



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por

Raquel da Conceição Cerqueira Beça

Porto – março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
INTERNSHIP REPORT

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

Por

Raquel da Conceição Cerqueira Beça

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

Porto – março de 2022

RESUMO

O presente relatório foi realizado no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, cumprido na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa campus Porto e refere-se à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, com um total de 750 horas. O estágio decorreu entre 6 de setembro de 2021 a 18 de dezembro de 2021, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados na Comunidade com passagem por uma Unidade de Saúde Familiar, e em contexto de Cuidados de Saúde Diferenciados, num Serviço de Urgência Pediátrica e num Serviço de Neonatologia, com uma carga horária total de 90 horas de contacto em cada contexto.

O principal objetivo deste relatório foi analisar, de forma fundamentada, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. A metodologia utilizada foi a descrição das atividades e reflexão sobre as mesmas, tendo em atenção a evidência científica e ainda a mobilização de conhecimentos.

As competências foram divididas em quatro domínios: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação, seguindo as recomendações do plano de estudos. Em cada domínio foram identificados os objetivos específicos, explanadas as atividades desenvolvidas e efetuada uma análise crítica, traduzindo o percurso desenvolvido ao longo do estágio.

Conclui-se que a pertinência deste estágio, em Saúde Infantil e Pediátrica, contribuiu de forma positiva, para o desenvolvimento e melhoria de competências especializadas a crianças de diversas faixas etárias e suas famílias com base no modelo de parceria de cuidados, com especial atenção, na promoção do desenvolvimento infantil e da parentalidade, na comunicação adequada e eficaz com a criança e família e na minimização do impacto da hospitalização. A integração eficiente nas equipas proporcionou momentos oportunos e enriquecedores de aprendizagem nos quatro domínios de atuação do Enfermeiro Especialista.

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

ABSTRACT

This report was carried out within the scope of the 14th Master's Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatrics Health, held at the School of Nursing at the Institute of Health Sciences, of Universidade Católica Portuguesa, Porto campus, and refers to the Final Internship and Report, with a total of 750 hours.

The internship took place between September 6, 2021 and December 18, 2021, in Primary Health Care settings, in a Community Care Unit with passage through a Family Health Unit, and in Specialized Health Care settings, in a Pediatric Emergency Department and in a Neonatology Department, with a total of 90 contact hours in each setting.

The main objective of this report was to analyze, in a reasoned way, the process of acquisition and development of competencies of the Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics. The methodology used was the description of activities and reflection on them, taking into account the scientific evidence and also the mobilization of knowledge.

The competencies were divided into four domains: care provision, management, training and research, following the recommendations of the study plan. In each domain, the specific objectives were identified, the activities developed were explained, and a critical analysis was performed, reflecting the path developed throughout the internship.

It is concluded that the relevance of this internship in Child Health and Paediatrics contributed positively to the development and improvement of specialized skills to children of different age groups and their families based on the care partnership model, with special attention to the promotion of child development and parenting, the adequate and effective communication with the child and family and the minimization of the impact of hospitalization. The efficient integration in the teams provided opportune and enriching learning moments in the four domains of action of the Nurse Specialist.

KEYWORDS: Child Development, Parenting, Care Partnership, Nursing, Communication

AGRADECIMENTOS

Ainda que corresponda a um trabalho pessoal, este não teria sido exequível sem o contributo e apoio de algumas pessoas a quem dedico estas palavras e presto o meu sincero agradecimento.

Agradeço consideravelmente, à minha Orientadora Professora Doutora Constança Festas, pela orientação disponibilizada, pela partilha de conhecimentos e experiências, pelo incentivo, pela compreensão e pela amabilidade em todos os momentos.

A todos os profissionais com quem trabalhei pela partilha.

À minha amiga por todo o apoio.

À minha família pela compreensão e ânimo.

Muito Obrigada!

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
CMEESIP - Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
ECTS - EuropeanCreditTransferSystem
EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EESIP - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ICN - Internacional Council of Nurses
IMC - Índice de Massa Corporal
NEO - Neonatologia
OE - Ordem dos Enfermeiros
PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNSR - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PNV - Programa Nacional de Vacinação
PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
RN - Recém-nascido
SIE – Sistema de Informático de Enfermagem
SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente
SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria
SUP - Serviço de Urgência Pediátrica
UC - Unidade curricular
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO: DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS	16
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	20
2.1 Estágio em Cuidados de Saúde Primários	20
2.2 Estágio de Cuidados de Saúde Diferenciados.....	21
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO.....	24
3.1 Competências no Domínio da Prestação de Cuidados.....	25
3.2 Competências do Domínio da Gestão.....	61
3.3 Competências do Domínio da Formação.....	65
3.4 Competências do Domínio da Investigação.....	71
4. CONCLUSÃO	75
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
APÊNDICES.....	86
APÊNDICE I – FOLHETO “ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA”.....	87
APÊNDICE II – FORMAÇÃO “SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO LACTENTE”	89
APÊNDICE III – HIGIENE DAS MÃOS	135
APÊNDICE IV – FORMAÇÃO “DOR NA CRIANÇA”	148
APÊNDICE V - KIT CONSULTA SEM DÓI-DÓI”	168
APÊNDICE VI – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	170

0. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), da Escola de Enfermagem (Porto) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para além de uma componente teórica, fundamental para a prestação de cuidados sustentada na evidência, incluiu um Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que visou a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido (RN), criança e adolescente e a família, particularmente dirigido para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. O referido estágio foi desenvolvido em dois contextos: Cuidados de Saúde Primários (CSP), com 180 horas de contacto, para desenvolver competências na área da Saúde Infantil, e Cuidados de Saúde diferenciados, para prestar cuidados em situação de Urgência e de Neonatologia (NEO), cada um de 90 horas de contacto em cada contexto.

No âmbito do estágio final de Saúde Infantil e Pediátrica e de acordo com o plano de estudos, este preconiza um total de 360 horas de contacto que foram divididas da seguinte forma:

- ✓ Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e na Unidade de Saúde Familiar (USF), com início a 6 de setembro de 2021 até 27 de outubro de 2021, com uma carga horária de 180 horas de contacto;
- ✓ Serviço de Neonatologia, com início a 28 de outubro de 2021 até 23 de novembro de 2021, com uma carga horária de 90 horas de contacto;
- ✓ Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), com início a 24 de novembro de 2021 até 18 de dezembro de 2021, com uma carga horária de 90 horas de contacto.

Foram ainda definidas 20 horas para orientação tutorial e 20 horas de seminário, ficando ainda 350 horas para estudo individual, pesquisas e elaboração do presente relatório, num total atribuído à unidade curricular de 750 horas, correspondendo a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS).

Os objetivos gerais propostos pelo plano de estudos a atingir no final da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório foram:

- *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 (ESIP);*

- *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.*

Estes objetivos gerais e transversais a todos os estágios servem de pilar para a definição dos objetivos específicos a cada local de estágio e estão presentes ao longo da reflexão efetuada neste relatório.

A motivação para a integração neste curso está intimamente relacionada com a vontade pessoal de evoluir profissionalmente e a necessidade de desenvolver competências na área de saúde infantil e pediátrica.

Assim, tendo em conta a minha experiência prévia de 11 anos num serviço de pediatria, os conhecimentos adquiridos ao longo das aulas teóricas do curso, e o estágio realizado, traduz neste relatório uma reflexão sobre o processo de aquisição de competências.

Com a finalidade de perceber se o que foi planeado efetivamente se concretizou, é essencial refletir sobre o percurso durante o estágio, fazendo um balanço das oportunidades e das dificuldades sentidas. Neste sentido, os objetivos deste relatório são:

- ✓ *Descrever e refletir sobre as competências adquiridas durante o estágio, assim como o processo de desenvolvimento das mesmas;*

- ✓ Enunciar os objetivos específicos no âmbito das competências propostas pelo Plano de Estudos do Curso;
- ✓ Descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios para dar respostas aos objetivos delineados;
- ✓ Servir de elemento de avaliação.

De acordo com o Plano de Estudos, as competências foram organizadas em quatro domínios: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

Na elaboração deste relatório utiliza-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica.

Estruturalmente, o presente relatório está dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo apresento o meu percurso profissional e formativo, que permitiu o desenvolvimento prévio de competências e a acreditação ao estágio do segundo semestre do primeiro ano do curso. De seguida, no segundo capítulo, farei uma breve contextualização dos locais de estágio realizados ao longo desta Unidade Curricular. No terceiro capítulo apresento o desenvolvimento de competências ao longo do estágio nos quatro domínios: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Na conclusão, tecerei algumas considerações finais sobre o percurso efetuado e as dificuldades sentidas na elaboração do presente relatório. No quinto capítulo, apresentarei as referências bibliográficas que deram suporte às reflexões apresentadas ao longo do trabalho e de seguida, os apêndices com as provas documentais das atividades desenvolvidas.

1. PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO: DESENVOLVIMENTO PRÉVIO DE COMPETÊNCIAS

Por possuir experiência profissional na área de pediatria, obtive acreditação ao estágio do segundo semestre, do primeiro ano, *A Saúde da Criança e Família – Vigilância e decisão clínica*, correspondendo a 12 *European Credit Transfer System* (ECTS), de acordo com o regulamento geral do curso.

Desenvolvo funções de enfermeira de cuidados gerais, há cerca 11 anos, num serviço de pediatria num Centro Hospitalar da Região Norte. Este serviço integra o Departamento da Mulher e da Criança, juntamente com os serviços de Bloco de Partos, Obstetrícia e Neonatologia. Tem como objetivo fundamental prestar cuidados de qualidade, diretos ou referenciados, ao recém-nascido, à criança, aos jovens e às respetivas famílias (0 aos 18 anos de idade). Apesar de a sua principal área de atividade ser no âmbito das patologias do foro médico, funciona também com o espaço físico para o acolhimento de crianças e jovens do foro cirúrgico. Comparando com as restantes regiões de Portugal Continental, a área de influência desta instituição é efetivamente a quarta com maior número de crianças.

