, nesse sentido, fiz educação para a saúde, de acordo com o que aprendi na teoria, e de acordo com o preconiza a OMS. Procurei promover o Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses de idade, informando sobre os seus benefícios, ajudando as mães nas dúvidas sobre este tema, quer a nível da adaptação à mama, quanto ao nível da frequência, intervalo e duração das mamadas, bem como na informação sobre a prevenção de complicações.

Com o intuito, de minimizar os fatores de stresse, inerentes à doença, ao internamento de curta duração e à hospitalização, procurei intervir, no ajustamento de papéis familiares, incentivando à redistribuição dos mesmos, incentivando ao consenso, de forma a aliviar o cuidador principal. Na UCIN, deparei-me com a situação, de uma mãe que, absorvida pelo filho internado, passava o dia inteiro na UCIN, até perto da 00h, e que confidenciava que estaria com menos tempo para o outro filho, o qual habitualmente, era ela quem o ia buscar à escola e que ele estaria a regredir no seu comportamento e aquisições. Neste sentido, incentivou-se a mãe a dar atenção à outra criança indo busca-la à escola e por exemplo, o pai vir para a UCIN., de forma a que a mesma se sentisse mais tranquila.

Ao assistir no SUP, na área do OBS uma criança de 7 anos com o diagnóstico clínico de Diabetes Inaugural, ao refletir nesta crise à luz da Teoria das Transições de Meleis, verifiquei que, no que concerne ao tipo existiu uma transição situacional (um divórcio, com reconstituição familiar por parte do pai, à relativamente pouco tempo) e, existindo um irmão de 12 anos que, segundo a mãe, teria que ficar ao cuidado do pai durante este internamento. A mãe, que apresentava também esta patologia, apresentava reação de negação, frustração e depressão face a esta situação. Para além disso, manifestava ansiedade, vivenciando conflito ou até mesmo saturação de papéis; em particular devido ao papel de prestação de cuidados ao irmão de 12 anos da criança, atribuído agora ao pai da criança. Em contrapartida, o pai da criança vivenciava raiva e alguma alienação parental culpabilizando a mãe da criança, experienciando ansiedade por esta situação e também pela alteração de papéis; por ter que planear o seu quotidiano com o acolhimento do filho de 12 anos em sua casa.

Ao indagar sobre o explanado, considerei direcionar a minha assistência, de forma a ser facilitadora das ferramentas familiares, conducentes a estratégias de coping, que passavam pela reorganização de papéis familiares, para que o cuidador principal tivesse alívio do seu papel e incentivei ao consenso de forma a potenciar o seu bem-estar.

Assim, no que concerne à minimização da separação, pus em prática estratégias,

que passaram pela promoção do acompanhamento hospitalar da criança hospitalizada, de acordo com a Lei nº. 21/81 de 19 de Agosto, com base no que está exposto, na Carta da Criança Hospitalizada (1988). (IAC, 1988), (DRE, 1981),

No que respeita à minimização da perda de controlo permiti, sempre que possível, de acordo com a situação clínica da criança/jovem a liberdade de movimentos, a sua independência na liberdade de escolha e dentro do possível, a manutenção da rotina da criança, jovem/família, que passou pela convivência com os irmãos ou com os pais. Nos diferentes contextos, também como estratégias, na assistência aos irmãos, durante a hospitalização, no caso da sua existência, incentivei à troca dos progenitores, ou de outro familiar de referência de modo a apoiar todos os membros da família. Incentivou-se ao contacto via telefone e vídeo-chamada com o irmão, ou com os pais. Incentivei, em conjunto com a tutora, que os pais tentassem aproximar-se das rotinas habituais, que trouxessem brinquedos no caso da criança, ou outros objetos familiares para o jovem, para lhes transmitir maior conforto e segurança, através de objetos que reconhece, de modo a diminuir o choque da hospitalização. (Hockenberry & Wilson, 2014), (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No âmbito da diminuição da possibilidade de lesão corporal, procedi à preparação da criança, jovem e família para os procedimentos, na medida em, que pais e crianças, têm direito a receber informação, sobre a situação clínica, por forma, a participar ativamente, no processo de cuidados. Desempenhei estes procedimentos invasivos na presença dos pais, em negociação com estes, sempre que estes aceitavam permanecer. Foi neste sentido que, em todas as minhas intervenções, efetuei explicações simples e adequadas ao desenvolvimento, permiti a manipulação de materiais e requeri o consentimento livre e esclarecido. De acordo, com a “Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina”, ratificada para o direito interno português pelo Decreto do Presidente da República nº1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº1/2001 de 3 de Janeiro, e o Código Penal, nos seus artigos 150º, 156º e 157º. Neste sentido, dado que o menor é a pessoa até aos 16 anos e nesta linha, tive sempre em consideração que a decisão do ESIP, perante uma intervenção, deve ressaltar três requisitos, procurando dar a mesma importância a cada um, na tentativa que os pais (ou representante legal) e o menor concordem com a intervenção planeada, de acordo com o critério do benefício direto do menor. Em caso de divergência na decisão, deve o ESIP procurar o consenso do representante, tendo sempre o critério do benefício direto do menor. No caso da autorização do representante não seja dada não satisfazendo o benefício direto do menor

pode por via judicial ser a representação legal retirada e atribuída a outra pessoa ou entidade. (IAC, 1988), (DRE, 1981), (DRE, 2001), (PGDL, 1995), (Deodato, 2018)

No que concerne à dor esta temática já foi anteriormente abordada.

Ao refletir sobre as medidas implementadas, com vista a minimizar o stresse da doença, do internamento de curta duração e da hospitalização considero ter, em simultâneo, conseguido potenciar competências de crescimento pessoal na criança, jovem e família. Na medida em que contribuí, no caso das crianças pequenas, para a desmistificação de medos e no jovem para o aumento da sua confiança na tomada de decisão, para sentimentos de empatia e de consciencialização da inclusão. Contribuí ainda para o incrementar da afetividade entre pais e filhos e para a vinculação, dada a presença constante do familiar de referência. Proporcionei aprendizagens, através da educação para a saúde aos pais e filhos o que lhes permitiu adquirir competências durante a hospitalização, para a continuidade de cuidados. (Hockenberry & Wilson, 2014), (IAC, 1988)

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a criança, jovem/família com base na estratégia do jogo e da brincadeira também foi utilizada, porque, ao contribuir para a interação, liberta tensão e permite a expressão de sentimentos o que induz, simultaneamente ao relaxamento, colocando a criança, jovem/família num papel mais independente. (Hockenberry & Wilson, 2014), (IAC, 1988)

Ao refletir sobre estas estratégias, considero que o impacto das mesmas na colaboração das crianças na prestação de cuidados foi mais favorável, criando uma relação terapêutica de empatia e confiança entre todos. Para além disso, na reflexão sobre a prestação de cuidados pediátricos aprendi, que a família é também foco de atenção nos cuidados pelo que, o EESIP contempla, na sua atuação, uma estreita negociação com a criança/jovem e família, tendo como objetivo comum, os cuidados de saúde. Neste sentido, o método do enfermeiro de referência é considerado o método de organização dos cuidados mais personalizado, porque promove um envolvimento, uma relação de confiança no respeito pelas crenças e cultura com vista à capacitação. (Mendes, 2012), (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.*

Objetivos traçados

- Desenvolver competências na promoção e da vigilância de saúde do crescimento e do desenvolvimento infantil;
- Adquirir competências na detecção precoce de criança/jovem com necessidades de saúde especiais;
- Desenvolver competências no âmbito do Plano Nacional de Vacinação.

Atividades

- ✓ Efetuar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ);
- ✓ Avaliar o crescimento e desenvolvimento do RN/criança/jovem e efetuar o registo dos dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e no s-clínico;
- ✓ Ensinar/Instruir sobre cuidados antecipatórios; diversificação alimentar, hábitos de sono segurança e prevenção de acidentes e erupção da primeira dentição;
- ✓ Ensinar/Instruir sobre a febre;
- ✓ Incentivar o aleitamento materno;
- ✓ Detetar precocemente e encaminhar criança/jovem com necessidades de saúde especiais;
- ✓ Administrar vacinas no âmbito do PNV e registar as vacinas administradas no Boletim de Vacinas e no sistema informático.

Reflexão Crítica

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil abrangem uma ampla faixa etária desde o nascimento até aos 18 A e têm como objetivo avaliar o crescimento e desenvolvimento; promover comportamentos saudáveis com progressiva responsabilização pelas escolhas em saúde; prevenir, identificar e resolver doenças comuns da idade; detetar precocemente, encaminhar e sinalizar para proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e/ou vítimas de maus tratos e às suas famílias; assegurar a realização de aconselhamento genético e servir de suporte no acompanhamento das responsabilidades parentais. (DGS, 2013)

Na USF tive a oportunidade de realizar 14 consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, de acordo com o que se preconiza no PNSIJ, em idades-chave, tendo em conta acontecimentos marcantes na vida do RN/criança/jovem e família, como sejam etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade. Nestas consultas, contei sempre com a colaboração da minha tutora e procedi ao registo dos dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no BSIJ e na

plataforma informática, o : S-clínico. Nestas consultas, o foco da prática mais frequente foi o Desenvolvimento Infantil, segundo a linguagem CIPE. Procedi à avaliação dos parâmetros antropométricos (Peso, Comprimento, Altura,, Perímetro cefálico), de modo a determinar os percentis, recorrendo às curvas da OMS que são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento de RN/ crianças/jovens.

Em relação aos cuidados antecipatórios foram abordados nas consultas em função da idade-chave e das dúvidas da família. Assim sendo:

Na vigilância de um latente de 6 M, em relação à alimentação promovi a amamentação, em exclusivo, até aos 6 meses e, só a partir desta idade, complementá-lo com o início da diversificação alimentar, o que vai de encontro ao que preconiza o Manual de Aleitamento Materno. Nesta situação, a criança estava em regime de amamentação em exclusivo mas, noutras consultas, no caso de crianças alimentadas com fórmulas láteas desidratadas, reforcei que a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 M mantendo-se a utilização de fórmulas láteas desidratadas até aos 12 M. A ESPGHAN (2017) recomenda o início da diversificação alimentar entre as 17 e as 26 semanas, ou seja, os 4 meses e 1 semana e os 6 meses e 1 semana. Neste contexto, efetuei ensino/instrução mediante as recomendações da USF, que vão de encontro ao proposto no documento orientador Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos (2018) que cita as recomendações da Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Em negociação com a mãe, optou-se por iniciar pela introdução de um creme de legumes que não deve incluir mais de 4 legumes. Este documento da Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos (2019) traz algumas novidades, que contribuíram para a minha aprendizagem, e que foram partilhadas com a minha tutora e equipa. Segundo este documento e, de acordo com as recomendações ESPGHAN, o glúten deve ser introduzido a partir dos 4 meses e antes dos 7 meses, com porções crescentes até aos 12 meses. Assim, a papa introduzida a partir da diversificação alimentar pode, desde o início, ter glúten. Existem também diferenças no que concerne à idade de introdução da carne e do peixe pelo que, clarifiquei junto da minha tutora e procedi de acordo com o mesmo na minha prática. Sendo assim, recomendei que a proteína animal fosse introduzida a partir do 6º mês, na proporção de 30 g/dia de carne ou de peixe, de forma a oferecer 4 vezes por semana carne e 3 vezes por semana peixe, adicionada ao creme de legumes, à açorda ou à farinha de pau e, posteriormente (a partir dos 7 meses), ao arroz ou massa ou à sêmola de trigo (couscous). Uma referência desta mãe, que me preocupou, foi referir ser vegetariana mas que, em conjunto com o pai da criança, acordaram introduzir a carne na alimentação da criança, no entanto, ambos estavam

renitentes em relação à carne bovina. A mãe foi esclarecida, que segundo as recomendações mais atuais da Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos (2019) existe, nesta idade, o risco de ferropénia com ou sem anemia, que é agravado em caso de privação e que a criança necessita de garantir uma ingestão diária de 7 mg de ferro. Neste sentido, para além da diferença no teor de ferro entre os alimentos de origem animal (vaca: 1,9 mg/100g; bacalhau: 0,7 mg/100g) e os vegetais (legumes de folha verde escura que nesta fase inicial não são introduzidos, endívias, couve galega, espinafres) existem também diferenças na biodisponibilidade deste mineral, sendo absorvido em 25 % quando a origem é o ferro hémico (proteína animal) e 2-13 % quando a fonte é vegetal. Foi informado o médico de família pois, nesta situação poderia haver um maior acompanhamento, especializado, com necessidade de prescrever suplemento de ferro tal como, a toma diária de Vitamina D – 400 UI, uma vez por dia, durante o primeiro ano de vida cuja prescrição é da sua competência. (Saúde D.-G. d.), (UNICEF, 2012), (DGS, 2013), (DGS, 2013), (Ministério da Saúde/DGS, 2019)

Na vigilância de um latente de 4 M, em que a maior preocupação dos pais era a aquisição de hábitos de sono, face à proximidade do reinício da atividade profissional da materna, promovi cuidados antecipatórios, que vão de encontro ao que aprendi na teoria sobre o Modelo de Touchpoints e partilhei esta aprendizagem com a minha tutora, com a equipa e com os pais deste latente. Assim, a atribuição, a esta idade-chave, de um ponto de contato, proporcionou uma oportunidade de criar empatia com os pais, na compreensão das questões relativas ao sono já que, o iminente aperfeiçoamento da acuidade visual é proporcional ao interesse no ambiente, causando rutura no interesse em dormir. Inerente a esta mudança surge, necessariamente, alteração na rotina da criança/família: mudanças na alimentação, nos hábitos e rotinas diários da criança com necessidade de adaptação à creche/ama/ ou a outros cuidadores. No que concerne aos hábitos de sono ensinei/ instruí/treinei os pais a treinarem a autorregulação da criança, com recurso a estratégias como diminuir, progressivamente, a atividade, a luz, com a escolha do local acolhedor para dormir, substituir o colo a adormecer pelo toque e/ou voz e, mediante a escolha de um brinquedo seguro para adormecer, que promova a manipulação e interação com pais/cuidadores. (DGS, 2013), (Brazelton, 2003)

Procedi à avaliação do desenvolvimento da criança, de acordo com os critérios previstos na escala de rastreio de Mary Sheridan modificada no que respeita: Postura e Motricidade Global; Visão e Motricidade Fina; Audição e Linguagem; Comportamento e Adaptação Social e Sinais de Alarme. Incentivei a atividades promotoras do

desenvolvimento sugeridas pela escala também parametrizadas nos s-clínico. A parametrização no s-clínico da escala de rastreio de Mary Sheridan modificada traduz-se numa importante mais valia, para a existência de uma linguagem criteriosa nas consultas vigilância de Saúde Infantil bem como, uma linguagem universal entre profissionais, o que permite detetar precocemente e encaminhar criança/jovem com necessidades de saúde especiais assim como, a adequada gestão de recursos, evitando a referência a consultas ou centros especializados sem razão. (DGS, 2013)

Em relação à segurança e à prevenção de acidentes, ao preencher o item da Avaliação Inicial no programa informático, avalei a exposição ao álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente assim como, a exposição passiva ao fumo do tabaco, com alerta sobre o Síndrome da Morte Súbita. Na vigilância dos 12 M alertei sobre o risco de acidentes domésticos e de lazer, associada à descoberta de autonomia por parte da criança com a marcha. Reforcei também sobre a importância das regras no transporte de crianças no automóvel, por necessidade de troca de cadeira, de acordo com a Orientação da DGS n.º 001/2010. (DGS, 2013)

Numa vigilância dos 6 M promovi cuidados antecipatórios a uma mãe com dúvidas sobre a erupção da primeira dentição no que concerne: ao período em que surge, quais os sintomas mais comuns e estratégias de alívio do desconforto, em relação à higiene dentária e a forma de forma a prevenir cáries. (Ordem dos Médicos Dentistas, 2018)

Numa consulta a uma criança de 2 A os pais manifestaram dúvidas sobre a febre. Neste sentido, ensinei e instruí de acordo com o Processo Assistencial Integrado (PAI) da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica, nomeadamente sobre o que é a febre, métodos de avaliação da temperatura, transmiti que mais importante que o valor da temperatura são os sinais de gravidade associados à febre e ensinei sobre os cuidados não farmacológicos (gestão do vestuário) e farmacológicos (gestão da medicação). Neste âmbito foi entregue aos pais o Folheto informativo para pais e cuidadores sobre Febre na criança/adolescente. (a) DGS, 2018), (b) DGS, 2018), (DGS, 2013)

Ao refletir sobre o que aprendi nestas consultas, alicerçada na partilha com a tutora, na teoria e com o estudo aprofundado das recomendações do PNSIJ, destaco a noção das consultas de vigilância serem denominadas de exames de saúde oportunistas, em que segundo o PNSIJ, há flexibilidade na calendarização das consultas para as idades-chave, ou seja visam reduzir o número de deslocações e alargar o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade. A periodicidade recomendada nas consultas deverá adequar-se a casos particulares, isto é podem ser introduzidas/eliminadas, em determinados momentos

do ciclo de vida das famílias (situações de doença grave, luto, separação ou aumento da fratria. (DGS, 2013)

O PNV permite uma elevada cobertura vacinal, imunizar quem é vacinado mas também, evitar a propagação de doenças, uma vez que a imunidade de grupo impede a circulação de agentes patogénicos.

No âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil, após a avaliação do crescimento e desenvolvimento, dos cuidados antecipatórios por mim e pela tutora e, após o exame físico do médico procedia-se à administração de vacinas, de acordo com o PNV, e fornecidos esclarecimentos sobre dúvidas nas vacinas administradas, explicando os benefícios da vacinação, potenciais reações adversas, ao registo do procedimento pela atualização do Boletim de Vacinas e do sistema informático.

Ao refletir sobre a aprendizagem nesta temática, destaco o conhecimento adquirido com o estudo do PNV, o estudo sobre outras vacinas externas ao PNV, com prescrição médica bem como, a aprendizagem acerca da simultaneidade das consultas de vigilância com o esquema cronológico preconizado no PNV, de modo a incentivar ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral e a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde. (DGS, 2017)

Objetivos traçados

- Aprofundar conhecimentos e habilidades no âmbito do SNIPI.

Atividades

- ✓ Participar em reuniões no âmbito do SNIPI;
- ✓ Colaborar no preenchimento da ficha de Referenciação para o SNIPI;
- ✓ Aprofundar conhecimentos e habilidades acerca dos diferentes canais de referenciação;
- ✓ Colaborar na elaboração de um Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP).

Reflexão Crítica

De acordo com o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro o SNIPI é criado, na sequência da Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, que permite através da intervenção concertada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, com a subscrição das famílias, intervir de forma a prevenir e a reabilitar, precocemente, nas crianças com critérios de elegibilidade dos 0 aos

6 anos de idade. O PIIP é elaborado atendendo às necessidades das famílias, por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representam todos os serviços que são chamados a intervir ou seja um enfermeiro, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, um coordenador o educador e a assistente social.

No âmbito do Estágio na UCC aprofundei conhecimento sobre o SNIPI e respetivas Equipas Locais de Intervenção (ELI), o que se tornou numa mais valia para mim, enquanto futura EESIP, o que se concretizou pelo atingimento dos objetivos específicos do PE, que pretendia a demonstração de um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP. Foi neste sentido, que foi planeada uma segunda observação de uma criança referente à idade-chave de 3 A, que vai de encontro ao que é preconizado no PNSIJ. Embora, com algum atraso, por circunstâncias de antecedentes cirúrgicos de Amigdalectomia, Adenoidectomia e Timpanotomia com inserção de tubos e por ter, também faltado ao reagendamento, verificou-se ao se confrontar os elementos da avaliação com os de outros profissionais envolvidos, que a criança agora com 4 anos estava a ser sujeita a diversas terapias. Foi neste sentido, que partilhei informação com a minha tutora da USF, para esclarecer a razão pela qual a mãe referiu em consulta de reavaliação o motivo da intervenção no menino de 4 anos, na escola, na área da terapia da fala, ocupacional e psicologia. Esta criança estaria integrada no SNIPI, conforme preconiza o PNSIJ, devendo assumir uma posição “oportunista”, que visa reduzir o número de deslocações e alargar o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade, aproveitando as idades-chave definidas, a criança teria sido observada cedo, apesar da faixa etária, sendo que nem todas as crianças chegam à mesma idade, no mesmo estágio de desenvolvimento. Daí se ter proporcionado um novo encontro. Em consequência, foi atrasada a identificação e o encaminhamento o que vai de encontro à evidência. (DGS, 2013)

Na UCC tive a possibilidade de participar em reuniões no âmbito do SNIPI, no que concerne à fase de estabelecimento de contacto prévio com a colheita de dados com o objetivo de se elaborar PIIP. Este contacto prévio foi realizado na escola, que foi quem referenciou para a ELI, junto da educadora da criança, da mãe bem como, junto da ELI. Após a respetiva colheita de dados verificou-se que a criança estaria a ser acompanhada em Consultas de Pediatria de Desenvolvimento e de Neuropediatria no hospital desde o 1º Ano de vida e que por isso, segundo a mãe, teria deixado de frequentar as consultas de vigilância nos CSP. Neste sentido, contactou-se os CSP para a criança ser acompanhada nas consultas de vigilância. A referenciação para a ELI teria sido levada a cabo pela escola,

no momento em que a criança, agora com 2 A deu entrada na escola, tendo sido referenciada pela educadora que detetou a situação e tendo, o conhecimento informado materno procedeu à sua referência. Detetou-se que a mãe estaria com sintomas de depressão pelo que, foi encaminhada para o Psicólogo do ACES. A mãe encontrava-se de baixa por assistência à família e a criança seria intervencionada por múltiplos profissionais, tendo terapias diariamente, em contexto de gabinete, por terapeuta da fala, fisioterapeuta e por terapeuta ocupacional, com custos a encargo dos pais. A maior preocupação da mãe seria que a criança falasse daí que, a maior intervenção fosse da Terapeuta da Fala. A criança estaria, segundo a mãe e a educadora, a regredir no comportamento pela adaptação à escola, ou pela sobrecarga nas terapias que lhe impediam de fazer a sesta da tarde, segundo a educadora. Foi acordado com a mãe permitir que a criança fizesse a sesta à tarde, de forma a avaliar o seu comportamento. Ficou ainda acordado, que a equipa da ELI iria reunir toda a documentação da criança e avaliar estratégias para a elaboração do PIIP, em breve.

Ao refletir sobre estas experiências aprendi que, deverei utilizar na minha prática, sempre, um dos princípios de orientação do modelo Touchpoints, acerca de utilizar o comportamento da criança como a sua linguagem, como foi efetuado nesta situação. De acordo com a asserção do mesmo modelo, que refere que todos os pais querem o bem para seus filhos a mãe teria proporcionado todas as terapias que lhe haviam aconselhado para possibilitar o desenvolvimento da criança. No entanto, a irritabilidade, o cansaço e a pouca colaboração nas diferentes atividades por parte da criança, também poderia em parte, dever-se à sua necessidade de autonomia, própria da idade mas também, pela falta da sesta. Assim, em conjunto com a minha tutora e em parceria com esta mãe negociámos utilizando o modelo NIDCAP

², sugerindo que seria importante a sesta da tarde para potenciar o seu desenvolvimento e crescimento salutar da criança. Considero que a intervenção do SNIPI, em particular o olhar abrangente do EESIP permitiu que se articulasse e concertasse os cuidados em função do bem-estar da criança/família.

De forma a que os profissionais possam tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas, sugeri à minha tutora, que se fizesse formação no ACES sobre o SNIPI, em particular sobre os critérios de

² SPIKES – Modelo de Comunicação de Más Notícias que engloba várias etapas: Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary.

elegibilidade e os canais de referência, como sugere o PNSIJ. Deste modo, com a identificação, sinalização e referência face à existência de alterações na criança possibilita-se o devido investimento e estimulação no desenvolvimento das suas capacidades, com maior probabilidade de potenciar a sua autonomia na sociedade e intervindo, precocemente, na correção ou amenização das suas limitações funcionais de origem. (Saúde D. G., 2013), (DGS, 2009), (Brazelton, 2003)

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;*
- *Planeia e executa intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados.*

Objetivos traçados

- Aprofundar conhecimentos na área da Saúde Escolar;
- Promover a saúde da criança/jovem com Necessidades de Saúde Especiais;
- Potenciar a educação inclusiva.

Atividades

- ✓ Participar em reuniões no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- ✓ Identificar e sinalizar criança/jovem com Necessidades de Saúde Especiais;
- ✓ Colaborar e realizar promoção da saúde através da educação para a saúde:
 - Participar no âmbito do Eixo Estratégico 1, da Capacitação: na área da saúde mental e competências socioemocionais alimentação saudável e atividade física
 - Participar no âmbito do Eixo Estratégico 2, do Ambiente Escolar e Saúde;
 - Participar no âmbito do Eixo Estratégico 3, das Condições de saúde.

Reflexão Crítica

O PNSE (2015) constitui um instrumento orientador das políticas nacionais no que concerne à promoção da saúde em meio escolar, no que concerne adoção de estilos de vida saudáveis com base, em parcerias, de forma a melhorar a qualidade da comunidade educativa. No âmbito do estágio da UCC, aprofundei conhecimento sobre o PNSE, que constitui uma mais-valia, na perceção do funcionamento da Saúde Escolar. Foi neste sentido, que partilhei informação com a enfermeira tutora da USF, de forma a referenciar para a Saúde Escolar, um jovem de 17 A que, no seguimento da vigilância do PNSIJ, como aliás se preconiza num dos seus objetivos, se identificou por, alegadamente, ser vítima de bullying. Este jovem teria inclusive ameaçado o bully com arma branca. A partir da ficha de referência disponível no PNSE procedeu-se à sinalização.

Na UCC existe um Programa de Atuação contratualizado para 3 anos que apresenta entre outros, os diversos projetos abrangidos pela Saúde Escolar. Com base nas diretrizes da Metodologia de Trabalho por Projeto para Apoio à Promoção e Educação para a Saúde na Escola, do PNSE, são delineadas Fichas de Projetos de Promoção e Educação para a Saúde na Escola, ao início de cada ano letivo. Durante o período de estágio colaborei em alguns desses projetos, que se inserem em Eixos Estratégicos, respeitantes às áreas de intervenção do PNSE.

Assim, participei no âmbito do Eixo Estratégico 1 da Capacitação:

- na saúde mental e competências socioemocionais. Observei uma segunda intervenção da equipa da SE numa turma, na qual a escola teria pedido ajuda porque, alegadamente, os alunos seriam agressivos e tinham um comportamento de oposição frequente na sala de aula. Com o intuito de se trabalhar a comunicação assertiva, foi planeada uma atividade, em que os alunos escreviam num papel as indicações para a colocação de um preservativo. Esta atividade teve sucesso, conseguindo cativar a atenção da turma e no fim, foi efetuada uma reflexão sobre a influência da comunicação não-verbal na mensagem verbal;

- na alimentação saudável e atividade física colaborei com a tutora em duas intervenções no âmbito do Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), através da dinamização e disposição da Roda dos Alimentos gigante no chão. Esta atividade foi realizada em jardim-de-infância em que era questionado às crianças quantas refeições faziam ao dia e o que ingeriam em cada refeição. No fim, interrogou-se sobre quais os seus alimentos favoritos e, em função disso, avaliava-se a sua presença na Roda dos Alimentos, sendo explicados os motivos da sua ausência, de forma simples. A intervenção culminava com a entrega de informação sobre o PASSE, para ser lida em família. Ao refletir sobre esta temática considero que este tipo de intervenção pode ter duas finalidades assim, se por um lado é um incentivo à responsabilização pela saúde, no que concerne a escolhas saudáveis, por outro, nesta fase de crescimento e desenvolvimento, a criança ainda não é autónoma pelo que, não é responsável pelas escolhas que faz. Neste sentido, esta estratégia de educação para a saúde proporciona, simultaneamente, a responsabilização parental, proporcionando ferramentas aos pais, para a mudança comportamental nos hábitos alimentares da família.

Tive ainda a oportunidade de, em conjunto com a minha tutora, no âmbito da SE, identificar e sinalizar 2 crianças com Necessidades de Saúde Especiais: uma com Alergia aos Frutos Secos e outra com Doença Celíaca. A referenciação para a SE foi efetuada pelo

contexto escolar, o que permitiu a nossa intervenção na promoção da saúde, através da educação para a saúde, numa primeira sessão ao pessoal docente, perspectivando-se outras a parte da comunidade educativa, nomeadamente, ao pessoal não docente (APÊNDICE I). Apesar de estar em apêndice tem que contextualizar aqui A promoção da saúde por parte do EESIP, pretende que a escola, reconheça a mais-valia da diversidade dos seus alunos, ajudando a implementar estratégias, que lhe incentivem a adequar o ensino, às características e condições individuais de cada um, para que todos, aprendam ao limite das suas potencialidades.

Ao refletir sobre esta temática aprendi quer nas experiências proporcionadas pela UCC, na partilha com a minha tutora, quer na teoria do curso, quer no estudo aprofundado do Decreto-Lei nº 54/2018 que para cumprir o objetivo da inclusão constituem recursos específicos existentes na comunidade a mobilizar, as equipas de saúde escolar. Neste sentido, esta legislação veio maximizar a concertação, entre ambos os Ministérios da Saúde e da Educação na medida em que, compete à equipa multidisciplinar, do lado da educação, sensibilizar a comunidade educativa para a educação inclusiva. Assim, ao elaborar o Relatório Técnico-Pedagógico pode solicitar a colaboração da equipa de SE, com vista ao melhor conhecimento do aluno. E, por exemplo em casos como as situações descritas, necessitam de formação, para adotar estratégias para promover a evicção dos alergenicos, como forma de proteger a criança e, simultaneamente, aconselhar sobre práticas pedagógicas inclusivas. (DRE, Decreto-Lei nº 54/2018, 2018)

Participei no âmbito do Eixo Estratégico 2, do Ambiente Escolar e Saúde, no que concerne a 3 intervenções na prevenção dos acidentes e primeiros socorros. Na UCC, tive oportunidade de colaborar no Projeto do Suporte Básico de Vida (SBV), nas escolas, cujos formandos são os alunos das turmas do 5º e 9º anos de escolaridade, da escola pública, da comunidade educativa que é abrangida pela UCC. Este Projeto procura responder à Resolução da Assembleia da República n.º164/2019 publicada no Diário da República , 1.ª série, p. 104 que Recomenda ao Governo o ensino de Suporte Básico de Vida (SBV) nas escolas. Assim sendo, este Projeto já deu resposta a parte do nº1, da Resolução da Assembleia da República n.º164/2019 faltando o ensino da desfibrilhação automática externa (DAE), a ser introduzido no currículo escolar dos alunos do secundário. O nº2 e o nº 3 está também em parte conseguido, porque se ministrou ensino do SBV aos professores, faltando apenas aos auxiliares de educação e o ensino de DAE a professores e auxiliares, por necessidade de formação credenciada dos profissionais em DAE. Esta situação está a ser resolvida porque, os profissionais já estão inscritos e aguardar formação

de DAE e existe inclusive, uma escola do agrupamento que adquiriu, recentemente, um DAE já tendo requisitado a UCC para a necessidade de formação. O nº4 está conseguido porque existem pósteres em locais específicos como seja na portaria, na sala dos professores, no bar, na cantina e na entrada de cada pavilhão, inclusive do gimnodesportivo, de algoritmo do SBV. Colaborei na colheita de dados, de um estudo, que pretende saber num pré-teste, se os alunos já socorreram alguma pessoa e se conhecem a ordem das intervenções do SBV. No fim da formação, colaborei também, na entrega de um teste final, com questões de modo a compreender quais os conhecimentos adquiridos pelos alunos, após se ministrar a formação de SBV. Neste Projeto, o ensino sobre o SBV é realizado à turma, aos alunos do 9.º ano, em contexto de sala de aula e apresenta uma componente teórica, apresentada com o método expositivo e depois, uma componente prática, com o método demonstrativo, em que se formam grupos de 4 alunos com um profissional, de forma a treinarem o que foi apreendido. Em relação aos alunos do 5.º ano são organizados Masstraining, em que no pavilhão gimnodesportivo, se efetua a apresentação da componente teórica e depois, em grupos de 4 alunos, sob a supervisão de um aluno do 9.º ano (que também já recebeu ensino/instrução e treino), efetuam o treino do SBV.

Neste sentido verifico que a UCC, para além de corresponder à Resolução da Assembleia da República n.º164/2019 responde também ao Programa Nacional de Saúde Escolar (2015): ao Eixo 1 - Capacitação de competências socioemocionais permitindo aos alunos do 9.º ano desenvolver civismo e responsabilidade e compreender o esforço dos professores, auxiliares e encarregados de educação; ao Eixo 2 - Ambiente escolar e saúde intervindo na prevenção dos acidentes e primeiros socorros e no Eixo 4 – Qualidade e Inovação. No que concerne a este último Eixo, na medida em que a qualidade e a inovação se revelam fulcrais para o incremento do conhecimento, das competências e dos comportamentos em saúde surgiu este Projeto que pretende ser uma ferramenta para se avaliar se o conhecimento transmitido pela equipa de SE foi assimilado, com o preenchimento de uma ficha de avaliação anteriormente à sessão de educação para a saúde e após o seu término, conforme já foi referido. Desta forma, pretende-se com este instrumento monitorizar e reestruturar os mecanismos de aceder à comunidade educativa, incrementar a formação dos profissionais, pela atualização dos seus conhecimentos com vista à partilha eficiente da informação de saúde, para que se consiga o resultado da alteração dos comportamentos de saúde. Com este Projeto pretende-se ainda, obter um estudo longitudinal avaliando, no futuro, o conhecimento em SBV dos atuais alunos do 5.º

ano e verificando se no seu quotidiano surgiu, entretanto, uma situação de risco de vida e se souberam dar resposta. Vai de encontro ao que preconiza a American Heart Association, que recomenda o ensino de SBV nas escolas, uma vez que, refere que crianças com esta formação serão adultos com formação em SBV na comunidade e, neste sentido, maior a eficácia na sua execução, com aumento da sobrevivência em contexto pré-hospitalar, como refere o Conselho Português de Ressuscitação. Segundo TAVARES e URBANO (2016), na Revista Portuguesa de Saúde Pública nota-se alguma discórdia sobre a faixa etária em que se deve iniciar a formação sobre esta temática, quer por razões de maturidade intelectual e performance física, atribuída à idade, mas também refere, que a evidência científica, mostra que crianças mais jovens, embora não sejam capazes de realizar, de modo exímio, a técnica de compressões cardíacas, podem alertar, com a utilização responsável dos serviços de emergência médica, instruir os adultos sobre o algoritmo de SBV ganhando-se, no futuro, adultos com conhecimentos em situações de reanimação mais confiantes do que os atuais adultos; em que a falta de conhecimentos sobre o SBV, o medo de infeção e o medo de fazer algo errado inibem a intervenção. (Tavares, 2016); a referência está incorreta (Ressuscitação, 2018), (Cave, 2011)

Particpei no Eixo Estratégico 3, das Condições de saúde que se concretizaram em 3 intervenções no que respeita às Necessidades de Saúde Especiais com a elaboração de um Plano de Saúde Individual. No caso de uma criança com 10 A, com Diabetes Mellitus tipo 1, em que eu e a minha tutora, nos reunimos com a mãe e com Delegada de Turma, para definir os cuidados numa situação de hipo/hiperglicemia, para definir uma equipa de Tutoria e agendar data para essa equipa ser ensinada/instruída e treinada nas situações de crise. Noutra situação, numa criança com 7 A, com Doença Celíaca, a equipa de saúde escolar reuniu-se com o mesmo objetivo, de definir uma equipa de Tutoria e agendar data para o ensino/instrução dos cuidados a ter nesta doença. Também surgiu um caso, referenciado pela escola, de uma criança com 7 A, que apresentava alteração do comportamento e já teria, medidas adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão, mas que não estariam a ser eficazes. Nesta reunião, em que também eu intervi, apercebemo-nos que teria sido prescrita nova terapêutica, para adequar este comportamento agressivo da criança, que não teria sido iniciada pela família, por receio dos efeitos extrapiramidais. Ora, isto vai de encontro com a asserção Touchpoints sobre os pais, que refere que todos os pais têm sentimentos ambivalentes e, que a paternidade é um processo construído na base da tentativa e erro. Segundo o modelo SPIKES (2011) e, recorrendo aos princípios de orientação do modelo Touchpoints, que indica para manter o foco no relacionamento

pais/filho que, segundo informaram, também estaria difícil, negociou-se o esclarecimento da família, sobre o regime terapêutico, com o Pediatra de Desenvolvimento, nesse mesmo dia. (DGS, 2015), (Brazelton, 2003), (DRE, Decreto-Lei nº 54/2018, 2018), (Cruz, 2016), (Revista Brasileira de Educação Médica, 2011)

Ao refletir sobre a aprendizagem proporcionada na UCC, no âmbito do PNSE, através da troca de informação com a tutora e da teoria fornecida pelo curso, considero que foi de extrema importância, na apropriação de competências nesta área. Isto porque, aprendi que a saúde e a educação têm uma conexão inegável, já que, crianças saudáveis aprendem com mais eficácia e, neste aspeto a educação leva à prosperidade económica individual/comunidade e à manutenção da saúde ao longo da vida, o que implica a nível macro-económico menos custos em saúde. É neste sentido, que a escola, sendo um espaço seguro e saudável, se posiciona como um instrumento fulcral para proporcionar a literacia em saúde, com o objetivo da responsabilização de escolhas saudáveis a toda uma comunidade educativa, com impacto significativo nos diferentes contextos em que crescem, aprendem e se desenvolvem. (DGS, 2015)

Objetivos traçados

- Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito do NACJR;

Atividades

- ✓ Detetar precocemente situações que podem ter repercussão negativa no bem-estar do RN, criança, jovem/família;
- ✓ Despistar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos;
- ✓ Preencher a avaliação do risco nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil;
- ✓ Assistir em reuniões no âmbito do NACJR;

Reflexão Crítica

O NACJR existem no ACES e são equipas multidisciplinares, que atuam no âmbito das situações de risco, de maus tratos em crianças e jovens, que promovem a articulação e cooperação entre serviços e instituições.

Na USF, nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil é objetivo destas consultas identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, pelo que, neste sentido existe uma ferramenta útil a avaliação do risco que permite o despiste destas situações. Para além disso, o olhar atento de um EESIP, no que respeita a avaliar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus

tratos revela-se essencial.

Na UCC tive a oportunidade de assistir a uma reunião neste âmbito, e pude verificar a eficácia do que referi anteriormente, um caso em que 2 crianças teriam sido referenciadas pelo enfermeiro de família por, alegadamente, maus tratos no que concerne a cuidados de higiene e a um desajustamento do vestuário em relação à estação do ano. As crianças permaneciam à guarda dos pais, mas com a supervisão do NACRJ, que teriam implementado, desde a sua supervisão alterações na casa-de-banho da casa.

Com estas experiências pude aprender, que o EESIP tem que ser conhecedor dos recursos disponíveis na comunidade, para com eficácia responder às solicitações e utilizar eficazmente os mecanismos legais e os protocolos instituídos, dos diversos organismos que integram as situações de risco. (DGS, 2008)

1.2 Formação em Enfermagem

A evolução, imparável na saúde tem, obviamente, impacto na prática e na disciplina de Enfermagem o que, concomitantemente, leva à necessidade de formação, por forma a garantir a qualidade no exercício profissional e nos cuidados recebidos.

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

Objetivos traçados

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, individual, através da formação em serviço.

Atividades

- ✓ Participar como formanda em formação de serviço sobre “Qual o programa de extração de leite materno adequado a cada RN”;
- ✓ Participar como formanda em formação de serviço sobre “Hipotermia Induzida”;
- ✓ Participar como formanda em formação de serviço sobre “NACJR”.

Reflexão Crítica

Os momentos de formação em serviço constituem excelentes oportunidades para refletir sobre a prestação de cuidados e para a partilha de novos conhecimentos em equipa.

Na UCIN tive a oportunidade de participar, como formanda em formações de serviço integradas no Plano de Melhoria Contínua do Serviço: uma formação sobre Qual o

programa de extração de leite materno adequado a cada RN e outra sobre Hipotermia Induzida. Na primeira formação, aprendi sobre a existência de dois programas, o de “Iniciação”, mais adequado às mães dos RNs prematuros, por ter um modo de extração descoordenado, semelhante ao mamar de um RN prematuro e o de “Manutenção”, mais adequado aos RN de termo, apresentando um modo de extração que permite a obtenção de maiores quantidades de leite materno e cujo ciclo, se assemelha ao mamar de um RN de termo, segundo a evidência. Na segunda formação, EESIP do serviço expuseram os cuidados na Hipotermia Induzida dos quais se destacam, em particular para este serviço, os cuidados para a preparação de um RN com necessidade desse tratamento uma vez, que nesse caso esses RNs são transferidos, de acordo com a norma da instituição.

Ao refletir sobre a importância destas formações com a minha tutora, constatei que ambas, pertenciam ao Plano de Melhoria Contínua do serviço, que apresenta temáticas que foram alvo de diagnóstico de necessidade de formação a que se segue, conseqüentemente, a elaboração de protocolos do serviço por forma a convergir intervenções que garantam a qualidade dos cuidados prestados, segundo a evidência.

Na UCC assisti a uma formação sobre o NACRJ em que aprendi sobre as vias de referência e que, qualquer pessoa, pode referenciar diretamente à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, no caso de RN/criança/jovem vítimas de maus tratos e de violência, tais como: maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.

Ao refletir sobre a importância desta formação verifiquei que, se revelou uma mais-valia, para as equipas tomarem conhecimento dos canais de referência, para agilizar a rápida identificação, sinalização e resolução, no sentido do bem-estar do RN/criança/jovem.

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- *Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;*
- *Promover a formação em serviço na área de EESIP.*

Objetivos traçados

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, dos pares, através da formação em serviço.

Atividades

- ✓ Fazer o diagnóstico das necessidades de formação;
- ✓ Efetuar pesquisa bibliográfica;

- ✓ Negociar com a tutora;
- ✓ Realizar uma formação em serviço sobre o Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da febre).

Reflexão Crítica

O diagnóstico das necessidades de formação em serviço, sobre o PAI da febre, surgiu após pesquisa bibliográfica e, mediante a negociação com a tutora, de forma a validar o conhecimento sobre a febre, segundo a evidência. Com o intuito de servir de ferramenta de trabalho, na USF, para apoiar as consultas de vigilância de saúde infantil, e na UCC, para atualizar os pares sobre o PAI da Febre, sobretudo no que toca aos sinais de alerta associados à febre, como forma de responder, à solicitação das escolas, em particular dos jardins-de-infância, para sessões de educação para a saúde de esclarecimento sobre esta temática. O planeamento desta formação em serviço está presente no APÊNDICE II.

Com base na evidência científica, foi objetivo desta formação em serviço, sensibilizar o grupo de pares, para a aquisição de conhecimentos, sobre o PAI da Febre; os métodos de avaliação da temperatura corporal; os sinais de alerta associados ao valor de temperatura por forma a saber atuar com base nas medidas não farmacológicas e farmacológicas. (a) DGS, 2018)

Foi neste sentido, que ministrei duas formações à equipa multidisciplinar da USF e aos pares da UCC, que se revelou enriquecedora para todos os intervenientes, quer pela partilha de experiências, quer pelo aprofundar destes conteúdos, que constituem uma valiosa ferramenta, para a melhoria contínua, da prática dos cuidados.

Para se obter informações sobre os formandos, no que concerne à aprendizagem dos objetivos educacionais propostos, foi realizada a avaliação diagnóstica, recorrendo a um questionário avaliativo no início da sessão. O mesmo questionário, foi novamente aplicado, no fim da sessão, para se comparar os resultados, permitindo verificar se os conhecimentos foram adquiridos. Na USF os colegas recusaram o preenchimento destes questionários pelo que, os resultados apresentados no APÊNDICE II, dizem respeito à UCC.

De acordo com CARDOSO et al (2002) existe uma sequência na avaliação da formação. Assim sendo, o mesmo autor refere que o nível I avalia a reação dos participantes à formação; o nível II avalia as aprendizagens efetuadas pelos mesmos; o nível III avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e o nível IV avalia os resultados da formação. (Cardoso et al., 2002)

Assim sendo, foram realizados o nível I e II, no fim da sessão, cuja análise de dados se apresenta de seguida. Para responder ao proposto recorreu-se a indicadores de avaliação, ou seja, definiu-se elementos observáveis de cumprimento dum critério de avaliação (Cardoso et al., 2002). Os indicadores de avaliação foram:

- 1- N° de respostas certas ao questionário entregue no início da sessão / N° total de questões) x 100 = % de respostas certas para cada pergunta;
- 2- N° de respostas certas ao questionário entregue no final da sessão / N° total de questões x 100 = % de respostas certas para cada pergunta.

A partir dos indicadores de avaliação mencionados, em relação ao indicador de avaliação nº1, verifiquei que 47,5% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no início da sessão.

No que concerne ao indicador de avaliação nº2, verifiquei que 52,5% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no final da sessão. Esta percentagem é mais elevada o que revela que a informação foi apreendida mas poderia ser maior caso dois participantes tivessem respondido ao questionário. As hipóteses que coloco face a esta ausência de resposta devem-se ou ao colega por lapso não respondeu ao questionário ou caso tenha ficado com dúvidas não as manifestou.

Houve impossibilidade de se avaliar os níveis III e IV, pelo constrangimento da durabilidade do estágio, 180 horas, na medida em que tal avaliação implicaria uma continuidade no tempo de estágio após a formação.

Assim sendo, ao refletir sobre estas aprendizagens, aprendi que a existência de um sistema de melhoria contínua nos serviços é crucial, para garantir a procura permanente da excelência no exercício profissional, o que contribui para a máxima eficácia da qualidade dos cuidados, baseados na evidência. (Ordem dos Enfermeiros , 2017)

Com toda esta panóplia de atividades consegui atingir os objetivos propostos adquirir competências comunicacionais, no domínio de estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada; adquirir competências na avaliação da aprendizagem numa AES e respondi à uma necessidade formativa dos serviços.

1.3 Gestão em Enfermagem

No exercício do enfermeiro existem elevados desafios à gestão em enfermagem que, progressivamente, adquiriu maiores responsabilidades na organização de unidades e

serviços de saúde, sendo por isso crucial a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências de Gestão. Este *empowerment* encontra-se associado ao acréscimo das necessidades em saúde da comunidade, devido à existência de mais tecnologias e uma maior oferta de cuidados de saúde bem como, a uma população mais informada. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, sobre o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Artigo 7º, apresenta as Competências do domínio da gestão dos cuidados otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde através da gestão dos cuidados e na adaptação da liderança na gestão dos recursos aos contextos, para a qualidade dos cuidados. (Diário da República, 2019)

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização.

Objetivos traçados

- Discutir de forma crítica as implicações da gestão no processo de prestação de cuidados (gestão de recursos humanos, gestão de cuidados; gestão de recursos materiais);

Atividades

- ✓ Conhecer as diferentes formas de exercício de gestão ajustando em função das especificidades na prestação de cuidados;
- ✓ Conhecer e observar a dinâmica de gestão de recursos humanos e materiais dos diferentes serviços;
- ✓ Discutir com a tutora sobre tomada de decisão em relação à prestação de cuidados especializados
- ✓ Consultar os manuais de acolhimento;
- ✓ Consultar os protocolos e normas existentes;
- ✓ Conhecer a articulação dos recursos: instalações, materiais e equipamentos;

Reflexão Crítica

Ao refletir sobre as experiências nos diferentes contextos, aprendi que a gestão é o processo de coordenar as atividades dos elementos de uma organização, de forma a alcançar os objetivos estabelecidos, de modo eficaz e eficiente. Assim, a eficácia é a capacidade de executar as atividades da organização alcançando os seus objetivos. A eficiência é a capacidade de se conseguir o máximo de resultados (outputs) com o mínimo de recursos (inputs) ou seja, uma elevada produtividade/eficiência com baixo desperdício de meios e recursos. (Enfermeiros, 1996), (Mações, 2014).

Os EESIP contribuem, no exercício da área de gestão, de diferentes formas,

ajustando-se em função das especificidades dos cuidados, em prol da maximização da prestação dos cuidados de enfermagem.

No âmbito dos contextos hospitalares verifiquei, no que concerne à gestão dos recursos humanos, que era da responsabilidade das chefias enquanto EESIP, a utilização e dos recursos para promover a qualidade dos cuidados, seja: nas alterações de horário entre funcionários, substituição de baixas por redistribuição dos turnos pelos elementos da equipa, a distribuição diária dos RN/Enfermeiro por turno. A otimização do trabalho existe ainda, através da coordenação da equipa, em cada turno: o Responsável de Turno que é pré-determinado na planificação semanal, conforme seja ESIP ou por antiguidade no serviço. Nos cuidados de saúde primários, a gestão dos recursos humanos, varia de acordo com o agendamento dos cuidados sendo, por isso, o EESIP o responsável pelo seu horário, de acordo com a calendarização das intervenções de cuidados à comunidade.

Nos diferentes contextos, verifiquei ainda que o EESIP adapta o estilo de liderança ao indivíduo e ao grupo. Reconhece a divergência de papéis que, em simultâneo, convergem, contribuindo para a melhor resposta organizacional, na prestação de cuidados. Reconhece a importância na elaboração e atualização de manuais de acolhimento, protocolos e normas. Os protocolos assim como, a disponibilidade de sistemas de informação permitem uniformizar a prática, revelando-se adequados para a prestação dos cuidados. Verifiquei a sua colaboração na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas e são dinamizadores da aprendizagem de outros enfermeiros em formação como aspirantes a EESIP. Verifiquei ainda, a sua participação na avaliação das necessidades da população, propondo uma política para o exercício da promoção de saúde, servindo-se de estratégias, como a educação para a saúde bem como, da disponibilidade de materiais e recursos auxiliares das suas intervenções. No que concerne à gestão dos recursos materiais, no contexto hospitalar e na USF, as especificidades da gestão aproximam-se, porque responsáveis por promover pareceres técnicos acerca das instalações, de materiais e equipamentos, utilizados na prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros especialistas têm a responsabilidade pela manutenção preventiva dos equipamentos (semestral ou anual), por pedidos de arranjo/abates e de avaliação do estado de manutenção do material clínico. Assumem-se ainda como responsáveis pela gestão dos fármacos e injetáveis (como as vacinas), no que concerne à garantia das condições de armazenamento e, pela gestão de estupefacientes (com justificação de consumos).

Para os EESIP da UCC esta categoria reveste-se de grande importância porque

essencial na prestação de cuidados à comunidade. Neste sentido, pude verificar a necessidade de agendar todas as atividades onde intervêm desde as confirmadas às hipotéticas. Neste sentido, o email constitui uma importante ferramenta de trabalho para o EESIP porque confirma ou cancela as intervenções a desenvolver, permite o reagendamento das mesmas, no caso de cancelamento ou no caso de surgir necessidades mais prementes, permite agendar novas atividades ou reuniões (seja da escola ou dos parceiros sociais como a câmara, entre outros). Também os telefonemas e as referências de situações por carta têm que ser atendidas. Verifiquei, neste contexto, a existência de lacunas na comunicação, porque os contactos como sejam números de telefone e emails que estão descritos nos sites, por vezes não se encontram atualizados, ou porque os profissionais que estavam responsáveis por determinado departamento já não o são. Pelo que, o trabalho do EESIP na UCC torna-se moroso, com a necessidade árdua de despende tempo da prestação de cuidados para estas burocracias, o que foi manifestado à tutora.