As crianças que são assistidas no serviço de pediatria têm direito ao acompanhamento dos pais ou tutores. São admitidas vindas do serviço de Urgência, da consulta externa, do serviço de Obstetrícia, do serviço de Neonatologia, dos serviços da área cirúrgica (blocos, cirurgia, especialidades cirúrgicas e ortopedia) e provenientes de outras instituições. Os serviços prestados são planeados e adequados às necessidades dos RN, das crianças/jovens e famílias.

Neste contexto, ao longo do meu percurso profissional no serviço de pediatria, adquiri e desenvolvi competências que me permitem uma intervenção adequada às necessidades do RN, criança, adolescente e família.

Assisto o RN, a criança e jovem (dos 0 aos 18 anos) e família desde a admissão até à alta, promovendo a sua adaptação à hospitalização e doença e facilitando o regresso a casa. Ao longo do internamento, identifico as necessidades do RN, da criança/jovem e família, formulando diagnósticos de enfermagem, planeando e executando intervenções com

responsabilidade e iniciativa. O facto de trabalhar com crianças do foro cirúrgico e médico e com idades muito diferentes, exige o desenvolvimento de diversas técnicas de comunicação que me permitem adequar a resposta, quer à individualidade de cada criança/jovem, quer às especificidades relacionadas aos vários estádios desenvolvimentais. Por outro lado, os pais, maioritariamente presentes durante o internamento do RN, da criança/jovem, são mais um desafio para mim, pois também têm necessidades e exigências específicas de acordo com a doença e idade da criança, sendo o papel parental um foco comum no meu dia-a-dia de trabalho. Realço, ainda, que presto cuidados a crianças com diversas patologias e deficiências, o que se reflete em vários focos de enfermagem, tais como coping, o desenvolvimento infantil, o autocuidado, o conhecimento, a capacidade, a adesão e gestão ao regime terapêutico. No âmbito do internamento cirúrgico presto cuidados relacionados com a preparação pré-cirúrgica e com o período pós-cirúrgico, de acordo com as especificidades de cada cirurgia.

Utilizo a plataforma informática SCLINICO como ferramenta para o registo e avaliação dos cuidados prestados, contribuindo para os indicadores de enfermagem na área pediátrica.

Na área da formação, participo como formadora na formação em serviço, atualizando e adquirindo conhecimentos que me permitam uma prática baseada na evidência.

Colaboro e participo em funções relacionadas com a supervisão e gestão do serviço, tais como: responsável de turno e orientação de alunos do curso de licenciatura em enfermagem.

Desenvolvo investigação em serviço, pertencendo ao grupo de trabalho de investigação “*A satisfação parental face ao acolhimento da criança no serviço de pediatria*” e “*Perfil de Resiliência das famílias de crianças internadas no serviço de pediatria*”. Relativamente ao primeiro estudo a finalidade é conhecer a satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem prestados durante o acolhimento no serviço de pediatria. Os objetivos específicos são: avaliar o nível de satisfação dos pais de crianças hospitalizadas, em cuidados de enfermagem, durante o acolhimento em Pediatria; conhecer as dimensões de maior e menor satisfação por parte dos pais, durante o acolhimento em pediatria; analisar se a satisfação dos pais está relacionada com a experiência dos pais com o internamento dos filhos e com características sociodemográficas dos pais e da criança. Em relação ao segundo estudo o principal objetivo é conhecer o perfil de resiliência das famílias de crianças internadas no serviço de pediatria aplicando o Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993). Após conhecimento

da realidade no serviço é pretendido desenvolver e implementar um programa de promoção da resiliência familiar. Ambos os estudos encontram-se na fase de análise dos resultados.

Participo e colaboro em projetos em desenvolvimento no serviço, no âmbito da Idoneidade Formativa da Ordem dos Enfermeiros.

No âmbito das intervenções interdependentes realizo ações, em conjunto com outros técnicos da equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados à criança/jovem e família, seguindo prescrições ou orientações previamente formalizadas e referenciando situações que requerem outro nível de intervenção (social, nutricional,...).

Sendo a pediatria uma área muito específica nos cuidados de saúde hospitalares, e de acordo com o preconizado pela ordem dos enfermeiros e pela carreira de enfermagem, penso que, ao longo destes 11 anos de profissão nesta área, fui desenvolvendo atividades e adquirindo competências que me permitem uma intervenção direcionada para as necessidades e exigências particulares das crianças/jovens e famílias que recorrem a um serviço de pediatria. Neste sentido, algumas das competências adquiridas e das atividades desenvolvidas ao longo dos anos enquadram-se nas competências preconizadas no Plano de Estudos do presente curso de mestrado. No entanto, ao longo do relatório, vai haver oportunidade de refletir de forma crítica sobre estas competências.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Tal como referido anteriormente, o estágio decorreu em dois contextos: Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados.

2.1 Estágio em Cuidados de Saúde Primários

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, o estágio de saúde infantil foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade e numa Unidade de Saúde Familiar, pertencentes ao mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Embora com âmbitos de ação diferentes, estas duas unidades funcionam numa relação estreita, prestando cuidados na mesma área de influência.

A UCC é uma unidade que intervém ao nível da prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional.

Em relação á equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros especialistas de diversas áreas, nomeadamente em Saúde Infantil e Pediátrica. Nesta área são desenvolvidos vários programas tais como: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) e os projetos Parentalidade Saudável, Massagem Infantil e Recuperação Pós-parto.

As atividades desenvolvidas nos vários programas, decorrem no domicílio e nas escolas, através das unidades móveis, e nas instalações da sede da UCC. Neste sentido, a Unidade intervém com grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população abrangida, de forma estruturada, garantindo cuidados de qualidade, acessibilidade e equidade, na sua área geográfica de atuação.

A USF é uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários adequados às características da população, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais. Privilegia de infra-estruturas adequadas, pelo que as condições físicas oferecidas para a população infanto-juvenil e famílias na realização das consultas de saúde infantil são bastante acolhedoras. Na disposição de um consultório de enfermagem acoplado ao consultório médico, as consultas iniciam-se pela chamada do enfermeiro que dispõe de cerca de trinta minutos para estar com a criança/jovem e família e só após este período o médico examinará a criança/jovem, prosseguindo e finalizando a consulta.

A equipa da USF é formada por quatro médicos, quatro enfermeiros especialistas em saúde comunitária e três secretários clínicos e dois assistentes operacionais. Para além destes, a USF conta com o contributo de outros profissionais comuns a outras unidades existentes no mesmo local: assistentes sociais, nutricionista, psicólogo e dentista.

2.2 Estágio de Cuidados de Saúde Diferenciados

Relativamente aos Cuidados de Saúde Diferenciados, o estágio decorreu no SUP e no Serviço de NEO de um Centro Hospitalar da região Norte.

O centro hospitalar é constituído por duas unidades hospitalares, com uma área de influência bastante abrangente. O centro hospitalar tem uma articulação com todos os cuidados de saúde primários da área abrangente. Em termos de compromisso assistencial objetiva-se uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, em tempo oportuno, com uma eficiência técnica e financeira, com formação e investigação contínuas de forma a cumprir-se as metas contratualizadas com o Ministério da Saúde. Além disto, é política desta Instituição, nortear-se pela atitude centrada no utente e comunidade, assegurando melhores níveis de resultado e serviços prestados ao utente com multidisciplinaridade.

O serviço de NEO caracteriza-se por uma sala tipo “open space”, dividida em duas alas (intermédios e intensivos) e uma zona fechada, destinada a isolamento. Encontram-se adjacentes, unidas por espaço aberto e outro com divisória de vidro. É neste local que se encontram os enfermeiros do serviço durante o seu tempo de trabalho. No âmbito da humanização de cuidados foram criados dois espaços, um espaço direcionado aos pais e outro para os irmãos. Estes dois espaços criados no âmbito de projetos específicos, procuram

dar o conforto e privacidade à família do RN internado. Assim, fomentam momentos de distração e entretenimento, com a partilha de experiências e histórias dispersas pelas paredes como forma de incentivo e força à jornada que se adivinha; disponibilizam a existência de um local acolhedor que propicie às mães a extração de leite materno e a privacidade necessárias para realizar conversas informais. Os elementos desta unidade dividem-se numa equipa de enfermeiros, assistentes operacionais, médicos e secretário clínico. Existem enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e saúde materna e obstétrica. Além de estarem ao serviço 24h, existem também médicos a exercer funções, nesse mesmo local, durante o mesmo período de tempo.

O SUP inicia-se pela área de admissão e receção para serviços administrativos. Aquando da chamada, a criança e acompanhante seguem para a sala de triagem. Aqui é realizada, por um enfermeiro com formação diferenciada, uma avaliação inicial baseada num protocolo específico e com base científica (Triagem de Manchester) que permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de atendimento e, sempre, de acordo com a sua urgência. Independentemente da prioridade obtida, compatível com determinada cor da pulseira, os utentes dirigem-se para áreas diferentes dependendo da sintomatologia apresentada ser compatível ou não com doença Covid. Podem então aguardar por uma consulta médica num dos locais definidos anteriormente ou necessitar de estar sob vigilância contínua, indo para a área de OBS. Na sala de OBS poderão estar utentes com necessidade de vigilância e/ou tratamento com situações clínicas nas quais se prevê um período de permanência até 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta. A sala de emergência serve para receção, avaliação e estabilização de utentes, em situações emergentes onde exista risco de vida ou compromisso de funções vitais. Os elementos desta unidade dividem-se numa equipa de enfermeiros, assistentes operacionais, médicos e secretário clínico. Existem enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, reabilitação, médico-cirúrgica e comunitária.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Os cuidados de enfermagem centram-se no cuidado ao outro através de interações únicas e recíprocas, onde o enfermeiro experiencia situações de cuidados complexas e, portanto, é-lhe exigido que adquira competências que o capacitem para se adaptar a diferentes contextos e situações e responder à unicidade do ato de cuidar (Serrano, 2011).