No que concerne à segurança e à qualidade das tarefas delegadas, o enfermeiro especialista supervisiona e avalia tarefas delegadas como seja, os agendamentos atempados dos pedidos de transporte. Assim, uma vez que o EESIP é que vai à comunidade, é necessário o agendamento atempado do pedido de transporte, com envio do mesmo de forma atempada, com antecedência de uma semana ao serviço de gestão de transporte do ACES e com necessidade de avisar de forma atempada, em caso de desmarcação, para a adequada gestão de recursos do ACES. No caso, da necessidade de utilização de material para os diferentes Projetos da UCC, existe uma planificação anual, para a requisição de material, ao ACES, como no caso do Programa PASSE. No caso, do Projeto do SBV a câmara adquiriu os modelos pelo que, sendo um parceiro social permite o empréstimo à UCC, o que tem de ser, atempadamente agendado, existindo uma base de dados com a planificação anual, entregue à câmara, para reservar os modelos de forma a dar resposta às diferentes atividades. Na apresentação dos diferentes Projetos da área da EESIP, o enfermeiro é o responsável por transportar o material necessário desde o computador, a pen, folhetos informativos, fichas de avaliação, entre outros.

Quanto à gestão dos cuidados, relacionada com a tomada de decisão, o EESIP é dotado de competências no cuidar do RN, criança/jovem e família em situação de prematuridade e/ou doença, dando resposta às situações de urgência/emergência, quando a família não possua os conhecimentos ou competências para um resultado eficaz. É detentor de conhecimentos, que contribuem para a tomada de decisão e que lhe conferem a participação nas decisões da equipa de saúde. No que respeita, a competências na avaliação

do crescimento e desenvolvimento, fundamentais para as consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e, para promover a capacitação, para uma tomada de decisão responsável da comunidade, no seu processo de saúde. Esta diferenciação é por isso, um fator determinante, que traz benefícios para quem é cuidado e permite o aperfeiçoamento e o desenvolvimento profissional de quem cuida (Ordem dos Enfermeiros , 2017).

Ao refletir com um olhar crítico, considero que esta aprendizagem foi facilitada pela tutora em cada contexto assistencial, pela troca de informação, esclarecimento de dúvidas e apoio na prestação de cuidados. Um importante aliado nesta aprendizagem foi também, o contacto diário e a partilha de momentos de reflexão entre pares, que verifiquei serem, em alguns contextos, na sua maioria de EESIP, o que vai de encontro ao regulamento das dotações seguras nos cuidados de enfermagem, como é o caso do SUP que apresenta 19 enfermeiros todos EESIP exceto 1 (um), enfermeiro de cuidados gerais. Neste sentido, no que respeita à Sala de Emergência e à constituição da equipa de enfermagem, dado o número de EESIP no SUP, assegura-se que 50 % dos enfermeiros envolvidos, neste atendimento, dispõem de formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico e de Formação Avançada em Trauma Pediátrico, porque constituem formações obrigatórias por parte do hospital. A nível da Sala de OBS considera-se o rácio de enfermeiros, tendo como referência que 50 % dos enfermeiros sejam, preferencialmente, EESIP, em permanência nas 24 horas (Ordem dos Enfermeiros, 2019), (Diário da República, 2019)

1.4 Investigação em Enfermagem

A finalidade da Investigação em Enfermagem tem como objetivo primordial proporcionar uma aprendizagem ao longo da vida, partindo do pressuposto, que um percurso profissional sólido se faz, não só através da experiência que o exercício profissional proporciona, mas da adequação dos conhecimentos e competências adquiridos, às novas necessidades sociais e aos recursos disponíveis, através da evidência e com o foco na primazia da qualidade dos cuidados. A Ordem dos Enfermeiros (2006), definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. (Martins, 2008)

Pretendo ressaltar, neste relatório, que em relação ao Objetivo proposto no Plano de Estudos, que diz respeito a “*Participar e promover a investigação em serviço na área da*

EESIP. "não tive a oportunidade de demonstrar competência, pelo que, este capítulo refere-se, somente, às pesquisas por mim realizadas bem como, a sugestões deixadas no serviço.

Objetivos propostos no Plano de Estudos

- *Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;*
- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.*

Objetivos traçados

- Desenvolver cuidados de enfermagem especializados baseados na melhor evidência científica;
- Discutir de forma crítica sobre as implicações da investigação sobre os cuidados de enfermagem.

Atividades comuns:

- ✓ Consultar protocolos, formação realizada/manual de melhoria contínua;
- ✓ Reproduzir a informação válida e relevante na prática;
- ✓ Apresentar estratégias de mudança de comportamento nos cuidados prestados mediante a evidência;
- ✓ Propor à equipa alterar procedimentos em diálogo com o tutor e também com os pares;
- ✓ Validar cuidados de enfermagem prestados com base na evidência;
- ✓ Pesquisar em bases de dados científicas sobre os cuidados de enfermagem.

Reflexão Crítica

Ao refletir sobre a prática, no que concerne à preocupação da equipa em proporcionar cuidados para evitar a lesão cutânea, procurei investigar com base na evidência, se haveriam cuidados adicionais para proporcionar um acréscimo na qualidade aos cuidados já prestados. Foi neste sentido, que fiz a pesquisa, que partilhei com os pares, de modo a proporcionar estratégias de mudança de comportamento nos cuidados, com o intuito de alterar a tomada de decisão(Nona & al., 2016), (Nunes & al., 2012)

Neste sentido, com o objetivo de promover cuidados de enfermagem especializados, baseados na melhor evidência científica, pesquisei sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de ventilação não invasiva – CPAP e, verifiquei que os cuidados prestados, são sobreponíveis ao que se faz na UCIN. Neste sentido, dada a preocupação da equipa pelo risco de lesões do septo nasal para além da seleção do tamanho, da fixação adequada dos prongs nasais e da utilização de hidrocolóide pesquisei

sobre esta temática porque estava à espera de encontrar conhecimento mais atual. Verifiquei que, quando se utiliza, em simultâneo, o hidrocoloide e o Metalline®, obtém-se a distância indicada para a correta posição dos prongs nasais do CPAP (2 mm, o que evita a lesão cutânea e permite que o equipamento ventilatório fique bem posicionado. O Metalline® é um apósito flexível e macio composto por algodão, viscosa e uma camada aluminizada, frequentemente, utilizado nas traqueostomias. Neste sentido, validei com a tutora e propus à equipa adicionar estes procedimentos à sua prática, ao protocolo do CPAP no sentido de melhoria contínua, como mostra a evidência.

Ao refletir sobre a preparação da NP com a tutora, verifiquei que existe no serviço, um protocolo sobre a preparação de NP, que segue as recomendações da NP no RN: 1ª revisão do Consenso Nacional, 2008 pelo que, validei com a tutora e com a equipa os cuidados de enfermagem prestados. Com base na evidência, em diálogo com a tutora e também com os pares, propus alterar o procedimento, no que concerne ao procedimento de preparação no serviço, para que deva ser sempre preparado na farmácia, onde existe uma câmara de fluxo laminar, aliás como recomenda a evidência, para que se reúnam as garantias da qualidade microbiológica do produto a perfundir. (SPP, 2008), (Neves, 2014)

Ao pesquisar sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de NP aprendi acerca dos motivos da existência de misturas binárias de NP, uma solução contendo glicose, aminoácidos, eletrólitos e vitaminas e/ou oligoelementos e outra, contendo a emulsão lipídica e vitaminas lipossolúveis: porque a sua utilização separada garante a estabilidade da emulsão lipídica. Ao pesquisar sobre esta temática, verifiquei que os cuidados de enfermagem, relacionados com a preparação e manutenção da NP, são sobreponíveis ao que se faz no serviço e que, vão de encontro ao explanado em ambos os artigos, no que concerne a que: durante a semana a NP é preparada na farmácia hospitalar em câmara de fluxo laminar, com técnica asséptica, mas, ao fim de semana, devido à escassez de profissionais, por contenção de custos é preparada no serviço pelos enfermeiros. Evidencia-se que, a exímia paramentação é atribuída à qualidade do produto preparado, não se submetendo o mesmo a testes específicos para avaliação da sua qualidade microbiológica tal como evidencia o artigo. É de ressaltar que, contrariamente ao explanado no artigo, eu utilizei na minha prática os filtros preconizados, em ambas as soluções, e utilizei material opaco, de forma a preservar o produto, de acordo com a evidência.

De forma a promover cuidados de enfermagem especializados, baseados na melhor evidência científica, pesquisei sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de sonda

gástrica: nasogástrica e orogástrica e aprendi os motivos da aplicação de uma em detrimento da outra. Na medida em que, o RN de termo respira pelo nariz até ao 3º mês de vida, para que não se atrapalhe na ventilação considera-se que se deva privilegiar a colocação de sonda orogástrica. No entanto, esta condição não poderá ser norma, tendo que se avaliar o estado geral do RN. Recordo-me de cuidar de um RN que apresentava alteração do padrão respiratório por Displasia Pulmonar e que mantinha ventilação não invasiva por cânulas nasais com FiO₂ de 0,25 l/min tendo, neste caso efetuado a colocação de uma sonda orogástrica. Nesta situação, dado que apresentava reflexo de sucção ineficaz estava indicada a colocação de sonda gástrica para proporcionar uma via para a alimentação enteral e uma vez, que o RN apresentava um Padrão Respiratório Ineficaz, com repercussão na alimentação oral foi colocada a sonda. Noutra situação, com outro RN que apresentava uma Trombocitopenia Aloimune, em ventilação espontânea em ar ambiente, optou-se a colocação de uma sonda nasogástrica, uma vez que estava em transição para a alimentação oral, vulgarmente conhecido como treino de mamadas: amamentação ou alimentação por tetina. Neste RN, também estava indicada a colocação de sonda gástrica, de forma a proporcionar uma via para alimentação enteral, mas a indicação para a sua colocação seria devido a um reflexo de sucção ineficaz. Antes da administração do leite por sonda gástrica monitorizei, sempre o resíduo gástrico e recordo-me de ter pesquisado sobre intolerância alimentar, porque o RN apresentou num determinado momento um volume de metade do que lhe fora administrado na refeição anterior, uma distensão abdominal marcada, numa das fraldas sangue vivo (retorragia) associado a um estado de letargia, alguns sinais que colocaram a hipótese de uma Enterocolite Necrosante (ECN) pelo que, a administração entérica foi interrompida até há realização de exame radiológico que negou a hipótese pelo que, reiniciou a alimentação mantendo vigilância. Assim, se tiver um “resíduo gástrico >2-3 ml/kg e/ou > que 50% do volume administrado na refeição anterior (administração intermitente)” sem sinais de ECN não é motivo para a interrupção da administração, mas antes uma breve pausa. (Pereira-da-Silva, Gomes, Macedo, & Alexandrino, 2014, pág. 330), (Universidade de São Paulo, 2018)

Ao discutir de forma crítica, sobre as implicações da investigação, sobre os cuidados de enfermagem na manutenção e extração de cateteres aprendi que, a prática desenvolvida na UCIN, segue a Recomendação – “Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares” (2006), em que se preconiza substituir todos os cateteres se o doente se apresenta hemodinamicamente instável e há suspeita de infeção relacionada com cateter. Senti necessidade de efetuar esta pesquisa uma vez que, o RN, em

que colaborei na prática na extração de cateter epicutâneo, se encontrava com alterações hemodinâmicas, com várias dessaturações e com alterações nas análises sugestivas de infecção. Utilizou-se técnica asséptica, limpou-se a pele com antisséptico deixando-se secar 2 minutos (antes de remover o cateter) cortando-se 5 cm da extremidade distal com bisturi estéril e colocou-se em recipiente estéril, seguindo para análise. Suspeitando-se de infecção relacionada com o cateter o que foi confirmado. (Pina & al., 2006)

Na pesquisa sobre punção venosa para colheita de sangue para análise, aprendi que deveria efetuar uma manipulação mínima pelo que procurei, sempre que me foi possível, introduzir catéter venoso periférico nos casos de probabilidade de eventual prescrição para administração de terapêutica intravenosa. Procurei preservar o património vascular: utilizar veias de pequeno calibre, das extremidades para o centro (do dorso da mão, dorso do pé, sangradouro), se possível deixar íntegras veias possíveis para colocação de catéteres. Na introdução de cateteres periféricos, uma boa higiene das mãos antes da inserção, combinada com técnica asséptica (a utilização de luvas de uso único não estéreis, em conjunto com técnica “no-touch”) é recomendada, já que faz parte das Precauções Básicas, que visam diminuir o risco de exposição a agentes patogénicos da via sanguínea. (Cardoso, Rodrigues, Rodrigues, Pacheco, & Faria, 2011), (Pina & al., 2006)

Aprendi, com base na pesquisa, pelo que, partilhei esta informação com a tutora e substituí também, sistemas de administração intravenosos incluindo torneiras e prolongamentos, com uma frequência de 24 horas; não superior às 72 horas, de acordo com a Recomendação – “Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares” (2006). Na UCIN e no SUP, tinham este protocolo de substituição, até às 24 horas, para servir de mnemónica, para não se ultrapassar o prazo recomendado de substituição dos sistemas para a administração de sangue, derivados de sangue, ou de NP num período de 24 horas após o início da perfusão (não ultrapassar as 24 horas), de acordo com a Recomendação – “Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares” (2006). (Pina & al., 2006)

De forma a promover cuidados de enfermagem especializados, baseados na melhor evidência científica, pesquisei acerca da avaliação da temperatura corporal aos RNs e verifiquei que o ensino/instrução e treino aos pais vai de encontro à Orientação da DGS sobre “Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores” (2018). (Saúde D. d., 2018)

No SUP, discuti de forma crítica sobre as implicações da investigação, sobre os cuidados de enfermagem, no que respeita à avaliação da temperatura timpânica que sendo,

o método mais rápido e higiênico, confere-lhe vantagens em serviços de triagem pediátrica utilizado, frequentemente, mas que, segundo a literatura, tem muitos falsos negativos, sobretudo em idade inferior a 3 anos. Neste sentido, procedi de acordo com a literatura privilegiando a avaliação da temperatura corporal pela ordem descrita, axilar e timpânica. Avaliei a temperatura timpânica a crianças com idade superior a 3 anos, tendo o cuidado de colocar a sonda orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo e efetuei sempre 3 determinações seguidas, adotando sempre o valor medido mais elevado. Ao partilhar com a minha tutora, o que aprendi na evidência, apresentei estas estratégias de mudança de comportamento nos cuidados pelo que, contribuí para a mudança de prática da equipa, fundamentando, com base na evidência, sobre os motivos para esta elevada percentagem de imprecisão: a incorreta orientação da sonda do termómetro (por desconhecimento), razões de natureza anatómica canal auditivo estreito, presença de cerúmen ou inflamação no ouvido médio (otite média). (DGS, 2018).

Como foi referido anteriormente, no capítulo sobre Formação em Enfermagem, na USF e na UCC emergiu a necessidade de debater sobre o PAI da Febre.

Conclusão

Foram atingidos os objetivos, inicialmente propostos, na elaboração deste documento e, o mesmo serviu de fundamento, para a clarificação e para a validação de competências adquiridas em ambientes de prática em enfermagem.

Em relação à resolução de problemas em situações novas e não familiares encontro-me, agora, após este vasto currículo de experiências e múltiplas aprendizagens mais desperta para a tomada de decisão com base num rigoroso Processo de Enfermagem. Com isto quero dizer, que adquiri competências para lidar com questões complexas através da teoria fornecida pela escola, com a partilha com a tutora, com estas experiências e com o meu empenho em procurar documentar-me aprofundei conhecimentos e habilidades acerca dos diferentes canais de referenciação, qualquer que seja o contexto da prática, na área EESIP.

No que concerne, a condicionamentos, na disponibilidade de informação, relacionados com o RN, criança, jovem e família, que detetados com base na experiência e no conhecimento construído com o MEESIP; como seja em relação a situações de risco comprometedoras da saúde, vou ter em atenção: oportunidades na observação, de acordo com o que preconiza o PNSIJ e pretendo estar atenta, a sinais de alerta, que devem ser valorizados, de forma a efetuar uma referenciação mais precoce para o SNIPI, com o intuito de potenciar as capacidades. Ou para a Saúde Escolar, para proporcionar o desenvolvimento pessoal, social e a sua autodeterminação, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde ou, para o NACJR se for uma situação de risco.

A experiência adquirida na minha prática profissional anterior, o conhecimento adquirido no MEESIP, a experiência e o conteúdo apreendido nas diversas áreas assistenciais, que foi alvo da minha pesquisa e, o meu estudo aprofundado permitiram a minha tomada de decisão. Neste sentido, tendo como referencial o que aprendi na evidência, apresentei estratégias de mudança de comportamento nos cuidados pelo que, contribuí para a mudança de prática nas equipas.

Ao refletir sobre estas aprendizagens, aprendi que a comunicação através de um raciocínio clínico objetivo é uma ferramenta crucial, utilizada como forma de melhoria contínua nos serviços, garantindo a procura permanente da excelência no exercício profissional, o que contribui para a máxima eficácia da qualidade dos cuidados, baseados na evidência. (Ordem dos Enfermeiros , 2017)

Na verdade, a aprendizagem obtida só poderia ter sido feita depois desta colheita de dados, para no futuro fazer diagnóstico, planejar e executar cuidados.