Para este fim, é necessário mobilizar um conjunto de conhecimentos e capacidades que englobam o saber, o saber fazer e o agir, advogando que a aquisição de competências é um processo contínuo, pressupondo que para além dos conhecimentos adquiridos através da aprendizagem contínua, é valorizada a capacidade de os mobilizar para dar resposta às necessidades e aos problemas do cliente (Serrano, 2011).

Tendo em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2017), que constitui um referencial para a prática especializada, promovendo a reflexão sobre a qualidade dos cuidados e apoiando a melhoria contínua dos mesmos, e destacando o percurso profissional e académico desenvolvido, houve a oportunidade de desenvolver competências que permitam empregar o saber, o saber fazer e o agir, analisar as situações de saúde/doença e implementar terapêuticas de enfermagem adequadas, e reconhecer e usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem, formulando objetivos de forma a prestar cuidados holísticos de excelência na área da saúde infantil e pediátrica.

Face aos objetivos gerais, propostos pelo plano de estudos, já elencados na introdução do presente relatório, identificaram-se as competências a adquirir, que foram organizadas em torno dos quatro domínios propostos e identificados neste relatório como domínio da prestação de cuidados, da gestão, da formação e da investigação.

Tendo em conta os objetivos definidos para o estágio e as competências propostas foram delineados objetivos específicos e planeadas atividades para a concretização dos mesmos. Ao longo deste capítulo serão apresentados os objetivos e as respetivas atividades

desenvolvidas e será efetuada uma análise crítica, evidenciando o contributo para o desenvolvimento das competências.

3.1 Competências no Domínio da Prestação de Cuidados

Em Saúde Infantil e Pediátrica o Enfermeiro Especialista evidencia-se pela prestação de cuidados de qualidade ao RN, criança e adolescente promovendo o crescimento e desenvolvimento, a educação para a saúde, a adaptação às condições de saúde e doença, o bem-estar e autocuidado e a prevenção de complicações. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2017).

Atendendo a estas premissas, ao longo do estágio, procuramos desenvolver as seguintes competências no domínio da prestação de cuidados, para as quais foram delineados objetivos e planeadas atividades.

Competências:

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

Objetivo Específico:

- Compreender a realidade e dinâmicas dos diferentes contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas:

- Realizar visita guiada às instalações;
- Identificar os recursos humanos, físicos e materiais dos diferentes serviços;
- Consultar normas e protocolos existentes;
- Observar a metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar;
- Colaborar na prestação de cuidados à criança nas diferentes faixas etárias

Análise Crítica:

No primeiro dia de estágio, dos diferentes contextos assistenciais, UCC, USF, NEO e SUP, foi realizada uma visita guiada às instalações, acompanhada pela respetiva tutora EESIP, que

em conversa informal realizou a apresentação do serviço, dando a conhecer a estrutura física, materiais de cada serviço, normas, protocolos, bem como os vários tipos de cuidados prestados e a amplitude das intervenções de enfermagem na área específica de saúde infantil e pediátrica.

O processo de integração profissional deve facilitar a perceção do conjunto de normas, valores e objetivos estabelecidos na instituição e proporcionar uma adaptação adequada, que se refletirá no desenvolvimento profissional para a prestação de cuidados de qualidade (OE, 2020).

Em relação à dinâmica da UCC, pudemos verificar que esta fornece uma resposta não só a diversos programas nacionais de saúde, como também responde às necessidades de saúde regionais e locais. Assim, no âmbito dos programas nacionais de saúde destacamos: a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da criação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Coordenadoras Locais, a constituição de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos que participam no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, através da criação de Equipas de Intervenção Direta e Equipas Locais de Intervenção, a participação no Plano Nacional de Saúde Escolar e no Programa Nacional de Saúde Infantil. A nível local e regional é efetuado o planeamento e implementação de projetos no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, aos grupos mais vulneráveis ou em situações de maior risco ou dependência física e funcional. Na mesma ótica, a sua intervenção ocorre nos mais diversos contextos, nomeadamente no domicílio, escolas, locais de trabalho e/ou lazer, sempre numa dinâmica de articulação, de desenvolvimento intersectorial, com uma perspetiva de continuidade de cuidados, complementaridade de funções e em rede.

Constatamos que a UCC promove a acessibilidade aos cuidados de saúde, a rentabilização dos recursos existentes na comunidade, o enfoque na educação para a saúde através da implementação de projetos inovadores, no âmbito da literacia em saúde, que contribuem para o aumento dos níveis educacionais, das competências e capacidades para a promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde individual e coletiva. Similarmente, são exemplos desses projetos a capacitação dirigida aos cuidadores informais/formais a familiares com dependentes a seu cargo para melhorarem os cuidados prestados, projetos de preparação para a parentalidade, dirigidos às grávidas/casais e projetos desenvolvidos nas escolas com especial foco na promoção dos estilos de vida saudáveis.

Relativamente à USF também conhecemos a estrutura física e compreendemos a dinâmica da prestação de cuidados. Não existe na equipa multidisciplinar um EESIP, sendo que todos os enfermeiros são especialistas em saúde comunitária. As consultas de Saúde Infantil e Juvenil são previamente programadas pela enfermeira de família (Especialista em Saúde Comunitária) com a equipa de saúde (médico de família e secretário clínico), tanto a periodicidade como o conteúdo, regendo-se pelas normas do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013. Todavia, existem consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil que podem ser desfasadas das consultas para as idades-chave por diferentes motivos, nomeadamente vacinação extra plano, por doença, por necessidade de reavaliação de parâmetros de crescimento e desenvolvimento ou para esclarecimento de dúvidas. Desta forma, as consultas programadas refletem uma boa organização da equipa de saúde em controlar os seus utentes e uma boa dinâmica da unidade. No mesmo seguimento, estas consultas possibilitam a prevenção de comportamentos de risco e a promoção da saúde da criança/jovem não cumpridora. Apesar da ausência do EESIP, realçamos um trabalho extraordinário na organização da consulta em parceria com o médico de família. Na nossa perspetiva, as consultas decorreram de forma positiva e cumprindo as regras adequadas para satisfazer as necessidades da criança/jovem e dos pais.

No serviço de NEO, a dinâmica e metodologia de trabalho que é praticada é designada por método de trabalho individual, consistindo na distribuição de um determinado número RN por enfermeiro, atendendo aos critérios de necessidades de cuidados necessários, procurando um rácio máximo de 4 RN em cuidados intermédios ou 2 RN em cuidados intensivos, por enfermeiro, sendo este responsável pela prestação integral de cuidados durante o seu turno. Procura-se manter a continuidade na assistência, ou seja, aquando da elaboração do plano de trabalho segue-se o critério de que o mesmo enfermeiro dê continuidade de cuidados ao mesmo conjunto de utentes.

No que é referente à dinâmica de trabalho no SUP, esta é cativante na medida em que cada enfermeiro é responsável pela sua área, assegurando a totalidade e globalidade dos cuidados, sendo assim possível ao enfermeiro, acompanhar o processo de cuidados à criança, os cuidados, a evolução de uma forma holística, no decorrer do seu turno.

O SUP tem como objetivos prestar cuidados integrais e continuados às crianças criticamente doentes, encontrando-se estas estáveis ou potencialmente instáveis, proporcionando-lhes cuidados de qualidade com profissionais especializados. Desta forma, ao longo do estágio

pudemos compreender a realidade da prestação de cuidados à criança gravemente doente e sua família, constatando que a atuação do enfermeiro especialista é um desafio constante que requer habilidade, respeito e sensibilidade, uma vez que a criança se encontra doente, altamente vulnerável e dependente da equipa que lhe está a prestar cuidados. Pudemos confirmar que esta é uma realidade desafiante e complexa, não só pela instabilidade hemodinâmica ou a potencialidade desta, presentes a cada minuto, como pela diversidade e complexidade das patologias que as crianças e jovens apresentam. Isto exige aos profissionais uma atualização constante de conhecimento e a busca contínua pela evidência científica atual, para que dominem os cuidados a ter mediante cada patologia apresentada por cada criança e saibam adequá-los à situação clínica e à criança. Existe no serviço uma boa cooperação entre as diferentes equipas e também com os serviços de NEO, Pediatria e Urgência adultos, uma vez que as crianças em determinados contextos têm que ser observadas nesses serviços. No que diz respeito à estrutura física, verificamos que esta é adequada à prestação dos cuidados, sendo um serviço novo responde às necessidades das crianças e dos seus familiares.

Em suma, ao longo dos diferentes contextos compreendemos cada uma das realidades e dinâmicas assistenciais, adotando uma postura pró-ativa, de responsabilidade, interesse e participação, na prestação de cuidados, na consulta de normas, objetivos, procedimentos, protocolos, projetos em curso nos serviços. A integração nas diferentes equipas multidisciplinares foi eficiente e pautou-se pelo respeito e entreajuda. Procuramos de forma clara, experienciar e aprofundar todas as áreas de saúde infantil e pediátrica, permitindo assim a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências na área da especialidade. Consideramos deste modo, que o objetivo proposto foi atingido com êxito, traduzindo-se na aquisição da competência inicialmente planeada.

Competências:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica.

Objetivo específico:

- Assistir RN, crianças, adolescentes e família nos diferentes contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas:

- Identificar os focos da prática
- Planear intervenções de enfermagem
- Prestar cuidados de enfermagem a RN, crianças, adolescentes e família nos diferentes contextos assistenciais, de acordo com o processo de enfermagem;
- Participar na admissão, avaliação inicial e preparação da alta clínica de RN, criança e adolescentes de forma sistemática e de acordo com o protocolo dos serviços;
- Registrar de forma sistemática os focos e intervenções, utilizando a linguagem CIPE;
- Discutir os dados com as Enfermeiras tutoras.

Análise crítica:

Mais do que saber-fazer, é exigido ao enfermeiro a capacidade de refletir, de pensar criticamente sobre a pertinência das suas decisões clínicas, sobre as lacunas inerentes à sua prática, sobre a implementação de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos, olhando a criança e família como um todo e adequando as intervenções às suas necessidades. Desta forma, os registos de enfermagem devem refletir o pensamento crítico do enfermeiro, sustentando a tomada de decisão relativa aos cuidados planeados, devendo descrever todos os problemas que o utente apresenta, as intervenções de enfermagem que com este foram acordadas e efetuadas, assim como os resultados alcançados, permitindo a produção de indicadores.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, na UCC e na USF, os focos de enfermagem mais frequentes são: desenvolvimento infantil, obesidade, papel parental, amamentação, conhecimento sobre vacinação, adesão à vacinação.

As intervenções de enfermagem são planeadas de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados e com a especificidade de cada criança e família, sendo as mais comuns: vigiar o desenvolvimento infantil, ensinar sobre hábitos de vida saudáveis,

promover o papel parental, ensinar sobre vacinação, ensinar sobre vigilância de saúde, ensinar sobre recursos na comunidade.

No serviço NEO prestamos cuidados de enfermagem a RN com diagnóstico de prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória com necessidade de ventilação assistida e risco infeccioso. Os focos da prática mais frequentes foram: desenvolvimento infantil, limpeza das vias aéreas, dispneia, ventilação, risco de úlcera de pressão, sucção, papel parental, metabolismo energético, aspiração, dor, infecção, ingestão nutricional, ferida, amamentação, ligação mãe-filho, mamar.

As intervenções de enfermagem mais frequentes foram de encontro aos focos da prática anteriormente referidos, assim as mais frequentes foram avaliar conhecimento mãe/pai sobre o desenvolvimento infantil, monitorizar dados antropométricos, monitorizar saturações e vigiar respiração e secreções, avaliar ventilação, vigiar sinais de úlcera de pressão, vigiar o reflexo da sucção, monitorizar glicemia capilar, monitorizar dor, vigiar sinais inflamatórios, incentivar a amamentação, incentivar ligação mãe e filho, avaliar o papel parental.

Neste contexto, durante o estágio tivemos as mais variadas oportunidades de cuidar de RN de termo e pré-termo. Assim, participamos na prestação de cuidados de elevada complexidade, baseada na abordagem de cuidados centrados no RN e sua família, através de um modelo holístico do cuidar em enfermagem, adquirindo uma autonomia progressiva. Tivemos a oportunidade de realizar as seguintes intervenções: desinfeção do coto umbilical; realização do teste de diagnóstico precoce; preparação da alimentação parentérica; colaboração na colocação de cateter epicutâneo-cava e umbilical; colaboração na colocação de suporte ventilatório (nCPAP); alimentação por via oral/sonda orogástrica; prestação de cuidados ao RN em fototerapia simples e dupla. Colaboramos ainda na admissão de RN e família e na promoção e apoio à parentalidade de RN prematuro. Participamos na preparação da alta clínica de RN e apesar de estar perante pais que eram bons prestadores de cuidados, reforçamos ensinamentos sobre o banho, cólicas, cuidados ao coto umbilical, a importância da vigilância periódica do desenvolvimento estado-ponderal, prevenção de alergias e acidentes, importância do cumprimento do PNV, como preparar um biberão de leite (já que o RN em causa iria fazer leite de fórmula infantil) e como realizar o transporte do bebé no automóvel.

No que diz respeito, ao serviço SUP os focos da prática mais frequentes foram a febre, dispneia, limpeza das vias aéreas, tossir, a infecção, dor, vômitos e diarreia. Importa referir que, aquando a realização da triagem deparei com alguns casos classificados como não-

urgentes e que poderiam ser resolvidos em contexto de cuidados de saúde primários. Em nossa opinião, esta realidade pode estar relacionada com a falta de informação e conhecimento acerca das ofertas dos serviços de saúde, com o facto de os utentes sentirem que são atendidos com maior celeridade no hospital do que no centro de saúde e por poderem usufruir de atendimento personalizado por profissionais especializados na área pediátrica (médicos).

As intervenções de enfermagem mais frequentes foram de encontro aos focos da prática anteriormente referidos, assim, as mais frequentes foram: monitorizar temperatura corporal, executar técnica de arrefecimento natural, preparação e administração de medicação oral e endovenosa, inserir cateter venoso periférico, técnica de colheita de sangue e urina, vigiar vómito, vigiar dejeção, colocar dispositivo urinário externo, executar inaloterapia.

No entanto, o caso que se destacou pela complexidade de atendimento e tratamento atempado, foi um caso de desidratação grave, resultante de gastroenterite aguda numa criança de um ano de idade. A criança necessitou de internamento hospitalar após restabelecimento das suas funções em contexto de urgência. De referir que a desidratação continua a ser um problema prevalente na população pediátrica, sendo que o risco de complicações por desidratação agrava em proporção inversa à idade da criança (Salgado, Martins, Sousa & Bernardo, 2009).

Pudemos constatar que o EESIP é o profissional que se move em constante sintonia com a criança e família no SUP. Este adquire, assim, uma posição de proximidade que lhe permite, não só prestar cuidados com elevada destreza técnica e científica, mas também dar ênfase à singularidade da criança e família, respeitando a sua expressão de sentimentos e angústias e elaborando um plano de cuidados que abranja os vários aspetos do cuidar físico, emocional e relacional (Andrade et al., 2017) . Desta forma, é importante referir que o EESIP tem um papel preponderante, não só no cuidado à “criança/jovem nas situações de especial complexidade”, mas também “na maximização da sua saúde” e na prevenção de complicações, devendo ser construída uma ponte entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários em pediatria (OE, 2018).

O sistema de registos utilizado nos vários contextos assistenciais foi o SClínico, que permite incluir a identificação das necessidades, o planeamento dos cuidados e a avaliação dos resultados obtidos através das intervenções de enfermagem implementadas.

Procuramos, em todos os contextos de estágio, satisfazer as necessidades específicas do binómio RN, criança, jovem e família, otimizando tanto a sua saúde física, mental, social e espiritual, como os conhecimentos e capacidades que lhes permitem adquirir mestria para lidar com as mudanças impostas, tanto pela transição desenvolvimental, como pela situação de doença que vivenciam.

Objetivo específico:

- Promover o crescimento e desenvolvimento infantil

Atividades desenvolvidas:

- Utilizar os conhecimentos adquiridos no âmbito do desenvolvimento infantil;
- Aplicar os diferentes programas de saúde na área da saúde infantil, designadamente Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Programa Nacional de Vacinação e Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança e família relativos à saúde;
- Criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com criança e família no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- Efetuar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil;
- Efetuar ações de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prover informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil.
- Conhecer o papel do EESIP no âmbito da UCC (unidade de cuidados na comunidade - Núcleo de Crianças e Jovens em Risco);
- Conhecer os projetos em vigor na UCC no âmbito da Saúde Infantil.

Análise Crítica:

Concebendo a família como contexto do RN, criança e jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados. A relação de parceria estabelecida no âmbito do exercício profissional dos EESIP caracteriza-se por uma articulação em equidade, dinâmica e flexível, podendo a criança/jovem, ser integrados na prestação de cuidados em unicidade ou numa perspetiva multidimensional, cuja operacionalização decorre dos relacionamentos

estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, entre a díade e a equipa de enfermagem, nos quais podem intervir outros membros da família. Tem por finalidade a promoção das competências da criança/jovem, como a maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção (OE, 2017).

No que diz respeito a este objetivo, tivemos oportunidade de, progressivamente, prestar cuidados de forma mais autónoma, interagindo com os RN, crianças, jovens e famílias e aplicando as diretrizes do PNSIJ, com vista a contribuir para a obtenção contínua de ganhos em saúde na população e detetar possíveis problemas precocemente. Neste contexto foi avaliado o crescimento e desenvolvimento dos RN, crianças e jovens, procedendo à monitorização dos parâmetros antropométricos e à avaliação do desenvolvimento segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, incorporada no sistema de registos de enfermagem do SClínico. Essas consultas estavam calendarizadas para idades chave de acordo com o PNSIJ, ou seja, etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, de socialização, progressão na alimentação e escolaridade. No primeiro ano de vida estas consultas ocorrem na primeira semana, 1, 2, 4, 6 e 9 meses. Entre 1 e 3 anos, ocorrem aos 12, 15, 18 meses, aos 2 e aos 3 anos. Entre os 4 e os 9 anos, aos 4, 5, 6 ou 7 (final do 1º ano de escolaridade) e 8 anos. Entre os 10 e os 18 anos aos 10, 12/13 e 15/18 anos (DGS, 2013).