Referências Bibliográficas

- a) DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- a) DGS. (2018). *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Obtido de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>
- ACSS. (2017). *Ministério da Saúde*. Obtido de Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf
- b) DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- b) DGS. (2018). *Febre na criança/adolescente Folheto informativo para pais e cuidadores*. Obtido de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-n-0142018-de-03082018-folheto-pdf.aspx>
- Brazelton, B. S. (2003). *O Modelo de Desenvolvimento Touchpoint*. Obtido de http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/994/ThomasBerryBrazelton.pdf
- Cardoso, J., Rodrigues, E., Rodrigues, B., Pacheco, S., & Faria, J. (2011). *Escolha de veias periféricas para terapia intravenosa em recém-nascidos pela equipe de enfermagem*. Obtido de Researchgate: https://www.researchgate.net/publication/277033173_Escolha_de_veias_perifericas_para_terapia_intravenosa_em_recem-nascidos_pela_equipe_de_enfermagem
- Carvalho, E. O.-K. (2016). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 67-68.
- Cave, D. e. (2011). *Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from the American Heart Association*. *Circulation*. Obtido de Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and auto American Heart Association.

- Constitucional, P. d. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008*. Obtido de Diário da República: <https://dre.pt/application/file/a/247597>
- Cruz, C. R. (2016). *Comunicando Más Notícias: O Protocolo SPIKES*. Obtido de Biblioref: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Deodato, S. (2018). *Direito da Saúde*. ALMEDINA.
- DGS. (2008). *DGS*. Obtido de Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/o-que-sao.aspx>
- DGS. (2009). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>
- DGS. (14 de Dezembro de 2010, p.1). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de Norma da Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Obtido de DGS: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- DGS. (2016). Obtido de <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude.aspx>
- DGS. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*.
- DGS. (2018). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Diário da República. (2019). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Diogo, P. V. (2016). *Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional*. Obtido de Rcaap: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf

- DRE. (1981). Obtido de <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1981/08/18900/21292129.pdf>
- DRE. (2001). Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=selected&nid=1644&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=
- DRE. (2009). *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar*. Obtido de DRE: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/489768/details/maximized>
- DRE. (2019). Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- DRE, Decreto-Lei nº 54/2018. (2018). *Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva*. Obtido de DRE: <https://dre.pt/home/-/dre/115652961/details/maximized>
- Eletrónico, D. d. (31 de Março de 2017). *Código Civil*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106487514/201703312058/73408676/diploma/indice/28>
- Enfermeiros, O. d. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata.
- Governo. (2007). *Diário da República*. Obtido de Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF): https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107055842/202001151105/diploma?p_p_state=maximized&did=107546128&rp=indice
- Higgs J, J. M. (1995). *Clinical reasoning in the health professions*. . Oxford: Butterworth Heinemann.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- IAC. (1988). Obtido de https://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- IAC. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido de IAC: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf

- Lambert, V. L. (2012). *Communication skills for childrens Nurses*. Glasgow: McGraw Hill.
- Lambert, V., Long, T., Kelleher, D. (2012). *Books*. Obtido de Communication skills for children's nurses: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nylFBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=communication+skills+for+children%27s+nurses&ots=AAonxs7GsN&sig=mhkBL4Sh774FQnCsFuNeXspwkT8&redir_esc=y#v=onepage&q=communication%20skills%20for%20children's%20nurses&f=false
- Mações, M. A. (2014). *Manual de Gestão Moderna. Teoria e Prática*.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*.
- Mendes, M. (2012). *A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria*. Obtido de ucp: https://campus.porto.ucp.pt/bbcswebdav/pid-164767-dt-content-rid-357955_1/courses/2018_2109C12184/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf
- Ministério da Saúde. (2007). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/640665/details/maximized>
- Ministério da Saúde/DGS. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos*. Obtido de Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx>
- Neves, A. P.-d.-S.-L. (2014). *Prácticas de Preparación de Nutrición Parenteral Neonatal en Portugal; comparación con las recomendaciones españolas*. Obtido de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000600021&lng=en&tlng=en
- Nona, J., & al., e. (2016). *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Neonatologia: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>
- Nunes, C., & al., e. (2012). *Método de prevenção de lesão nasal causada por CPAP em recém-nascido*. Obtido de Revista HCPA: [file:///C:/Users/User/Downloads/35004-146979-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/35004-146979-2-PB%20(1).pdf).
- Ordem dos Enfermeiros . (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA* .

Obtido de Ordem dos Enfermeiros :
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Obtido de
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Obtido de
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_13_2013_Competencias_Especialistas_SIP_vs_gerais.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedpositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Obtido de
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem:
<https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>

Ordem dos Médicos Dentistas. (2018). *Saúde Oral em Crianças*. Obtido de Ordem dos Médicos Dentistas: <https://www.omd.pt/publico/criancas/>

Pereira-da-Silva, L., Gomes, A., Macedo, I., & Alexandrino, A. (6 de Junho de 2014). *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Neonatologia: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Nutricao_enterica_RNPT.pdf

- PGDL. (1995). Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis
- Pina, E., & al., e. (2006). *Direção Geral da Saúde*. Obtido de Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-associada-aos-dispositivos-intravasculares.aspx>
- Ressuscitação, C. P. (2018). *Conselho Português de Ressuscitação*. Obtido de Conselho Português de Ressuscitação: <http://salvarvidas.com.pt/page/sobre%E2%80%90o%E2%80%90projecto>
- Revista Brasileira de Educação Médica. (2011). Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000100008&script=sci_arttext
- Santos, A. (2011). *NASCER E CRESCER*.
- Santos, A. (2011, pp.26-31). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *NASCER E CRESCER*, 26-31.
- Saúde, D. d. (2018). *Direção Geral da Saúde*. Obtido de Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-030820181.aspx>
- Saúde, D.-G. d. (s.d.). *Aleitamento Materno*. Obtido de Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno.aspx>
- Saúde, M. d. (2001). *Direção Geral da Saúde*. Obtido de REDE DE REFERENCIAÇÃO materno-infantil: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/gravidez/rede-de-referenciacao-materno-infantil-pdf.aspx>
- SNS. (5 de Janeiro de 2015). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Sa%C3%BAde-Materna-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente.pdf>
- SPP. (2008). *SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA*. Obtido de SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2008-Nutricao_Parenterica.pdf

Tavares, A. P. (2016). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 101-104.

UNICEF. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Obtido de unicef: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Universidade de São Paulo. (20 de 03 de 2018). *edisciplinas*. Obtido de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4267158/mod_resource/content/1/Relato%20de%20sondagem_SE%C3%87%C3%83O%201_20-03-2018.pdf

**APÊNDICE I - Doença Celíaca - Formas de Atuação em
contexto Escolar**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de uma Ação de Educação para a Saúde:

Doença Celíaca **Formas de Atuação em contexto Escolar**

UCC

Administração Regional de Saúde do Norte

Documento elaborado por: Catarina Rodrigues Fonseca

Docente: Constança Festas

Porto, dezembro de 2019

Índice

0.	Introdução	4
1.	Análise da Situação	5
2.	Formulação de Objetivos	5
3.	Seleção de Conteúdos	6
4.	Metodologia/ Seleção de Estratégias	9
5.	Organização e Programação da Intervenção	9
6.	Plano da Sessão	10
7.	Realização da Sessão	13
8.	Avaliação	13
9.	Conclusão	16
	Referências Bibliográficas	17
	Apêndices	18
	Apêndice I	20
	Apêndice II	39

Siglas, abreviaturas e acrónimos

UC - Unidade Curricular

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

AES - Ação de Educação para a Saúde

DC – Doença Celíaca

DIG – Dieta Isenta em Glúten

0. Introdução

Na unidade curricular (UC) Estágio Final e Relatório, no âmbito do processo formativo do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, foi detetada a necessidade de realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES) no âmbito da Doença Celíaca Formas de Atuação em contexto escolar.

O objetivo desta AES será fornecer informação aos Docentes, de uma escola onde foi identificada uma criança com Doença Celíaca, promovida pela Unidade de Cuidados na Comunidade, de forma a sensibilizá-los para esta temática, com vista a diminuir o stress e a ansiedade da família de modo a promover a inclusão.

Com a realização desta AES pretendo atingir os seguintes objetivos no grupo de docentes:

- ❖ Adquirir competências comunicacionais;
- ❖ Adquirir competências no domínio de estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada;
- ❖ Adquirir competências na avaliação da aprendizagem numa AES;
- ❖ Responder a uma necessidade formativa no âmbito da Saúde Escolar.

Este trabalho encontra-se dividido por seis capítulos sendo eles respetivamente: análise da situação; formulação dos objetivos; seleção de conteúdos; metodologia/seleção de estratégias; organização e programação da atividade; plano da atividade e avaliação.

1. Análise da Situação

No início do meu estágio considerei relevante colaborar nas diferentes atividades desenvolvidas na UCC pelo que, a temática da Doença Celíaca pretende fornecer informação aos Docentes, de uma escola, onde foi identificada uma criança com Doença Celíaca, de forma a sensibilizá-los para esta temática. Assim, a mesma desenvolveu-se com vista a diminuir o stress e a ansiedade da família, de modo a promover a inclusão. Neste sentido, numa conversa informal com o tutor, considerou-se que a Doença Celíaca seria o tema mais pertinente para realizar uma AES.

2. Formulação de Objetivos

De acordo com Santos (2011) o planeamento consiste num modelo teórico para uma ação futura, que permite determinar, antecipadamente, o curso de ação e quais os objetivos a serem atingidos. Neste sentido, procura atingir os objetivos com uma economia de esforços e meios, prever o que pode acontecer, delinear estratégias com vista à modificação da realidade, para que haja uma aproximação, tanto quanto possível dos objetivos previamente delineados.

Procuró neste capítulo a definição dos objetivos desta AES que será uma intervenção realizada para um grupo de docentes. Esta AES decorre de um dos objetivos da escola bem como, de um dos objetivos traçados, aquando do início do estágio. Considero que esta AES é essencial para a aquisição de competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Nesta intervenção pretendo atingir os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- ❖ Conhecer a doença celíaca;
- ❖ Reconhecer a importância de adesão à dieta isenta de glúten;
- ❖ Ajudar na triagem dos alimentos isentos de glúten;
- ❖ Supervisar a alimentação da criança com doença celíaca;
- ❖ Incluir a criança com doença celíaca na comunidade educativa.

Objetivos Educacionais

No final da sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- ❖ Adquirir conhecimento sobre a Doença Celíaca/Diagnóstico;
- ❖ Adquirir conhecimento sobre sintomas da Doença Celíaca;
- ❖ Adquirir conhecimento sobre o tratamento Doença Celíaca;
- ❖ Proporcionar cuidados para uma vida saudável na Doença Celíaca.

3. Seleção de Conteúdos

De acordo com a finalidade da sessão e com os objetivos educacionais irão ser abordados os seguintes conteúdos educacionais:

1. A Doença Celíaca/Diagnóstico
2. Sintomas
3. Tratamento
4. Cuidados para uma vida saudável

A Doença Celíaca é auto-imune e ocorre em indivíduos com predisposição genética causada pela permanente sensibilidade ao glúten. A ingestão de glúten, mesmo em pequenas quantidades, leva o organismo a desenvolver uma reacção imunológica contra o próprio intestino delgado, provocando lesões na sua mucosa que se traduzem pela diminuição da capacidade de absorção dos nutrientes.

A eliminação do glúten da alimentação permite que o intestino regenere por completo da lesão e o organismo recupere. Contudo, se houver reintrodução do glúten, as inflamações regressam e os sintomas reaparecem. Não é recomendado fazer qualquer restrição alimentar antes da confirmação do diagnóstico pela biópsia, evitando-se, desta forma, diagnósticos inconclusivos e consequente prejuízo para os doentes. Neste sentido para um correto diagnóstico são efetuadas análises ao sangue e às fezes para confirmar a existência de má-absorção dos alimentos; testes serológicos para verificar a existência de anticorpos da doença celíaca: anti gliadina, anti endomísio e anti transglutaminase (actualmente o mais exacto) e a Biópsia ao intestino para confirmação de diagnóstico.

Os Sintomas/ a apresentação clínica da DC é altamente variável e depende, entre outros: da idade de início da doença; da extensão da lesão da mucosa intestinal; da

sensibilidade ao glúten e da quantidade de glúten ingerido na dieta. A apresentação clínica da DC é altamente variável e depende, entre outros: da idade de início da doença, da extensão da lesão da mucosa intestinal, da sensibilidade ao glúten, da quantidade de glúten ingerido na dieta. Nas crianças, os sinais e os sintomas de má absorção podem tornar-se óbvios alguns meses após a introdução dos cereais na alimentação.

Crianças/Forma Típica	Adultos/Forma Atípica
Diarreia crónica / prisão de ventre	Anemia e aftas recorrentes
Distensão abdominal	Dores ósseas e câibras
Vómitos	Alterações dermatológicas
Atraso no crescimento	Cansaço crónico
Perda de peso/aumento de peso insuficiente	Fertilidade diminuída e abortos espontâneos
Alterações de humor / irritabilidade	Alterações do comportamento (depressão, irritabilidade)

O tratamento consiste na exclusão de alimentos com glúten, ou seja uma Dieta Isenta em Glúten (DIG) que exclui Trigo, Cevada, Centeio, Aveia e Derivados. A Leitura dos Rótulos e a atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten constituem os cuidados para uma vida saudável.

No que concerne à atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten a leitura atenta dos rótulos dos produtos alimentares é crucial pelo que qualquer referência na rotulagem aos cereais agressores e aos seus derivados constituem sinais de alarme que devem levar os doentes celíacos a rejeitar o produto.

No que respeita à contaminação de produtos presumivelmente sem glúten com o agente tóxico constitui uma preocupação na prática da DIG, seja em casa ou fora de casa como por exemplo na escola/cantina, entre outros.

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**

- Verificar sempre a lista de ingredientes de todos os alimentos, mesmo daqueles de compra frequente. Os produtos podem ser sujeitos a alterações na sua composição sem aviso prévio do fabricante;

- Evitar comprar os alimentos a granel já que podem ter sofrido contaminação;

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**

- separar no frigorífico e na despensa os alimentos com e sem glúten. Por exemplo, os alimentos sem glúten devem ser colocados na prateleira superior e outros alimentos nas prateleiras inferiores;

- preparar primeiro os alimentos sem glúten, caso não tenha possibilidade de fazer a mesma refeição isenta de glúten para toda a família;

- nunca usar o óleo onde se fritou alimentos com farinhas com glúten, para preparar alimentos sem glúten;

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**

- não colocar o pão de um celíaco na mesma torradeira/tostadeira em que coloca o pão comum, pois as migalhas destes, mesmo torradas, podem contaminar o pão sem glúten;

- polvilhar e untar as formas com farinha sem glúten ou Maizena, mesmo quando elabora bolos sem glúten (preparado de farinhas sem glúten, farinha de arroz, ou amido de milho - "Maizena", por exemplo);

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**

- não ingerir pão ou qualquer outro produto fabricado nas padarias comuns pois existe uma forte possibilidade de contaminação, mesmo não tendo glúten nos seus ingredientes. Se possível fazer o pão em casa (mais seguro, económico e nutricionalmente equilibrado);

- estar prevenido com alimentos habituais, para não ser preciso comprar alimentos potencialmente perigosos;

- **Cuidados na lavagem/enxaguar e disposição da louça:**

- não utilizar a mesma esponja para lavar e enxaguar a louça com e sem glúten. As esponjas podem reter farelos de pães e biscoitos;

- lavar bem os recipientes onde são guardados os alimentos sem glúten, caso anteriormente tenham acondicionado alimentos com glúten. Passar apenas um pano poderá não ser suficiente;

- não misturar os talheres para servir alimentos com e sem glúten;

- **Outros Cuidados na Escola:**

- incentivar a criança a optar pelos alimentos mais simples e sem molhos, como saladas, arroz e carnes grelhadas.

- explicar a condição de celíaco, para escolhas acertadas na cantina/bar escolar;

- explicar aos educadores para esta necessidade de saúde especial em caso de festas de aniversário ou lanches partilhados;

- os medicamentos podem apresentar glúten na sua composição, mas se tal acontecer é obrigatório vir especificado. Verificar as alternativas;

- **Outros Cuidados na Escola:**

- cuidados com materiais com que a criança brinca na escola: massas para modelagem, receitas caseiras de tintas, aulas de culinária ou giz escolar.

- prestar atenção aos produtos de higiene e de beleza pois podem conter vestígios de glúten. Ler o rótulo de champôs, sabonetes, cremes hidratantes e também de produtos de maquilhagem. No entanto, estes só são nocivos se ingeridos, ou se o celíaco apresentar sensibilidade cutânea ao glúten - caso contrário, contacto do glúten com a pele não provoca qualquer problema.

Em caso de crianças ou adolescentes, a comunidade escolar deve ser informada e esclarecida sobre a doença e o tipo de alimentação que o celíaco deve seguir, de forma a que a dieta seja cumprida correctamente e a criança ou adolescente não se sinta discriminado. (APC, 1992)

4. Metodologia/ Seleção de Estratégias

Nesta AES serão utilizados dois métodos pedagógicos: expositivo e ativo. O método expositivo terá como suporte um PowerPoint® que abordará os conteúdos acima descritos (Apêndice I) e a técnica pedagógica que será utilizada será a exposição. O método expositivo é aquele em que o formador desenvolve oralmente um assunto, dando toda a informação à partida, a estruturação do raciocínio e o resultado. O método ativo permitirá a participação e a partilha de experiências na prática clínica. A técnica utilizada será a discussão orientada. (Ferro, 2004).

5. Organização e Programação da Intervenção

Esta intervenção surgiu após diagnóstico da necessidade formativa dos docentes identificada na UCC, na realização de um Plano de Saúde Individual. Neste sentido, inicialmente efetuei um diagnóstico das necessidades de formação, com a pretensão de analisar eventuais lacunas ou discrepâncias existentes entre o perfil de competências detido por um indivíduo ou conjunto de indivíduos e o respetivo perfil de competências desejado, resultando na elaboração de formação de natureza corretiva e/ou prospetiva (Cardoso et al., 2002).