Compreendemos a importância fundamental do registo nas curvas de percentil. Este registo permite analisar a evolução estatuto-ponderal ao longo do tempo, sendo que um atraso nessa evolução ou uma alteração ao padrão habitual pode ser a primeira manifestação de alguma patologia. Por outro lado, sabendo da relevância que a obesidade infantil apresenta em termos de mortalidade e morbidade na idade adulta, o registo da curva de Índice de Massa Corporal (IMC) permite identificar crianças com obesidade ou em risco de serem obesas (DGS, 2013). A existência deste registo da curva de IMC revelou-se também muito útil para conseguir explicar aos pais a situação de obesidade do seu filho e estabelecer as metas a atingir. Ainda no âmbito da problemática da obesidade infantil e estilos de vida, monitorizamos a tensão arterial em crianças a partir dos 3 anos, na medida em que a

hipertensão arterial em idade pediátrica é um problema com uma dimensão crescente e portanto, com necessidade de vigilância.

Durante as consultas, abordamos também, os temas recomendados pela DGS (2013) destacados nos cuidados antecipatórios, valorizando a educação para a saúde na medida em que o enfermeiro deve sustentar a sua prática no foco de intervenção do qual a orientação antecipatória às famílias contribui para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2011).

A nutrição é uma componente essencial para o crescimento e desenvolvimento. As crianças estabelecem os seus hábitos alimentares durante os três primeiros anos de vida; o enfermeiro deve contribuir para a educação dos pais acerca do processo de alimentação e da importância da nutrição (Hockenberry e Wilson, 2018). Neste contexto, as consultas de vigilância de saúde infantil, realizadas em idades chave, são o momento ideal para sensibilizar e educar os pais neste sentido.

Segundo Hockenberry e Wilson (2018), a educação para a saúde é inseparável da defesa da família e da prevenção. É uma área em que os profissionais necessitam de preparação e prática já que envolve a transmissão de informação de acordo com os conhecimentos e capacidades da família e o seu desejo à informação. Neste sentido, foi proposto o desenvolvimento de um folheto informativo sobre a alimentação no 1º ano de vida - diversificação alimentar, para ser distribuídos aos pais, com o objetivo de colmatar uma necessidade identificada na UCC (Apêndice I). Assim tivemos a oportunidade de pesquisar, sistematizar informação e construir um folheto apelativo que nos permitiu refletir sobre a prática de cuidados no âmbito da saúde infantil, remetendo especificamente à diversificação alimentar.

Neste âmbito, pudemos constatar que a nutrição é uma área de relevo em saúde infantil; uma nutrição adequada é definida como uma dieta consonante com as necessidades nutricionais e que promove níveis ótimos de crescimento e desenvolvimento global, particularmente cerebral, fortalecendo o potencial de aprendizagem e aumentando o potencial futuro de uma criança (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2017). Por sua vez, as deficiências nutricionais na infância podem causar diversas formas de malnutrição, diminuição da imunidade, aumento do risco de infeção, e dificuldade na recuperação em situação e doença (UNICEF, 2017).

O Plano Nacional de Alimentação Saudável (PNPAS), criado em 2012, consiste num conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos, tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e de saúde da população. Estas orientações, inseridas no Plano Nacional de Saúde, devem estar presentes nos ensinamentos efetuados às crianças e famílias.

Foi, também, promovida a adesão ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), sendo que as vacinas foram administradas segundo o esquema sugerido, já que “a vacinação é um direito e um dever dos cidadãos” (DGS, 2020) e o enfermeiro deve criar oportunidades de vacinação para as crianças e jovens, sendo responsável pela administração segura e eficaz das vacinas, prestando, assim, um contributo importante tanto na proteção da criança/jovem como da população em geral (DGS, 2020). Neste sentido, verificamos o cumprimento do PNV quer por parte das crianças e pais. *“A vacinação previne o aparecimento de doenças, torna possível a sua erradicação, eliminação ou controle e protege as pessoas de sofrimento e de morte. As vacinas permitiram salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico, melhoram o bem-estar dos povos, contribuem para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde e são um fator de desenvolvimento. O progresso da investigação científica e da tecnologia vão colocando à disposição da humanidade melhores vacinas e vacinas contra mais doenças”* (DGS, 2020).

As consultas que realizamos não se basearam somente na avaliação e no registo dos indicadores de crescimento e desenvolvimento, mas foi aproveitada a oportunidade para abordar questões relacionadas com a saúde, prestando atenção às preocupações dos pais, obter uma história relevante do desenvolvimento, realizar observações precisas da criança e partilhar opiniões com as Enfermeiras. Avaliamos também o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos e o que faziam para promovê-lo. Os ensinamentos eram sempre feitos de acordo com o grau de conhecimento e necessidades dos pais, por isso, proporcionamos ensinamentos que de modo geral visavam a prevenção de défices a nível da saúde e desenvolvimento da criança nunca esquecendo de valorizar as competências e conhecimentos já adquiridos pelos pais. Os registos de enfermagem foram feitos utilizando a linguagem CIPE.

As avaliações oftalmológicas da criança em “IDADES CHAVE” do seu crescimento são um imperativo (DGS, 2008). Neste sentido, realizamos a avaliação oftalmológica da criança nas idades preconizadas. Seguindo as recomendações do manual da DGS de Boas Práticas em

Oftalmologia (DGS, 2008) avaliamos sistematicamente a visão da criança e utilizámos testes para quantificação da acuidade visual, nomeadamente optótipos de imagens para os mais pequenos e a tabela de Snellen para os mais velhos. Ainda nas consultas de vigilância de saúde infantil, envolvemos ativamente os pais e a criança reforçando os seus papéis na aquisição de comportamentos promotores de saúde.

Foi ainda importante neste âmbito consultar os diversos programas e orientações como por exemplo o PNPAS, o Manual do Aleitamento Materno do Comité Português para a Unicef, o PNPSO, o texto de apoio Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da Maternidade, entre outros. Estes permitiram adquirir mais conhecimentos que foram preciosos no desempenho ao longo das consultas infantis realizadas durante o estágio.

A prestação de cuidados em contexto comunitário tem adquirido cada vez mais uma maior relevância, incidindo na prevenção da doença e promoção da saúde de forma a obter ganhos em saúde. A educação para a saúde engloba a vertente social, biológica, ambiental, psicológica, física e das ciências médicas para promover a saúde e prevenir doenças, deficiência e morte prematura através de atividades de mudança de comportamento voluntário orientadas para a educação (World Health Organization, 2012). Assim, melhorar a saúde e conseqüente qualidade de vida engloba mais que impelir a comunidade para modificarem comportamentos. Implica promover a sua literacia em saúde, dotando-a de conhecimentos para potenciar escolhas assertivas em prol da saúde. O contexto escolar é particularmente privilegiado à implementação de projetos que promovam a saúde nas crianças e nos jovens pois *“é a interação entre os ambientes e as pessoas que cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade”* (DGS, 2015). De facto, desenvolver ações que promovam precocemente comportamentos de busca de saúde permite que os alunos se tornem *“mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida”* (DGS, 2015).

No âmbito da prestação de cuidados à criança/adolescente colaboram vários enfermeiros, cada qual com a finalidade de desenvolver programas e projetos promotores da saúde nesta população. As enfermeiras com o encargo da saúde escolar estão encarregues dos programas PRESSE, o PNPSO, e o PNSR e o PASSE. Apesar da concretização do estágio estar condicionado pelas regras impostas pela DGS, desde o primeiro momento participamos nas diversas atividades que a UCC se encontrava a desenvolver. O PRESSE apoia a

implementação da educação sexual nas escolas de uma forma estruturada e sustentada, envolvendo um trabalho conjunto entre profissionais de saúde escolar e professores. É um programa implementado em escolas públicas e privadas da região (ARS NORTE, 2021). Este programa visa, contribuir para a diminuição de comportamentos de risco e para o aumento dos fatores de proteção em relação à sexualidade, contribuir ainda para a inclusão nos projetos educativos, de um programa de educação sexual estruturado e sustentado (ARS NORTE, 2021). O PRESSE tem como população-alvo alunos e professores do 1º, 2º, 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário, envolvendo também pais, encarregados de educação, pessoal não docente e restante comunidade (ARS NORTE, 2021).

Inicialmente o acesso à comunidade escolar estava condicionado por coincidir com o início do ano letivo. Por outro lado, a enfermeira tutora de saúde infantil também se encontrava a desempenhar tarefas no âmbito da saúde pública, em detrimento das suas tarefas habituais, nomeadamente na vigilância epidemiológica articulando com as escolas as medidas a serem tomadas, concretamente o rastreio, teste e isolamento profilático, com o qual colaboramos.

A possibilidade de poder colaborar com a equipa de saúde da UCC foi um momento privilegiado não só para o nosso desenvolvimento profissional, mas também porque permitiu-nos adquirir uma maior sensibilidade para a importância da promoção da saúde infantil e juvenil em contexto comunitário e nos ganhos em saúde consequentes da execução deste trabalho.

Consideramos assim, que adquirimos competências para promover o crescimento e o desenvolvimento infantil através dos cuidados prestados nas consultas de saúde infantil e juvenil.

Objetivo específico:

- Participar na assistência de enfermagem no âmbito de saúde infantil, nomeadamente visita domiciliária e massagem infantil.

Atividades desenvolvidas:

- Participar em duas sessões de Massagem Infantil;
- Conhecer a dinâmica do serviço no âmbito da visita domiciliária;
- Conhecer a dinâmica do processo da massagem infantil integrada na promoção da parentalidade;

- Constatar os benefícios da massagem infantil na Tríade.

Análise crítica:

A massagem do bebé é um conjunto de técnicas que se aplicam a qualquer criança. As vantagens são muitas, de acordo com estudos e investigações decorridas até aos dias de hoje. Os benefícios não se limitam só ao nível fisiológico, vão muito para além, pois aumentam o vínculo pais/bebé permitindo uma base de confiança, segurança e de aceitação emocional importante para o desenvolvimento positivo da personalidade do bebé. Mesmo que as condições para este vínculo não tenham sido as mais favoráveis, a massagem é um excelente meio para potencializar esta ligação (Associação Portuguesa de Massagem Infantil [APMI], 2003).

A massagem pode ajudar a aliviar: gases e cólicas, obstipação, dores gastrointestinais (digestivas), muco em excesso, dores de crescimento, tensão muscular, desconforto dos dentes, desorganização do sistema nervoso, sensibilidade ao toque, tensão física e psicológica e amaciar a pele. A interação inclui: promoção do “bonding”, promoção de uma vinculação segura, comunicação verbal e não verbal, tempo de qualidade para a família, competências comunicacionais pré-linguísticas, atenção unilateral, sentimento de respeito, o uso dos cinco sentidos, amor, tolerância, toque nutritivo, contacto precoce com ambos os pais, empatia e imitação. O Relaxamento pode ser demonstrado através de: melhoria nos padrões de sono, ajuda a normalizar o tónus muscular, aumento da flexibilidade, aumento dos mecanismos ambientais de *coping*, regulação dos estadios comportamentais, estar calmo, melhoria da capacidade de se acalmar (também conhecida como auto-regulação) redução dos níveis de stress e das hormonas de stress, níveis mais altos de relaxamento ou de hormonas anti-stress (como a ocitocina e a serotonina), redução dos níveis de hormonas do stress (como o cortisol e a noradrenalina), maiores níveis de dopamina, diminuição da hipersensibilidade ou menor hiperatividade (APMI, 2003).

Assistimos e colaboramos em duas sessões do curso de massagem infantil executadas pela Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), através da plataforma ZOOM. Este curso foi uma oportunidade bastante proveitosa, não só em termos pessoais, mas porque nos alertou para a importância da massagem enquanto estratégia promotora da vinculação e da ligação entre mãe/pai-filho. De acordo com Machado (2010) citado no Parecer nº16/2019 da Ordem dos Enfermeiros, “a massagem é uma forma de conhecimento e descoberta mútua, sendo uma ferramenta poderosa para fomentar a ligação afetiva” (OE,

2019). Estas sessões foram uma oportunidade para o esclarecimento de dúvidas que muitos pais colocavam e também de partilha de experiências. Para nós a oportunidade de participar nestas sessões permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre o tema e o desenvolvimento de técnicas de massagem ao RN, que poderão ser úteis no nosso desempenho profissional.

Apesar de só termos assistido/participado nas sessões de massagem infantil nos cuidados de saúde primários, também existe um Curso de Massagem Infantil ministrado pelos enfermeiros do serviço de NEO, aos pais de RN prematuros. Devido à pandemia não foi possível assistir a nenhuma sessão, uma vez que o curso estava suspenso. No entanto, salienta-se mais uma vez que a Massagem Infantil traz inúmeros benefícios ao RN, devendo ser um foco importante do EESIP porque é o profissional de saúde com maior proximidade do RN e pais detentor de um conhecimento específico nos domínios da vinculação, conforto e parentalidade.

Consideramos a visita domiciliária um elemento fundamental da vigilância e promoção da saúde. A visita domiciliária é uma consulta de enfermagem, realizada no domicílio, mas com características diferentes das consultas do centro de saúde, pois para além do que se pode fazer no mesmo, também pudemos observar e avaliar a segurança, as características e as condições de vida da família, que se podem constituir como promotoras do desenvolvimento e crescimento da criança.

A visita ao RN no regresso a casa do hospital torna-se também uma estratégia importante que fornece elementos efetivos de cuidados ao RN e aumenta a sobrevivência do mesmo, sendo recomendado a realização de pelo menos uma visita domiciliária nos primeiros 15 dias de vida, por profissionais de saúde qualificados, que podem prestar todos os cuidados essenciais para o fornecimento de cuidados preventivos e curativos (OMS, UNICEF, 2009). Do nosso conhecimento empírico, muitos pais sentem-se desamparados, com inúmeras dificuldades e deparam-se com sentimentos e emoções, que muitas vezes só são ultrapassados com ajuda. No hospital todas as dúvidas e dificuldades são apoiadas pelos profissionais que lá trabalham, nomeadamente pelos enfermeiros. Na nossa opinião, é fundamental ajudar os pais na transição para o regresso a casa, através da visita domiciliária, em que podemos fazer uma avaliação da tríade mãe/bebé/pai e apoiá-los nos seus cuidados. Todavia, devido às restrições da pandemia covid-19 não tivemos possibilidade de realizar a visita domiciliária.

Objetivos específico:

- Aprofundar competências de avaliação e controlo da dor.

Atividades desenvolvidas:

- Avaliar a dor através das escalas adequadas à idade;
- Utilizar medidas não farmacológicas de alívio e prevenção da dor;
- Gerir medidas farmacológicas de alívio e prevenção da dor.

Análise crítica:

Segundo a DGS (2012), os procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde, o que evidencia a importância da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para redução da dor, da ansiedade e do medo associados aos procedimentos invasivos. Sabendo que a dor não tratada na infância acarreta consequências nefastas na resposta à dor no futuro, podendo causar sintomas de stress pós-traumático, é essencial que o EESIP seja capaz de avaliar a dor através de escalas apropriadas à idade da criança e planear os procedimentos invasivos de forma criteriosa e humanista, de acordo com os guias de boas práticas, preconizados pela DGS.

No âmbito do estágio realizado na USF realizamos uma formação de pares sobre o tema “Dor na Criança”, que se será explorado mais à frente.

A dor, enquanto sinal vital, tem assumido, ao longo da última década, uma importância crescente no planeamento dos cuidados em enfermagem (OE, 2013). Por definição, a dor caracteriza-se por uma experiência individual, subjetiva e multidimensional, pelo que se torna relevante compreendê-la nas suas diferentes conceções e fatores associados, de forma a realizar uma avaliação e controlo eficaz da dor (OE, 2013). O controlo da dor apresenta-se como um direito fundamental do indivíduo, sendo que na criança este direito assume uma máxima importância, pelo seu carácter indefeso e vulnerável. O modelo conceptual de cuidados dos EESIP centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família. É, portanto, imprescindível que o enfermeiro saiba diagnosticar a presença e intensidade da dor na criança, de forma a conseguir controlá-la, através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2013).

Durante os diferentes contextos assistenciais tivemos a oportunidade de observar manifestações comportamentais de dor das crianças sujeitas a procedimentos dolorosos. Para além das medidas farmacológicas conhecidas para o controlo da dor, o enfermeiro deve estar desperto, conhecer e saber mobilizar simultaneamente medidas não farmacológicas de controlo da dor. Diversos autores defendem que a associação de medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas potencia os resultados (DGS, 2012; Hockenberry & Wilson, 2018). As estratégias não farmacológicas usadas na prevenção e tratamento da dor são em grande número e, podem ser organizadas em: comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais. Segundo Hockenberry & Wilson (2018), as estratégias não farmacológicas são seguras, não invasivas e de baixo custo, e a maior parte dependem apenas de intervenções de enfermagem. Os enfermeiros têm o dever de usar estas estratégias em benefício da criança e seus pais, desde as mais complexas às mais simples.

Destacamos a consulta do Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2013) na orientação da prática de enfermagem na área de intervenção do controlo da dor na criança, em resultado de tomadas de decisão concertadas dos enfermeiros. O uso dos diversos materiais permite o desenvolvimento de estratégias comportamentais e cognitivas que favorecem o controlo da dor, como o relaxamento, a modelagem e a distração.

Desta forma, destaca-se a importância das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança, permitindo que esta seja capaz de gerir a ansiedade e o medo que, geralmente, se encontram associados à execução de procedimentos dolorosos. É da inteira responsabilidade do enfermeiro justar estas intervenções à situação específica de cada criança e família.

Durante o estágio que decorreu no SUP, ao participar na realização de vários procedimentos invasivos, procuramos, juntamente com a equipa de enfermagem, implementar intervenções de alívio da dor, tais como: planear os procedimentos invasivos, através da preparação da sala de tratamentos, proporcionando um ambiente privado, calmo e agradável; preparar e instruir os pais acerca do procedimento e da melhor forma de apoiarem os seus filhos; preparar a criança/adolescente através de estratégias de comunicação adaptadas à sua etapa de desenvolvimento; dar permissão para chorar; utilizar estratégias sensoriais e cognitivo-

comportamentais de alívio da dor, tais como a distração, os exercícios respiratórios, a contenção com lençol, a sacarose a 24%, a sucção não-nutritiva e o reforço positivo e utilizar estratégias farmacológicas de alívio da dor, como é o exemplo do EMLA creme®, em situações em que era possível prever a necessidade de manobras invasivas da pele (DGS, 2012). Ainda referente ao controlo da dor em contexto de SUP, a equipa de enfermagem deu-nos a conhecer os projetos que estão em fase de planeamento, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem neste serviço. Desta forma, compreendemos que o controlo da dor é um assunto emergente e muito debatido em contexto de urgência pediátrica, visto que constitui, não só um elemento chave na triagem de Manchester, como também, uma das sensações negativas mais frequentemente provocadas pela necessidade constante de execução procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, o que incita a uma constante reflexão e esforço com vista a atingir o controlo efetivo da dor em crianças. Desta forma, destacamos os projetos: “Projeto de Melhoria Contínua – Tratamento Não-farmacológico da Dor no Cuidar da Criança na Urgência de Pediatria” e o “Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade na Avaliação da Dor no Serviço de Urgência de Pediatria Evidenciada nos Registos de Enfermagem”. Estes projetos, desenvolvidos por EESIP, no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem, consistiam no planeamento de um conjunto de atividades/estratégias que visavam avaliar a abordagem da monitorização e vigilância da dor no serviço de urgência pela equipa de enfermagem, perceber as dificuldades na implementação de estratégias não farmacológicas no tratamento da dor e elaborar orientações para melhor a intervenção do enfermeiro no âmbito do tratamento da dor na criança. Os projetos ainda se encontravam numa fase inicial, não permitindo ainda a inferência de resultados. No entanto, demonstram a sensibilização da equipa de enfermagem para este tema.