A calendarização para a realização desta AES será dia 18 de Dezembro de 2019, pelas 11h, na UCC. Os recursos utilizados na realização desta AES, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ❖ **Recursos Humanos:** uma Mestranda do Instituto de Ciências (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), do 12º CMEESIP;
- ❖ **Recursos Físicos:** uma salas de formação da UCC;
- ❖ **Recursos materiais:** um computador portátil, um projetor e uma tela.
- ❖ **Recursos Financeiros:** suportado pela Mestranda do 12º CMEESIP.

6. Plano da Sessão

Tema: Doença Celíaca Formas de Atuação em contexto escolar

Grupo Alvo: Docentes de uma escola

Local: Salas de formação da UCC

Formador: Catarina Fonseca, Mestranda do 12º CMEESIP

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Data: 18/12/2019

Hora: 11h

Duração: 60 minutos

Objetivos gerais:

- ❖ Conhecer a doença celíaca;
- ❖ Reconhecer a importância de adesão à dieta isenta de glúten;
- ❖ Ajudar na triagem dos alimentos isentos de glúten;
- ❖ Supervisar a alimentação da criança com doença celíaca;
- ❖ Incluir a criança com doença celíaca na comunidade educativa.

Objetivos educacionais

No final da sessão pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de:

- ❖ Adquirir conhecimento sobre a Doença Celíaca/Diagnóstico;
- ❖ Sintomas;
- ❖ Tratamento;
- ❖ Cuidados para uma vida saudável.

Fases	Duração	Conteúdos	Métodos/estratégias	OBS
Introdução	5´	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador e dos participantes; - Apresentação da temática; - Solicitação de preenchimento de questionário de avaliação; - Exposição dos objetivos a atingir. 	<p>- Método: Expositivo</p> <p>Estratégia: Apresentação verbal e diapositivos</p>	Computador e retroprojeter Multimédia
Desenvolvimento	45´	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologia - A Doença Celíaca/Diagnóstico - Sintomas - Tratamento - Cuidados para uma vida saudável versus farmacológicos. 	<p>- Método: Expositivo</p> <p>Estratégia: Apresentação verbal e diapositivos</p>	
Conclusão	5´	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das ideias principais. 	<p>- Método: Interrogativo, ativo.</p> <p>Estratégia: Questões abertas ao</p>	

			público e desenvolvimento de ideias; - Partilha do material da formação.	
Avaliação	5'	- Diálogo com os Professores; - Solicitação de preenchimento de questionário de avaliação.	- Interrogativo, ativo. Estratégia: Conversa entre formador e Enfermeiros.	- Sumativa

7. Realização da Sessão

A realização da sessão foi na data e hora mencionadas, tendo tido um número total de 6 docentes presentes. A temática cativou pela atenção conseguida, uma vez que, de acordo com as respostas ao nº1 do Questionário Inicial (Apêndice II) todos os participantes referem que nunca tiveram formação sobre a Doença celíaca. Neste sentido foram partilhadas dúvidas e efetuados comentários apropriados sobre esta temática.

8. Avaliação

Ao se efetuar a avaliação de uma formação ocorre a monitorização da intervenção formativa, através da referência a padrões de qualidade, sendo uma importante ferramenta na tomada de decisão (Cardoso et al., 2002).

Foi neste sentido, que para se obter informações sobre os formandos, no que concerne à aprendizagem dos objetivos educacionais propostos, será realizada a avaliação

diagnóstica, recorrendo a um questionário avaliativo no início da sessão (Apêndice II). O mesmo questionário, será novamente aplicado, no fim da sessão, para se comparar os resultados, permitindo verificar se os conhecimentos foram adquiridos.

Para responder ao proposto recorreu-se a indicadores de avaliação, ou seja, definiu-se elementos observáveis de cumprimento dum critério de avaliação (Cardoso et al., 2002). Os indicadores de avaliação foram:

- 3- N° de respostas certas ao questionário entregue no início da sessão / N° total de questões) x 100 = % de respostas certas para cada pergunta;
- 4- N° de respostas certas ao questionário entregue no final da sessão / N° total de questões x 100 = % de respostas certas para cada pergunta;
- 5- Total de Respostas Certas (Avaliação Inicial) / Total de Respostas) x 100 = Média de Respostas Certas (%);
- 6- Total de Respostas Certas (Avaliação Final) / Total de Respostas) x 100 = Média de Respostas Certas (%);

De acordo com CARDOSO et al (2002) existe uma sequência na avaliação da formação. Assim sendo, o mesmo autor refere que o nível I avalia a reação dos participantes à formação; o nível II avalia as aprendizagens efetuadas pelos mesmos; o nível III avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e o nível IV avalia os resultados da formação. (Cardoso et al., 2002)

Assim sendo, foram realizados o nível I e II, no fim da sessão, cuja análise de dados se apresenta de seguida.

A partir dos indicadores de avaliação mencionados, em relação ao indicador de avaliação nº1, verifiquei que 100% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no início da sessão.

No que concerne ao indicador de avaliação nº2, verifiquei que 83% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no final da sessão. Esta percentagem não se coaduna com os resultados iniciais dado que todos responderam corretamente à mesma questão no questionário iniciando hipótese desta ausência de resposta ou o docente por lapso não respondeu ao questionário ou caso tenha ficado com dúvidas não as manifestou.

Houve impossibilidade de se avaliar os níveis III e IV, pelo constrangimento da durabilidade do estágio, 180 horas, na medida em que tal avaliação implicaria uma continuidade no tempo de estágio após a formação.

9. Conclusão

A elaboração do Planeamento da AES conduziu à organização e ao estabelecimento de prioridades formativas, com o intuito de dar resposta aos objetivos, inicialmente, estabelecidos.

Com base na evidência científica foi objetivo desta AES sensibilizar o grupo de docentes para a aquisição de conhecimentos sobre a temática da Doença Celíaca. Pretendia-se fornecer informação aos Docentes, de uma escola, onde foi identificada uma criança com Doença Celíaca, promovida pela Unidade de Cuidados na Comunidade, com vista a diminuir o stress e a ansiedade da família de modo a promover a inclusão. Para além disso, os Docentes ficaram a conhecer melhor esta doença e aprenderam estratégias para supervisionar a criança com esta necessidade de saúde especial.

Com toda esta panóplia de atividades consegui atingir os objetivos propostos adquirir competências comunicacionais, no domínio de estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada; adquirir competências na avaliação da aprendizagem numa AES e respondi à uma necessidade formativa no âmbito da Saúde Escolar.

Referências Bibliográficas

- ❖ APC. (1992, Junho 29). Associação Portuguesa de Celiacos. Retrieved from <https://www.celiacos.org.pt/apc/a-apc.html>;
- ❖ Cardoso, Z., Soares, A., Loureiro, B. et al. 2002. *Avaliação da formação: glossário anotado*. Lisboa.
- ❖ Duarte, A.; Martins, A.; Dias, D.; Ferreira, L.; Xará, S. (2014). Alimentação na Doença Celiaca. Retrieved from https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Doenca_Celiaca.pdf;
- ❖ Ferro, A. 2004. *O método expositivo. Formar pedagogicamente*. Instituto do emprego e formação profissional. 6ª edição.
- ❖ Rêgo, C.; Lopes, C.; Duraó, C.; Pinto, E.; Mansilha, H.; Pereira-da-Silva, L.; Nazareth; Graça, P.; Ferreira, R.; Lima, R.; Vale, S. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. Retrieved from <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- ❖ Santos, Marcos. 2011. *Noções introdutórias sobre o processo de planeamento*. Évora.

Apêndices

Apêndice I



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Doença Celíaca

Formas de Atuação em contexto Escolar

Catarina Rodrigues Fonseca
Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos

- Conhecer a doença celíaca;
- Reconhecer a importância de adesão à dieta isenta de glúten;
- Ajudar na triagem dos alimentos isentos de glúten;
- Supervisar a alimentação da criança com doença celíaca;
- Incluir a criança com doença celíaca na comunidade educativa.

Índice

- Epidemiologia
- A Doença Celíaca/Diagnóstico
- Sintomas
- Tratamento
- Cuidados para uma vida saudável

Epidemiologia

- **Europa**

- 1:200 com Doença Celíaca (DC);

- 1:5 e 1:13 proporção de indivíduos diagnosticados para não diagnosticados

Epidemiologia

- **Portugal**

- Cerca de 10.000 celíacos diagnosticados;
- Estudo em Braga conclui que existem entre 70.000 a 100.000 celíacos por diagnosticar em Portugal.

Epidemiologia

- **Portugal**

- Atualmente, a incidência da DC em adultos é mais frequente que em crianças e 25% dos novos casos diagnosticados ocorre em indivíduos com mais de 60 anos.
- A DC já não é uma patologia característica da pediatria.

- A origem da DC pode estar no cruzamento de três factores:
 - Ambientais (como por exemplo a introdução prematura do glúten na alimentação dos bebés)
 - Imunológicos
 - Genéticos
- Sendo grupos de risco a rastrear:
 - Familiares directos (1º grau de parentesco)
 - Diabetes Mellitus tipo 1
 - Dermatite Herpetiforme
 - Tiroidite Autoimune
 - Outros

A Doença Celíaca

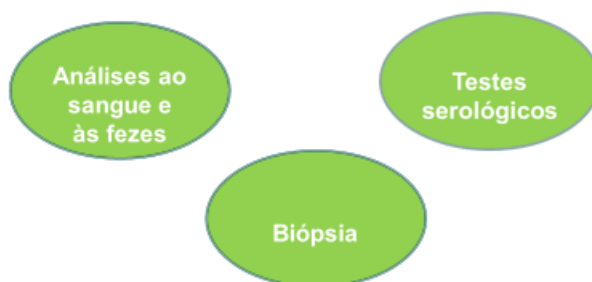
- Doença auto-imune que ocorre em indivíduos com predisposição genética causada pela permanente sensibilidade ao glúten;
- A ingestão de glúten, mesmo em pequenas quantidades, leva o organismo a desenvolver uma reacção imunológica contra o próprio intestino delgado, provocando lesões na sua mucosa que se traduzem pela diminuição da capacidade de absorção dos nutrientes.

A Doença Celíaca

- A eliminação do glúten da alimentação permite que o intestino regenere por completo da lesão e o organismo recupere;
-
- Contudo, se houver reintrodução do glúten, as inflamações regressam e os sintomas reaparecem.

A Doença Celíaca - Diagnóstico

- Realizado quando o indivíduo não está a praticar uma dieta isenta de glúten para evitar falsos negativos.



Sintomas

- A **apresentação clínica da DC é altamente variável** e depende, entre outros:
 - idade de início da doença
 - extensão da lesão da mucosa intestinal
 - sensibilidade ao glúten
 - quantidade de glúten ingerido na dieta.

Sintomas

- A DC surge em qualquer idade, mas parece surgir mais frequentemente na infância (entre os 6 e os 24 meses) ou na quarta/quinta década de vida;
- Trabalhos recentes têm vindo a sugerir o aumento da incidência de DC em pessoas mais velhas.

Sintomas

Crianças/Forma Típica	Adultos/Forma Atípica
Diarreia crónica / prisão de ventre	Anemia e aftas recorrentes
Distensão abdominal	Dores ósseas e câibras
Vómitos	Alterações dermatológicas
Atraso no crescimento	Cansaço crónico
Perda de peso/aumento de peso insuficiente	Fertilidade diminuída e abortos espontâneos
Alterações de humor / irritabilidade	Alterações do comportamento (depressão, irritabilidade)

Tratamento



Alimentos Proibidos



Tratamento



Cuidados para uma Vida Saudável

1. Leitura dos Rótulos
2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

1. Leitura dos Rótulos

- A legislação portuguesa obriga a que todos os produtos embalados indiquem a sua composição.



1. Leitura dos Rótulos

- **Alimentos Específicos sem Glúten (AESG)**, incluindo, pão, tostas, bolos, bolachas, biscoitos, crepes, pizzas, bases para pizzas, massas, sobremesas e também farinhas adequadas para confecção caseira;
- **Limitações:**
 - ricos em gorduras e açúcares;
 - dispendiosos;
 - carência de vitaminas do complexo B e ferro.

1. Leitura dos Rótulos

INGREDIENTES PROIBIDOS

- Trigo (farelo de trigo, gérmen de trigo, amido de trigo);
- Centeio, cevada e aveia e seus amidos;
- Cereais (não especificados);
- Amido ou amido modificados (sem indicar a origem);
- Proteína vegetal (sem indicar a origem);
- Fibras alimentares (sem indicar a origem);
- Proteína hidrolisada do trigo (sem indicar a origem);
- Malte, extrato e xarope de malte;
- Aditivos do grupo E-14xx.

1. Leitura dos Rótulos

INGREDIENTES PROIBIDOS

- Cuscuz
- Kamut
- Durum
- Einkorn
- Graham
- Seitan
- Semolina
- Espelta
- Triticale

1. Leitura dos Rótulos

INGREDIENTES PERMITIDOS

- Glicose, Xarope de glicose (mesmo que derivados do trigo)
- Dextrina, dextrose;
- Maltodextrina, dextrina de malte;
- Sorbitol, maltitol e lecitina de soja;
- Goma xantana, goma guar e inulina
- Levedura;
- Todos os aditivos E-xxx, exceto o grupo do E-14xx;

1. Leitura dos Rótulos

INGREDIENTES PERMITIDOS

- Amaranato;
- Araruta;
- Farinhas de leguminosas (grão-de-bico, feijão, fava, ervilha);
- Trigo-sarraceno;
- Milho (amido de milho, farelo de milho);
- Sementes de linhaça;
- Millet;
- Farinhas de frutos oleaginosos (avelã, amêndoa, noz);
- Fécula de batata, amido de batata;
- Quinoa;
- Arroz;
- Farinha de soja;
- Tapioca;
- Teff.

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**
- Verificar sempre a lista de ingredientes de todos os alimentos, mesmo daqueles de compra frequente. Os produtos podem ser sujeitos a alterações na sua composição sem aviso prévio do fabricante;
- Evitar comprar os alimentos a granel já que podem ter sofrido contaminação;

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**
- [Separar no frigorífico e na despensa os alimentos com e sem glúten.](#) Por exemplo, os alimentos sem glúten devem ser colocados na prateleira superior e outros alimentos nas prateleiras inferiores;
- [Preparar primeiro os alimentos sem glúten](#), caso não tenha possibilidade de fazer a mesma refeição isenta de glúten para toda a família;
- [Nunca usar o óleo onde se fritou alimentos com farinhas com glúten, para preparar alimentos sem glúten;](#)

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**
- [Não colocar o pão de um celíaco na mesma torradeira/tostadeira](#) em que coloca o pão comum, pois as migalhas destes, mesmo torradas, podem contaminar o pão sem glúten;
- [Polvilhar e untar as formas com farinha sem glúten ou Maizena](#), mesmo quando elabora bolos sem glúten (preparado de farinhas sem glúten, farinha de arroz, ou amido de milho - "Maizena", por exemplo);

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Cuidados na preparação/confeção dos alimentos:**
- Não ingerir pão ou qualquer outro produto fabricado nas padarias comuns pois existe uma forte possibilidade de contaminação, mesmo não tendo glúten nos seus ingredientes. Se possível fazer o pão em casa (mais seguro, económico e nutricionalmente equilibrado);
- Estar prevenido com alimentos habituais, para não ser preciso comprar alimentos potencialmente perigosos;

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Cuidados na lavagem/enxaguar e disposição da louça:**
- Não utilizar a mesma esponja para lavar e enxaguar a louça com e sem glúten. As esponjas podem reter farelos de pães e biscoitos;
- Lavar bem os recipientes onde são guardados os alimentos sem glúten, caso anteriormente tenham acondicionado alimentos com glúten. Passar apenas um pano poderá não ser suficiente;
- Não misturar os talheres para servir alimentos com e sem glúten;

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Outros Cuidados na Escola:**
- Incentivar a criança a optar pelos alimentos mais simples e sem molhos, como saladas, arroz e carnes grelhadas.
- Explicar a condição de celíaco, para escolhas acertadas na cantina/bar escolar;
- Explicar aos educadores para esta necessidade de saúde especial em caso de festas de aniversário ou lanches partilhados;
- Os medicamentos podem apresentar glúten na sua composição, mas se tal acontecer é obrigatório vir especificado. Verificar as alternativas;

2. Atenção à contaminação com os alimentos com e sem glúten

- **Outros Cuidados na Escola:**
- Cuidados com materiais com que a criança brinca na escola: massas para modelagem, receitas caseiras de tintas, aulas de culinária ou giz escolar.
- Prestar atenção aos produtos de higiene e de beleza pois podem conter vestígios de glúten. Ler o rótulo de champôs, sabonetes, cremes hidratantes e também de produtos de maquilhagem. No entanto, estes só são nocivos se ingeridos, ou se o celíaco apresentar sensibilidade cutânea ao glúten - caso contrário, contacto do glúten com a pele não provoca qualquer problema.

Em suma...

- Em caso de **crianças ou adolescentes**, a comunidade escolar deve ser informada e esclarecida sobre a doença e o tipo de alimentação que o celíaco deve seguir, de forma a que a dieta seja cumprida correctamente e a criança ou adolescente não se sinta discriminado.