No contexto da NEO, é *“reconhecido que os RN têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo”*, afetando negativamente o neuro desenvolvimento (DGS, 2012, p.3). O ambiente in-útero é protegido e contido, com estímulos rítmicos e suaves, com baixa luminosidade e sem ruídos nocivos. Por seu lado, o ambiente da NEO proporciona estímulos intensos, caracterizados por luz forte e ruídos de alta frequência, já que é um local equipado com material de alta tecnologia, imprescindível à sobrevivência do RN de alto risco (Neto, 2014). Por sua vez, os RN prematuros são, também, submetidos a vários procedimentos invasivos, incluindo venopunções, punções nos

calcâneos, inserção de cateteres e de sondas gástricas, intubação endotraqueal, aspiração das vias aéreas, entre outros (Arrais, 2014).

Para além disso, o facto de o RN não ter capacidade para verbalizar a sua dor, implica que o enfermeiro tenha um olhar atento para as suas respostas comportamentais, bioquímicas, respiratórias, cardiovasculares e digestivas, que poderão estar alteradas devido à presença de dor (Arrais, 2014). Desta forma, em contexto de NEO, participamos na avaliação da dor, em todos os turnos e sempre que necessário, tendo em conta que a dor é considerada o 5.º sinal vital e que devem ser utilizadas escalas adequadas e direccionadas para a idade gestacional (IG) do RN, condição física, características da dor e contexto de cuidados (DGS, 2012). As escalas utilizadas no serviço de NEO são a EDIN e a PIPP. Relativamente ao controlo da dor no RN, destacamos as estratégias utilizadas na NEO, que contribuem para a redução do stress, através da gestão eficaz dos estímulos ambientais. Importa, desta forma, reduzir o ruído e luminosidade intensa, promover o conforto, realizar manipulações mínimas que respeitem a disponibilidade do RN para interagir, promover a sucção não-nutritiva e incentivar a presença dos pais e a participação dos mesmos nos cuidados ao RN (DGS, 2012). Perante a necessidade de expor o RN a procedimentos invasivos/dolorosos, avaliamos a dor antes, durante e após os procedimentos e participamos no planeamento e implementação de intervenções de promoção do alívio da dor (como administração de leite materno ou de sacarose via oral, contenção física, sucção não-nutritiva, toque nutritivo, amamentação, contacto pele-com-pele, e/ou administração/manutenção de analgésicos em casos de procedimentos major).

Não obstante, atendendo ao modelo de parceria de cuidados, foi essencial partilhar conhecimentos com as famílias sobre as particularidades dos RNs prematuros e sensibilizar os pais acerca do impacto do ambiente e da sua presença na providência de cuidados desenvolvimentais e na implementação de estratégias de alívio da dor.

Sendo o controlo da dor um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, torna-se imperativo “avaliar, prevenir e tratar a dor” em todos os contextos em que a criança se encontra (DGS, 2012). Tendo em conta esta premissa, no âmbito dos cuidados de saúde primários realizamos uma formação de pares sobre “Dor na Criança”, pois alguns procedimentos realizados, como a administração de vacinas, são causadores de dor e desconforto na criança. O que pudemos constatar ao longo do estágio, é que este tema se encontra subvalorizado, não havendo monitorização e vigilância da dor de forma sistemática

aquando a realização dos procedimentos, nem uma intervenção no tratamento e alívio da dor na criança. Nota-se que, de forma individual e informal, são utilizadas algumas estratégias não farmacológicas, como a distração, dependendo da sensibilidade de cada enfermeiro.

Objetivo específico:

- Promover o papel parental no processo de enfermagem nos diferentes contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas:

- Apoiar os pais na amamentação;
- Apoiar os pais no desempenho e no processo de transição para a parentalidade;
- Identificar estratégias para a gestão de stress dos pais;
- Capacitar de conhecimentos ou habilidades os pais, em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, relativamente ao papel parental.

Análise crítica:

Um dos focos de enfermagem transversais a todos os contextos de estágio foi a Parentalidade. Esta tem sido descrita como um dos temas de saúde com maior relevância na sociedade atual. Sabe-se que o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett e Bullock, 2006).

Segundo Ateah (2003), a parentalidade é um dos mais importantes papéis a empreender durante o percurso de vida do indivíduo, mas também um dos mais desafiadores e recompensadores.

Segundo a CIPE a Parentalidade é definida como *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (International Council of Nurses, 2019).

Faz parte do exercício do papel parental satisfazer as necessidades da criança, sejam elas biológicas, físicas, emocionais, desenvolvimentais ou de saúde/doença (Sousa, 2012).

Relativamente aos cuidados de saúde primários, a Parentalidade é um foco essencial na área de intervenção do enfermeiro em todas as áreas de atuação. Assim, as consultas de vigilância de saúde infantil, são o momento ideal para intervir ao nível da promoção e apoio na transição na parentalidade. Na verdade, à medida que a criança vai evoluindo nos diferentes estádios desenvolvimentais, os papéis parentais também se vão alterando, surgindo a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências.

Meleis e coautores (2000), referem que a transição para a parentalidade pode enquadrar-se no tipo desenvolvimental e situacional. Na verdade, esta pode estar relacionada com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança, ou pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticos como o nascimento de uma criança prematura ou a doença crónica, que exigem a mudança de papéis e redefinição da identidade parental.

Promover a parentalidade visa o interesse superior da criança e defesa do seu direito ao amor e desenvolvimento harmonioso. O enfermeiro é o responsável por esta promoção interativa e contínua. A capacitação dos pais é fundamental para que adquiram capacidade na promoção de desenvolvimento infantil (Aragão, 2014).

No serviço de NEO, constatamos que perante a prematuridade do RN, os pais sentiam-se perdidos, não sabendo bem como reagir. A esta situação acresce o facto de o RN não corresponder ao bebé sonhado, pela figura pequena, magra, com múltiplos aparelhos e tubos em seu redor e com pouca capacidade de atenção e de reação. Durante o estágio pudemos observar sentimentos de medo, insegurança e incerteza que assolam estes pais; medo pelo estado de saúde dos filhos, medo de mexer, de tocar, de pegar, insegurança em relação às suas competências parentais e ainda incerteza quanto ao futuro próximo, à evolução do quadro clínico, e ao regresso a casa.

A vinculação pode também demorar a estabelecer-se uma vez que existe uma dificuldade real em assumir um papel ativo na prestação de cuidados. A presença da família durante o internamento da criança é tão importante, como é um direito, fundamental para o processo vinculativo (Jorge, 2004 cit por Rebelo, 2013). A amamentação e os cuidados de desenvolvimento são prioridades importantes no sentido de fomentar o fortalecimento do vínculo afetivo e consequentemente, a recuperação destes bebés (Rebelo, 2013). Promover

o contacto pele a pele é uma experiência gratificante e sensível para os pais e comprovamos ser extraordinária para o enfermeiro que a acompanha numa primeira vez. A debilidade e o poder do momento fazem da prestação de cuidados em NEO uma complexidade de sensações que provam o enfermeiro na sua prática e o motivam a ser cada vez melhor.

No estágio que decorreu no SUP, deparamo-nos com uma alteração no exercício da parentalidade. Os papéis e as responsabilidades parentais alteram-se quando a criança é hospitalizada, tornando os pais dependentes dos profissionais de saúde para se sentirem capazes de cuidar do filho. O que observamos foi que estes pais evidenciavam medo e insegurança pela situação crítica em que a criança se encontrava. Deste modo, enquanto a criança recebe cuidados emergentes da equipa de saúde os pais escolhem ficar mais à parte, deixando os profissionais tomar conta da criança. Numa fase mais estável, os pais começam a envolver-se nos cuidados.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências sobre a parceria de cuidados

Atividades desenvolvidas:

- Estabelecer uma relação de confiança com os pais;
- Incentivar a participação ativa dos pais na prestação de cuidados;
- Negociar a prestação de cuidados com os pais;
- Centrar os cuidados na parceria enfermeiro-família;

Análise crítica:

No decorrer do estágio realizado na UCC e na USF, com exposição às diversas realidades no âmbito dos cuidados de saúde primários, foi possível adquirir competências de prestação de cuidados centrados no desenvolvimento da autonomia das famílias no que concerne aos conhecimentos e capacidades dos pais para atender às necessidades desenvolvimentais da criança/jovem, através de uma abordagem que estima o conceito de parceria de cuidados.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de parceria de cuidados orientador dos cuidados de saúde em pediatria, que defende que a proteção, o estímulo e o amor são fatores determinantes no crescimento e desenvolvimento das crianças, valorizando o papel dos pais como os melhores intervenientes na ação de cuidar (Lopes, 2016). Em concordância, o

Institute for Patient- and Family-Centered Care© (IPFCC), definiu quatro princípios básicos no âmbito da parceria de cuidados:

- Dignidade e respeito: honrar as perspectivas e escolhas da criança/jovem e família e valorizar os seus valores, crenças e cultura em todos os aspetos da prestação de cuidados;
- Partilha de informação: o profissional de saúde deve ser imparcial na comunicação com a criança/jovem e família, providenciando informação útil, realista e não enviesada, de modo a promover tomadas de decisão informadas;
- Participação: a criança/jovem e família são encorajados a participar tanto nos cuidados como nas tomadas de decisão, de acordo com o nível de envolvimento que desejam;
- Colaboração: clientes, famílias, profissionais de saúde, instituições e organizações devem colaborar para o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas de saúde que promovam melhorias tanto nas instalações, como na formação dos profissionais e, consequentemente na prestação de cuidados.