Bibliografia

- APC. (1992, Junho 29). Associação Portuguesa de Celíacos. Retrieved from <https://www.celiacos.org.pt/apc/a-apc.html>;
- Duarte, A.; Martins, A.; Dias, D.; Ferreira, L.; Xará, S. (2014). Alimentação na Doença Celíaca. Retrieved from https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Doenca_Celiaca.pdf;
- Rêgo, C.; Lopes, C.; Duro, C.; Pinto, E.; Mansilha, H.; Pereira-da-Silva, L.; Nazareth, Graça, P.; Ferreira, R.; Lima, R.; Vale, S. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. Retrieved from <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>

Obrigada!



Apêndice II



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Conviver com a criança com doença celíaca

QUESTIONÁRIO INICIAL

18.12.2019

Idade

Género

De seguida assinale com uma
se adequa com o que pensa.

cruz (X) a pontuação que mais

Sim

Não

1. Alguma vez teve formação sobre doença celíaca?

2. De entre as afirmações abaixo assinale com uma cruz (X) as que considera verdadeiras:

2.1 - Todos os alimentos embalados alertam os doentes celíacos sobre a possibilidade da sua ingestão;

2.2 - Desde que cumpra o esquema medicamentoso a criança com doença celíaca pode ingerir todos os alimentos;

2.3 - Para se manter saudável a criança com doença celíaca tem de fazer uma dieta isenta em glúten;

2.4 - A doença celíaca surge sempre na infância.

Muito obrigado!



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Conviver com a criança com doença celíaca

QUESTIONÁRIO FINAL

18.12.2019

Idade

Género

De seguida assinale com uma
se adequa com o que pensa.

cruz (X) a pontuação que mais

Sim | Não

1. Alguma vez teve formação sobre doença celíaca?

2. De entre as afirmações abaixo assinale com uma cruz (X) as que considera verdadeiras:

2.1 - Todos os alimentos embalados alertam os doentes celíacos sobre a possibilidade da sua ingestão;

2.2 - Desde que cumpra o esquema medicamentoso a criança com doença celíaca pode ingerir todos os alimentos;

2.3 - Para se manter saudável a criança com doença celíaca tem de fazer uma dieta isenta em glúten;

2.4 - A doença celíaca surge sempre na infância.

Muito obrigado!

**APÊNDICE II - Processo Assistencial Integrado da Febre de
Curta**

Duração em Idade Pediátrica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de uma Ação de Educação para a Saúde:

Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta

Duração em Idade Pediátrica

UCC e USF

Administração Regional de Saúde do Norte

Documento elaborado por: Catarina Rodrigues Fonseca

Docente: Constança Festas

Porto, dezembro de 201

Índice

0.	Introdução	4
1.	Análise da Situação	5
2.	Formulação de Objetivos	5
3.	Seleção de Conteúdos	6
4.	Metodologia/ Seleção de Estratégias	11
5.	Organização e Programação da Intervenção	12
6.	Plano da Sessão	12
7.	Realização da Sessão	15
8.	Avaliação	15
9.	Conclusão	18
	Referências Bibliográficas	19
	Apêndices	20
	Apêndice I	22
	Apêndice II	39

Siglas, abreviaturas e acrónimos

UC - Unidade Curricular

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

AES - Ação de Educação para a Saúde

PAI da Febre - Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

1. Introdução

Na unidade curricular (UC) Estágio Final e Relatório, no âmbito do processo formativo do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), do Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, foi detetada a necessidade de realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES) no âmbito do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da Febre). DGS (2018)

O objetivo desta AES será fornecer informação mais atual aos pares da Unidade de Saúde Familiar e da Unidade de Cuidados na Comunidade, de forma a sensibilizá-los para a temática do PAI da Febre, com vista a diminuir o stress e a ansiedade dos pais nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Com a realização desta ação de educação para a saúde pretendo atingir os seguintes objetivos no grupo de pares:

- ❖ Adquirir competências comunicacionais;
- ❖ Adquirir competências no domínio de estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada;
- ❖ Adquirir competências na avaliação da aprendizagem numa AES;
- ❖ Responder a uma necessidade formativa do serviço.

Este trabalho encontra-se dividido por seis capítulos sendo eles respetivamente: análise da situação; formulação dos objetivos; seleção de conteúdos; metodologia/seleção de estratégias; organização e programação da atividade; plano da atividade e avaliação.

2. Análise da Situação

No início do meu estágio considerei relevante abordar a temática da Febre, no RN, criança/jovem por forma a diminuir o stress e a ansiedade dos pais nas consultas de vigilância de saúde infantil, na medida em que as suas suas dúvidas sobre este sinal de alerta são frequentes bem como; na divulgação do PAI da Febre. Neste sentido, uma conversa informal com o tutor, considerou-se que o PAI da Febre seria o tema mais pertinente para realizar uma AES.

Pode-se observar o relevo que esta temática apresenta, através da norma extremamente organizada que a Direção-Geral da Saúde criou, sendo a base do presente trabalho.

3. Formulação de Objetivos

De acordo com Santos (2011) o planeamento consiste num modelo teórico para uma ação futura, que permite determinar, antecipadamente, o curso de ação e quais os objetivos a serem atingidos. Neste sentido, procura atingir os objetivos com uma economia de esforços e meios, prever o que pode acontecer, delinear estratégias com vista à modificação da realidade, para que haja uma aproximação, tanto quanto possível dos objetivos previamente delineados.

Procuro neste capítulo a definição dos objetivos desta AES que será uma intervenção realizada para um grupo de pares. Esta AES decorre de um dos objetivos da escola bem como de um dos objetivos traçados, aquando do início do estágio. Considero que esta AES é essencial para a aquisição de competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Nesta intervenção pretendo atingir os seguintes objetivos: **Objetivos Gerais**

- ❖ Atualizar conhecimentos com vista à melhoria contínua sobre o Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica;
- ❖ Aperfeiçoar os cuidados de saúde prestados ao RN, criança/jovem com febre de curta duração;

- ❖ Gerir adequadamente os recursos no cuidar do RN, criança/jovem com febre de curta duração.

Objetivos Educacionais

No final da sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- ❖ Adquirir conhecimento sobre o PAI da Febre;
- ❖ Adquirir conhecimento sobre os métodos de avaliação da temperatura corporal;
- ❖ Adquirir conhecimento sobre os sinais de alerta associados ao valor de temperatura;
- ❖ Saber atuar com base nas medidas não farmacológicas e farmacológicas.

10. Seleção de Conteúdos

De acordo com a finalidade da sessão e com os objetivos educacionais irão ser abordados os seguintes conteúdos educacionais:

5. Epidemiologia
6. Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica
7. A Febre
8. Avaliação da Temperatura
9. Sinais de Alerta
10. Cuidados não farmacológicos versus farmacológicos

Os conteúdos expostos vão de encontro ao que é preconizado na Norma PAI da Febre (2018). Em relação à epidemiologia a febre é o motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde de acordo com a especificidade pediátrica. Neste sentido, representa pelo menos 20% dos motivos das idas às urgências e cerca de 50% das idas aos Pediatras. Em Portugal, a acessibilidade rápida aos serviços hospitalares contribui para que se os recorra aos mesmos numa fase precoce do contexto febril. Os pais temem uma infeção grave derivada da mesma e receiam que a temperatura não controlada continuará a aumentar podendo causar problemas neurológicos e em última instância provocar a morte. A epidemiologia e os estudos referem que quatro em cada 100 (4%) das crianças saudáveis terão uma ou mais convulsões febris nos primeiros 6 anos de vida mas que menos de um em cada 100 episódios infecciosos febris agudos (EFA) ocorridos nos primeiros 2 anos de

vida, cursarão com uma primeira convulsão febril. Posteriormente reduz-se drasticamente esse risco, sendo muito baixo depois 3 anos de idade. Neste sentido, uma criança sem antecedentes pessoais ou familiares de convulsão febril, o risco duma primeira convulsão nos múltiplos EFA é muito baixo: $\approx 1\%$ antes dos 2 anos; entre 0,1 a 0,2% dos 2 aos 4 anos; quase nulo depois dos 4 anos. Para além disso, os antipiréticos não previnem as convulsões, não interferem na duração da febre, nem na duração da doença pelo que, a sua administração deve ser avaliada. Dos EFA em idade pediátrica, cerca de 95% deve-se a infeções benignas, víricas ou bacterianas, na sua maioria autolimitadas: rinofaringites, otites agudas, amigdalites, laringotraqueítes, bronquiolites, bronquites infecciosas e gastroenterites agudas. Muitas destas infeções são contraídas em creches e infantários (as “daycaritis”). Destas, cerca de 5% dos EFA resultam de doenças potencialmente graves (pneumonia, pielonefrite, gastroenterite por gérmem invasor, artrite sética, osteomielite, discite, otomastoidite, meningite, sépsis, celulite / abscessos vários, apendicite, endocardite bacteriana, doença de Kawasaki, bacteriémia oculta, entre outras). Nestas, a sintomatologia que acompanha a febre e a sua repercussão no estado geral, determinam o recurso aos cuidados de saúde, em regra em tempo útil. As doenças febris muito graves, que poderão colocar a vida em risco, nomeadamente as sépsis e as meningites, são raras, representando apenas 0,04% dos EFA ($< 1 / 2.500$).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde resume as recomendações desenvolvidas por um painel de especialistas, após a realização de revisão da literatura cujo objetivo é oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) e a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) relativamente a diversas alterações do estado de saúde, doenças agudas e doenças crónicas.

Assim, a Direção-Geral da Saúde emite a Norma organizacional a 3/08/2018 que diz respeito à criança e adolescente, dos 0 aos 18 anos de idade, com episódio febril de duração inferior a 7 dias de evolução. Esta é uma proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvida a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente.

A norma refere que o Diretor Clínico Hospitalar, o Enfermeiro Diretor Hospitalar e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde de cada Agrupamento de Centros de Saúde asseguram nas unidades de saúde: a implementação do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da Febre); a formação dos profissionais de saúde envolvidos; a monitorização da adesão às Normas e Orientações clínicas e

organizacionais e regras de boa prática de segurança e de respeito pelos direitos dos doentes e a realização de auditorias internas inter pares e sistemáticas.

A febre é um sinal e não uma doença e surge como resposta a variados tipos de agressões à homeostasia corporal e, em especial, à invasão por múltiplos agentes infecciosos, funcionando como um dos mecanismos de defesa contra essas infeções. Por norma os mecanismos fisiopatológicos subjacentes a essa elevação da temperatura são benéficos. Apresentando a temperatura individual um ritmo circadiano: sendo mais elevada entre as 16 e as 21 horas e diminuindo de 0,5°C a 1,0°C entre as 03 e as 08 horas da madrugada. Neste sentido, a subvalorização de temperaturas ligeiramente aumentadas, mas significativamente elevadas para essas horas noturnas, é dos erros mais comuns da prática diária. A febre surge quando existe uma elevação da temperatura corporal $\geq 1^\circ\text{C}$ acima da média diária individual, tendo em conta o local de medição pelo que, face ao desconhecimento da temperatura média diária individual, é aceitável considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura: retal $\geq 38^\circ\text{C}$; axilar $\geq 37,6^\circ\text{C}$; timpânica $\geq 37,8^\circ\text{C}$ e oral $\geq 37,6^\circ\text{C}$ devendo ter o cuidado de privilegiar a avaliação da temperatura corporal pela ordem descrita.

Local de avaliação da temperatura	Designação	Como Proceder na avaliação da temperatura
Retal	É a medição padrão (de referência) da temperatura corporal. É a que mais se aproxima da temperatura central e a mais uniforme nos resultados quando a medição é repetida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar a criança deitada de costas; 2. Introduzir a ponta flexível do termómetro (de galinstan ou digital) em cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas da criança; 3. A leitura com o termómetro digital faz-se ao 1º toque e com o termómetro de galinstan

Axilar

Método mais usado, embora não seja tão preciso como o retal e seja mais demorado.

aos 3 minutos.

1. O termómetro de galinstan ou digital (desligado) devem ser colocados na axila

2. Manter o braço firmemente encostado ao tronco, durante 5 minutos,

3. Ao fim de 5 minutos, faz-se a leitura:

- termómetro digital, este deve ser então ligado e esperar-se pelo 1º toque;

- termómetro de galinstan, a leitura é feita aos 5 minutos.

Timpânica

Método mais rápido e mais higiénico. Confere vantagem em serviços de triagem pediátrica mas tem muitos falsos negativos, sobretudo em idade inferior a 3 anos.

1. A sonda deve ser orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo;

2. Devem ser sempre realizadas 3 determinações seguidas e deve adotar-se o valor medido mais elevado.

Método muito usado em alguns países; tem maior

1. Avaliar na boca, com a ponta do termómetro

Oral

precisão que o axilar mas digital ou de galinstan recomendado utilizar a colocada debaixo da partir dos 5 anos. língua;

2. Manter a boca permanentemente fechada durante 3 minutos;

3. Ler aos 3 minutos (seja termómetro digital ou de galinstan).

É necessário ter em atenção que os sinais de alerta sobrepoem-se aos valores da temperatura, sendo:

- a) Irritabilidade; gemido mantido;
- b) Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- c) Convulsão;
- d) Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24-48 horas de febre;
- e) Respiração rápida ou dificuldade em respirar;
- f) Vômitos repetidos entre as refeições;
- g) Recusa alimentar completa superior a 12 horas, principalmente em criança com menos de 1 ano; sede insaciável;
- h) Dor perturbadora; choro inconsolável ou criança que não tolera o colo;
- i) Calafrios;
- j) Acrocianose na subida térmica;
- k) Dor ou dificuldade em mobilizar um membro ou alteração da marcha;
- l) Urina turva ou com mau cheiro.

Assim sendo, face a uma criança/adolescente com febre a família deve recorrer aos serviços de saúde se:

- a) Evidência de algum dos sinais de alerta descritos;
- b) Idade < 3 meses (em ex-prematuros, < 3 meses de idade corrigida);
- c) Temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 40^{\circ}\text{C}$, se idade < 6 meses;
- d) Temperatura axilar $\geq 40^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 41^{\circ}\text{C}$, se idade ≥ 6 meses;

e) Febre na presença de patologia crónica grave (ex: malformações cardíacas, imunodeficiência, tratamentos com quimioterapia, imunossuppressores ou terapêuticas biológicas).

O tratamento da febre tem como objetivo primordial minimizar o desconforto da criança/adolescente, diminuindo o valor da temperatura corporal. Neste sentido, face aos cuidados não farmacológicos é de primórdia importância a adequada gestão do vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento e simultaneamente mantenha o conforto e o Desaconselhamento de medidas físicas de arrefecimento (banho, compressas húmidas, ventoinhas). Em relação aos cuidados farmacológicos considera a norma o paracetamol, o fármaco de 1.^a linha, com intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas de 4 horas e tendo em linha de conta as seguintes dosagens:

- Oral: 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia);
- Retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia);
- No recém-nascido: oral 7,5-15 mg/kg/dose (máximo 60 mg/kg/dia); retal: 10-15 mg/kg/dose (máximo 60 mg/kg/dia).

A administração do ibuprofeno deve reservar-se apenas se existir contra-indicação ao paracetamol: no caso de alergia ao paracetamol; nos casos de manutenção ou recorrência da febre antes do tempo mínimo de nova administração de paracetamol (4 horas); e na existência de outras contra-indicações (varicela, hipersensibilidade antiinflamatórios não esteroides, úlcera péptica, insuficiência cardíaca, renal, hepática, hipertensão arterial, medicação com anticoagulantes). Tendo em linha de conta que não se recomenda em idade inferior a 6 meses, as doses recomendadas são as seguintes:

- Oral: 5 mg - 10 mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40 mg/kg/dia);
- Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas. (DGS, 2018)

11. Metodologia/ Seleção de Estratégias

Nesta AES serão utilizados dois métodos pedagógicos: expositivo e ativo. O método expositivo terá como suporte um PowerPoint® que abordará os conteúdos acima descritos (Apêndice I) e a técnica pedagógica que será utilizada será a exposição. O método expositivo é aquele em que o formador desenvolve oralmente um assunto, dando toda a informação à partida, a estruturação do raciocínio e o resultado O método ativo

permitirá a participação e a partilha de experiências na prática clínica. A técnica utilizada será a discussão orientada. (Ferro, 2004).

12. Organização e Programação da Intervenção

Esta intervenção surgiu após diagnóstico da necessidade formativa dos Enfermeiros da USF e da UCC. Neste sentido, inicialmente efetuei um diagnóstico das necessidades de formação, com a pretensão de analisar eventuais lacunas ou discrepâncias existentes entre o perfil de competências detido por um indivíduo ou conjunto de indivíduos e o respetivo perfil de competências desejado, resultando na elaboração de formação de natureza corretiva e/ou prospetiva (Cardoso et al., 2002).

A calendarização para a realização desta AES será dia 6 de Dezembro de 2019, pelas 13h30, na USF e pelas 14h30 na UCC. Os recursos utilizados na realização desta AES, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ❖ **Recursos Humanos:** uma Mestranda do Instituto de Ciências (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), do 12º CMEESIP;
- ❖ **Recursos Físicos:** duas salas de formação da USF/UCC, respetivamente;
- ❖ **Recursos materiais:** um computador portátil, um projetor e uma tela.
- ❖ **Recursos Financeiros:** suportado pela Mestranda do 12º CMEESIP.

13. Plano da Sessão

Tema: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade

Grupo Alvo: Enfermeiros da USF e da UCC

Local: Salas de formação da USF/UCC

Formador: Catarina Fonseca, Mestranda do 12º CMEESIP

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Data: 6/12/2019

Hora: 13h30 (USF) / 14h30 (UCC)

Duração: 45 minutos

Fases	Duração	Conteúdos	Metodologia/ estratégias	OBS
-------	---------	-----------	-----------------------------	-----

Objetivos gerais:

- ❖ Atualizar conhecimentos com vista à melhoria contínua sobre o Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica;
- ❖ Aperfeiçoar os cuidados de saúde prestados ao RN, criança/jovem com febre de curta duração;
- ❖ Gerir adequadamente os recursos no cuidar do RN, criança/jovem com febre de curta duração.

Objetivos educacionais

No final da sessão pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de:

- ❖ Adquirir conhecimento sobre o PAI da Febre;
- ❖ Adquirir conhecimento sobre os métodos de avaliação da temperatura corporal;
- ❖ Adquirir conhecimento sobre os sinais de alerta associados ao valor de temperatura;
- ❖ Saber atuar com base nas medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador e dos participantes; - Apresentação da temática; - Exposição dos objetivos a atingir. 	<p>- Método: Expositivo</p> <p>Estratégia: Apresentação verbal e diapositivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador e data show - Norma: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica
Desenvolvimento	15'	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologia; - Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica; - A Febre; - Avaliação da Temperatura; - Sinais de Alerta; - Cuidados não farmacológicos versus farmacológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Met.:Expositivo Estratégia: Apresentação verbal e diapositivos Método ativo Discussão orientada 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar para a aplicação da Norma
Conclusão	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das ideias principais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método: Interrogativo, ativo. Estratégia: Discussão 	

			orientada Partilha do material da formação	
Avaliação	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das principais ideias; - Diálogo com os Enfermeiros sobre a aprendizagem; - Solicitação de preenchimento de questionário de avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogativo, ativo. Estratégia: Discussão orientada	- Sumativa

14. Realização da Sessão

A realização da sessão foi na data e hora mencionadas, tendo tido um número total de 10 pares na USF e na UCC, respetivamente. Quero destacar que na USF os colegas recusaram o preenchimento destes questionários pelo que, os resultados aqui apresentados dizem respeito à UCC. A temática cativou pela atenção conseguida, em ambas as unidades funcionais, uma vez que, de acordo com as respostas ao nº1 do Questionário Inicial (Apêndice II), exceto um, todos os participantes referem que nunca tiveram formação sobre o PAI da Febre. As respostas ao nº2 do Questionário Inicial (Apêndice II) referem ainda, que oito colegas tiveram que atuar num destes contextos. Neste sentido foram partilhadas dúvidas e efetuados comentários apropriados sobre esta temática.

15. Avaliação

Ao se efetuar a avaliação de uma formação ocorre a monitorização da intervenção formativa, através da referência a padrões de qualidade, sendo uma importante ferramenta na tomada de decisão (Cardoso et al., 2002).

Foi neste sentido, que para se obter informações sobre os formandos, no que concerne à aprendizagem dos objetivos educacionais propostos, será realizada a avaliação diagnóstica, recorrendo a um questionário avaliativo no início da sessão (Apêndice II). O mesmo questionário, será novamente aplicado, no fim da sessão, para se comparar os resultados, permitindo verificar se os conhecimentos foram adquiridos.

Para responder ao proposto recorreu-se a indicadores de avaliação, ou seja, definiu-se elementos observáveis de cumprimento dum critério de avaliação (Cardoso et al., 2002). Os indicadores de avaliação foram:

- 7- N° de respostas certas ao questionário entregue no início da sessão / N° total de questões) x 100 = % de respostas certas para cada pergunta;
- 8- N° de respostas certas ao questionário entregue no final da sessão / N° total de questões x 100 = % de respostas certas para cada pergunta;
- 9- $\text{Total de Respostas Certas (Avaliação Inicial) / Total de Respostas) x 100 = Média de Respostas Certas (\%)$;
- 10- $\text{Total de Respostas Certas (Avaliação Final) / Total de Respostas) x 100 = Média de Respostas Certas (\%)$;

De acordo com CARDOSO et al (2002) existe uma sequência na avaliação da formação. Assim sendo, o mesmo autor refere que o nível I avalia a reação dos participantes à formação; o nível II avalia as aprendizagens efetuadas pelos mesmos; o nível III avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e o nível IV avalia os resultados da formação. (Cardoso et al., 2002)

Assim sendo, foram realizados o nível I e II, no fim da sessão, cuja análise de dados se apresenta de seguida.

A partir dos indicadores de avaliação mencionados, em relação ao indicador de avaliação nº1, verifiquei que 47,5% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no início da sessão.

No que concerne ao indicador de avaliação nº2, verifiquei que 52,5% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no final da sessão. Esta percentagem é mais elevada o que revela que a informação foi apreendida mas poderia ser maior caso dois participantes tivessem respondido ao questionário. As hipóteses que coloco face a esta ausência de resposta devem-se ou ao colega por lapso não respondeu ao questionário ou caso tenha ficado com dúvidas não as manifestou.

Houve impossibilidade de se avaliar os níveis III e IV, pelo constrangimento da durabilidade do estágio, 180 horas, na medida em que tal avaliação implicaria uma continuidade no tempo de estágio após a formação.

16. Conclusão

A elaboração do Planejamento da AES conduziu à organização e ao estabelecimento de prioridades formativas, com o intuito de dar resposta aos objetivos, inicialmente, estabelecidos.

Com base na evidência científica foi objetivo desta AES sensibilizar o grupo de pares para a aquisição de conhecimentos sobre o PAI da Febre; os métodos de avaliação da temperatura corporal; os sinais de alerta associados ao valor de temperatura por forma a saber atuar com base nas medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Com toda esta panóplia de atividades consegui atingir os objetivos propostos adquirir competências comunicacionais, no domínio de estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada; adquirir competências na avaliação da aprendizagem numa AES e respondi à uma necessidade formativa dos serviços.

Referências Bibliográficas

- ❖ Cardoso, Z., Soares, A., Loureiro, B. et al. 2002. *Avaliação da formação: glossário anotado*. Lisboa.
- ❖ DGS. (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>
- ❖ Ferro, A. 2004. *O método expositivo. Formar pedagogicamente*. Instituto do emprego e formação profissional. 6ª edição.
- ❖ International Association of the study of pain. 1994. Retirado de: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.
- ❖ Santos, Marcos. 2011. *Noções introdutórias sobre o processo de planeamento*. Évora.

Apêndices

Apêndice I



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica;

Catarina Rodrigues Fonseca
Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos

- Atualizar conhecimentos com vista à melhoria contínua sobre o Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica;
- Aperfeiçoar os cuidados de saúde prestados à criança/adolescente com febre de curta duração;
- Gerir adequadamente os recursos no cuidar da criança/adolescente com febre de curta duração.



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

Footer Text 06/02/2020 2

Índice

- Epidemiologia
- Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica
- A Febre
- Avaliação da Temperatura
- Sinais de Alerta
- Cuidados não farmacológicos versus farmacológicos

Epidemiologia

- A febre é o motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica “fobia da febre”;
- 4% das crianças saudáveis terão uma ou mais convulsões febris nos primeiros 6 anos de vida;
- 20% - urgências hospitalares;
- 50% das urgências em consultórios pediátricos.

Epidemiologia

- 95% episódios infecciosos febris agudos (EFA) infecções benignas, víricas ou bacterianas – “daycaritis”;
- A duração média dos EFA benignos autolimitados é de 4,1 dias (+3,1 dias);
- Cerca de 30% podem prolongar-se para além dos 5 dias e, quase 10%, duram 7 ou mais dias;
- 5% dos EFA doenças potencialmente graves;
- 0,04% dos EFA (< 1 / 2.500) doenças febris muito graves.

Processo Assistencial Integrado (PAI)

- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- Objetivo:
- Oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS);
- Publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) relativamente a diversas alterações do estado de saúde, doenças agudas e doenças crónicas.

PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

- Direção-Geral da Saúde emite a Norma organizacional – 3/08/2018;
- Proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvida a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente;
- Criança/adolescente, dos 0 aos 18 anos de idade, com episódio febril de duração inferior a 7 dias de evolução.

PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

- O Diretor Clínico Hospitalar, o Enfermeiro Diretor Hospitalar e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde de cada Agrupamento de Centros de Saúde asseguram nas unidades de saúde:

PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

- a) A implementação do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da Febre);
- b) A formação dos profissionais de saúde envolvidos;

PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

- c) A monitorização da adesão às Normas e Orientações clínicas e organizacionais e regras de boa prática de segurança e de respeito pelos direitos dos doentes;
- d) A realização de auditorias internas interpares e sistemáticas.

A Febre

- A febre é um sinal e não uma doença;
- Surge como resposta a variados tipos de agressões à homeostasia corporal e, em especial, à invasão por múltiplos agentes infecciosos, funcionando como um dos mecanismos de defesa contra essas infecções;
- Em regra, os mecanismos fisiopatológicos subjacentes a essa elevação da temperatura são benéficos.

A Febre

- A temperatura individual tem um ritmo circadiano:
 - mais elevada entre as 16 e as 21 horas;
 - diminuindo de 0,5°C a 1,0°C entre as 03 e as 08 horas da madrugada;
- A subvalorização de temperaturas ligeiramente aumentadas, mas significativamente elevadas para essas horas noturnas, é dos erros mais comuns da prática diária.

A Febre

- Surge quando existe uma elevação da temperatura corporal $\geq 1^{\circ}\text{C}$ acima da média diária individual, tendo em conta o local de medição;
- Desconhecendo-se a temperatura média diária individual, é aceitável considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura:
 - a) Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
 - b) Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$;
 - c) Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$;
 - d) Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$.

Nota: Privilegiar a avaliação da temperatura corporal pela ordem descrita.

Avaliação da Temperatura

- a) **Retal:** é a medição padrão (de referência) da temperatura corporal. É a que mais se aproxima da temperatura central e a mais uniforme nos resultados quando a medição é repetida.
- Como avaliar:
 1. Colocar a criança deitada de costas;
 2. Introduzir a ponta flexível do termómetro (de galinstan ou digital) em cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas da criança;
 3. A leitura com o termómetro digital faz-se ao 1^o toque e com o termómetro de galinstan aos 3 minutos.

Avaliação da Temperatura

- b) **Axilar:** método mais usado, embora não seja tão preciso como o retal e seja mais demorado.
- Como avaliar:
 1. O termómetro de galinstan ou digital (desligado) devem ser colocados na axila
 2. Manter o braço firmemente encostado ao tronco, durante 5 minutos,
 3. Ao fim de 5 minutos, faz-se a leitura:
 - termómetro digital, este deve ser então ligado e esperar-se pelo 1º toque;
 - termómetro de galinstan, a leitura é feita aos 5 minutos.

Avaliação da Temperatura

- c) **Timpânica:** método mais rápido e mais higiénico. Confere vantagem em serviços de triagem pediátrica mas tem muitos falsos negativos, sobretudo em idade inferior a 3 anos.
- Como avaliar:
 1. A sonda deve ser orientada para a membrana do tímpano e não para a parede do canal auditivo;
 2. Devem ser sempre realizadas 3 determinações seguidas e deve adotar-se o valor medido mais elevado.

Avaliação da Temperatura

- d) **Oral:** método muito usado em alguns países; tem maior precisão que o axilar mas recomendado utilizar a partir dos 5 anos.
- Como avaliar:
 1. Avaliar na boca, com a ponta do termómetro digital ou de galinstan colocada debaixo da língua;
 2. Manter a boca permanentemente fechada durante 3 minutos;
 3. Ler aos 3 minutos (seja termómetro digital ou de galinstan).

Sinais de Alerta

- a) Irritabilidade; gemido mantido;
- b) Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- c) Convulsão;
- d) Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24-48 horas de febre;
- e) Respiração rápida ou dificuldade em respirar;
- f) Vômitos repetidos entre as refeições;

Sinais de Alerta

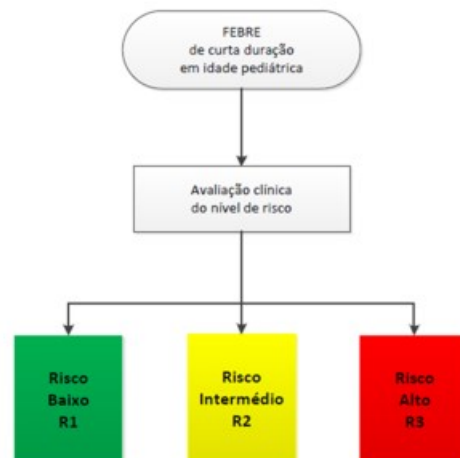
- g) Recusa alimentar completa superior a 12 horas, principalmente em criança com menos de 1 ano; sede insaciável;
- h) Dor perturbadora; choro inconsolável ou criança que não tolera o colo;
- i) Calafrios;
- j) Acrocianose na subida térmica;
- k) Dor ou dificuldade em mobilizar um membro ou alteração da marcha;
- l) Urina turva ou com mau cheiro.

Sinais de Alerta

- Perante uma criança/adolescente com febre os cuidadores devem recorrer aos serviços de saúde se:
 - a) Evidência de algum dos sinais de alerta descritos na recomendação anterior;
 - b) Idade < 3 meses (em ex-prematuros, < 3 meses de idade corrigida);
 - c) Temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 40^{\circ}\text{C}$, se idade < 6 meses;
 - d) Temperatura axilar $\geq 40^{\circ}\text{C}$, ou retal $\geq 41^{\circ}\text{C}$, se idade ≥ 6 meses;
 - e) Febre na presença de patologia crónica grave (ex: malformações cardíacas, imunodeficiência, tratamentos com quimioterapia, imunossuppressores ou terapêuticas biológicas).

Sinais de Alerta

- Nos Cuidados de Saúde Primários, na suspeita de febre devem ser desencadeadas as seguintes intervenções:
 - a) Medição correta da temperatura;
 - b) Avaliação dos sinais de alerta;
 - c) Tratamento da febre;
 - d) Diagnóstico e tratamento da patologia responsável.



Cuidados não farmacológicos versus farmacológicos

O tratamento da febre tem como objetivo primordial minimizar o desconforto da criança/adolescente, diminuindo o valor da temperatura corporal:

- Cuidados não farmacológicos
- Cuidados farmacológicos

Cuidados não farmacológicos

- Gestão do vestuário: adequar o vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento mas mantenha o conforto;
- Desaconselhamento de medidas físicas de arrefecimento (banho, compressas húmidas, ventoinhas).

Cuidados farmacológicos

- a) **paracetamol** (fármaco de 1.ª linha):
 - i. Oral: 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia);
 - ii. Retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia);
 - iii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas.

Nota: No recém-nascido: oral 7,5-15 mg/kg/dose (máximo 60 mg/kg/dia); retal: 10-15 mg/kg/dose (máximo 60 mg/kg/dia).

Cuidados farmacológicos

- b) **ibuprofeno, apenas se existir contra-indicação ao paracetamol:**
 - alergia ao paracetamol;
 - manutenção ou recorrência da febre com desconforto antes do tempo mínimo de nova administração de paracetamol (4 horas);
 - ausência de contra-indicação (varicela, hipersensibilidade anti-inflamatórios não esteroides, úlcera péptica, insuficiência cardíaca, renal, hepática, hipertensão arterial, medicação com anticoagulantes).
 - i. Oral: 5 mg - 10 mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40 mg/kg/dia);
 - ii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas.

Nota: Não se recomenda em idade inferior a 6 meses.

Em suma...

- Não existe um dia mais apropriado para uma observação de uma criança com febre;
- O 3º dia será tarde demais para as doenças graves e muito graves e demasiado cedo para a maioria das doenças febris benignas autolimitadas, que duram, em média, 4,1 dias;
- Mais importante que o valor da temperatura, são os sinais de gravidade associados à febre;
- Na presença desses “sinais de alerta”, justifica-se a observação independentemente do dia de doença.

Bibliografia

- DGS. (2018). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>

Obrigada!



Apêndice II



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta

Duração em Idade Pediátrica

QUESTIONÁRIO INICIAL

6.12.2019

Idade

Sexo

De seguida assinale com uma cruz (X) a pontuação que mais se adequa com o que pensa.

Sim | Não

1. Alguma vez teve formação sobre o **Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da Febre)**?

2. Alguma vez teve que atuar num contexto de **Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica**?

2.1. Se sim, que ação/ ações fez? (pode assinalar mais do que uma com um X)

- Confirmei a temperatura da criança antes da administração do antipirético
- Recomendei que permanecesse em casa até ao 3º dia de Febre e depois fosse aos serviços de saúde
- Fiz arrefecimento periférico (despindo de imediato a criança);
- Administrei de imediato antipirético na dose oral/retal de 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia);
- Outra : _____

Muito obrigado!



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta

Duração em Idade Pediátrica

QUESTIONÁRIO FINAL

6.12.2019

Idade

Sexo

De seguida assinale com uma cruz (X) a pontuação que mais se adequa com o que pensa.

Sim | Não

1. Alguma vez teve formação sobre o Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da Febre)?

2. Alguma vez teve que atuar num contexto de Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica?

2.1. Se sim, que ação/ ações fez? (pode assinalar mais do que uma com um X)

- Confirmei a temperatura da criança antes da administração do antipirético
- Recomendei que permanecesse em casa até ao 3º dia de Febre e depois fosse aos serviços de saúde
- Fiz arrefecimento periférico (despindo de imediato a criança);
- Administrei de imediato antipirético na dose oral/retal de 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia);
- Outra : _____

Muito obrigado!