Esta perspetiva do cuidado destaca a “colaboração com clientes e famílias de todas as idades, em todos os níveis de cuidados e em todas as condições de cuidados de saúde” (Johnson et al., 2008, p. VII), reconhecendo que a família é essencial para a saúde e bem-estar da criança e constitui um aliado fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Do mesmo modo, a implementação do modelo de parceria de cuidados, tanto no SUP, como na NEO/UCIN, constituiu um fator, não só facilitador do exercício do papel parental, mas também do estabelecimento de uma relação terapêutica entre o EESIP e a família. A valorização dos pais como os melhores intervenientes na ação de cuidar constitui um dos pilares dos cuidados em pediatria, visto que a proteção, o estímulo e o amor são fatores determinantes no crescimento e desenvolvimento das crianças (Lopes, 2016).

Tanto no contexto do SUP como na NEO, verificamos que todo o ambiente tecnológico e intensivista/invasivo inerente aos cuidados prestados, era um fator intimidatório para os pais. Trabalhar o foco da Parentalidade torna-se imprescindível para o EESIP que trabalha nestes serviços.

Assim, destacamos o projeto Crescer com Afetos do serviço de NEO, que apesar de ser multidisciplinar, evidencia a importância do papel do enfermeiro na promoção saudável da transição na parentalidade e vinculação ao RN prematuro. Por outro lado, em ambos os serviços, é valorizado o foco papel parental, tanto na avaliação e documentação das

necessidades da criança e família em cuidados de enfermagem, como no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua.

Corlett e Twycross (2006) referem que o indicador mais importante da qualidade dos cuidados é a oportunidade que os pais têm de ser incluídos nas decisões dos cuidados à criança. Os pais expressam uma necessidade de comunicação com a equipa de enfermagem e sugerem o estabelecimento de guidelines que forneçam uma clara compreensão do que esperar, quando e de quem. Uma comunicação efetiva e negociação entre pais e enfermeiros contribuem para o sentimento parental de oportunidade de envolvimento na tomada de decisão (Younget et al., 2006).

Surge, assim, o conceito de “cuidado centrado na família”, que traduz uma abordagem de parceria na tomada de decisão, relativa aos cuidados de saúde, entre a família e os profissionais de saúde. Esta linha de orientação é, atualmente, considerada como padrão em todo o mundo, nomeadamente nos cuidados de saúde em pediatria, na medida em que reconhece que a família é um aliado fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Johnson et al., 2008; Kuo et al., 2011). Após um consenso importante entre vários grupos, dos quais participaram: a American Academy of Pediatrics, o Institute for Patient and Family- Centered Care, o Family Voices e o Maternal and Child Health Bureau, emergiram os cinco princípios que norteiam a prestação de cuidados centrada na família, sendo que esta é frequentemente relacionada com níveis altos de satisfação das famílias, traduzindo cuidados de saúde de excelência em pediatria (Kuo et al., 2011).

Desta forma, procuramos reger a nossa prática em ambos os contextos assistenciais pela orientação destes princípios, que são: Partilha de informação – oferecer informação útil, aberta, objetiva e imparcial; Respeito pelas diferenças – respeitar a diversidade, os valores, a cultura, as tradições e as preferências de cuidados; Parceria e colaboração – convidar os pais a participar tanto nos cuidados como nas tomadas de decisão, de acordo com o nível de envolvimento que desejam; Negociação – os planos e os resultados desejados são sempre flexíveis e não necessariamente absolutos; Cuidados no contexto da família e da comunidade – os cuidados prestados e a tomada de decisão devem refletir o contexto em que a criança se insere, tendo em conta a sua família, casa, escola, atividades diárias e qualidade de vida dentro da comunidade (Kuo et al., 2011).

Objetivo específico:

- Aprofundar conhecimentos e habilidades de modo a minimizar do impacto da hospitalização nos diferentes contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas:

- Estabelecer uma relação terapêutica com o RN, criança, adolescente e família;
- Envolver a criança/família nos cuidados com uma abordagem centrada na fantasia e no brincar de modo a minimizar o stress da doença/hospitalização;
- Identificar fatores que afetam o RN, criança, adolescente e família e desenvolver estratégias de enfermagem de modo a minimizar o impacto da hospitalização;
- Efetuar pesquisa bibliográfica sobre fatores de stress da hospitalização do RN, criança, adolescente e família.

Análise crítica:

Este objetivo foi concretizado no âmbito do estágio realizado nos serviços de NEO e Urgência Pediátrica.

A hospitalização da criança é vista como uma situação crítica para os pais e para toda a família, relacionada com a mudança do ambiente físico e psicológico, separação dos restantes familiares, interrupção das atividades quotidianas, entre outros (Hopia, Tomlinson e Paavilainen, 2005). A adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização infantil exige da família novas formas de organização e requer o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes.

No estágio realizado em contexto hospitalar constatamos que os pais experienciavam dificuldades relacionadas com os aspetos familiares, laborais e ambientais, como o equipamento e as técnicas invasivas a que os seus filhos são sujeitos, sendo a equipa de enfermagem a principal fonte de apoio nesta fase.

Para os pais, a doença, a sua gravidade, a insegurança, o medo de não serem capazes de cuidarem do seu filho e corresponderem às expectativas dos enfermeiros, podem constituir barreiras ao desenvolvimento do seu papel parental, podendo este ficar desajustado, sobretudo no início do processo (Sabatés e Borba, 2005).

Consideramos que, tanto no SUP como na NEO, para além dos cuidados prestados ao RN, criança e adolescente, o foco de atenção deve incidir sobre os pais que sofrem com a situação

do seu filho e se sentem limitados por não conseguirem fazer nada. Assim sendo, os pais devem ser vistos com igualdade e respeito pela sua atuação.

Constatamos que à entrada do SUP, o medo do abandono e do desconhecido são comportamentos frequentes das crianças/adolescentes e dos pais perante a hospitalização e a possibilidade de internamento. O distanciamento e o contacto limitado entre os familiares e a reorganização da rotina familiar levam à quebra de rotinas, à ansiedade e angústia. Esta experiência é uma das mais traumáticas pelo pouco tempo de preparação e pelo ambiente estranho e ameaçador.

Assim, o acolhimento realizado no serviço de urgência funciona de forma a minimizar o medo e o stress sentido pelas crianças e pelos pais, pelo que ao longo do estágio refletimos que o primeiro contacto quando positivo, facilita as relações posteriores e diminui a tensão e angústia sentida pelos pais. Neste sentido, na nossa perspetiva, importa que o enfermeiro saiba reconhecer aquelas que são as principais fontes de stress, as necessidades e os mecanismos de coping da criança e família, de forma a pautar uma intervenção mais diferenciada e focalizada. Na criança os principais fatores de stress observados foram: físicos (dor e desconforto, privação do sono, mudança nos hábitos de vida diária), ambientais (pessoas desconhecidas, ambiente estranho, ruído, iluminação, sensação de stress entre os membros da equipa de saúde, comentários), psicológicos (falta de privacidade, conhecimento e compreensão inadequada da situação, a gravidade da doença, comportamento dos pais) e sociais (privação das brincadeiras).

Em relação ao serviço de NEO, verificamos que os pais se sentem stressados e ansiosos quando consideram que a causa do internamento do RN é grave, ou tem prognóstico reservado ou ainda se a situação é emergente. Os principais fatores de stress no RN observados foram: físicos (dor e desconforto, privação do sono) e ambientais (iluminação e ruído). Ao longo deste estágio, constatamos que o enfermeiro prepara os pais para a admissão na unidade explicando o que vai ser feito, o que se espera que aconteça, o ambiente físico que os aguarda e o comportamento esperado do RN. Em relação ao RN são minimizados os ruídos e a iluminação, sempre que possível, e os procedimentos são concentrados de forma a diminuir o número de manipulações.

Em ambos os serviços, o enfermeiro tem um papel crucial na minimização dos efeitos stressores relacionados com a hospitalização, pois tem privilégio de uma maior proximidade com o RN, criança e jovem e família. Observamos uma preocupação constante em estimular

a presença dos pais junto do RN, criança e jovem, promovendo a redução do medo e ansiedade dos mesmos, mobilizando recursos de suporte à família e realizando ensinamentos de cuidados antecipatórios fundamentais neste período.

Competências:

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

Objetivo específico:

- Aprofundar competências de comunicação com RN, criança, adolescente e famílias.

Atividades desenvolvidas:

- Utilizar diferentes formas de comunicação com a criança conforme o estágio de desenvolvimento;
- Estabelecer uma relação terapêutica com o RN, criança, adolescente e Família, com respeito pelas crenças e valores;
- Efetuar pesquisa bibliográfica sobre o processo de comunicação com o RN, criança, adolescente e Família de modo a selecionar a melhor estratégia para cada caso.

Análise Crítica:

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

No que concerne ao desenvolvimento de competências de comunicação adequadas tanto no relacionamento com a criança/jovem como na abordagem com a mãe/pai, ao longo do tempo foi possível desenvolver novas competências de comunicação terapêutica com a finalidade de adequar a comunicação verbal e não-verbal à idade e etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra, na tentativa de diminuir a ansiedade e promover um ambiente impulsionador de sentimentos de segurança para a criança, evidenciando os cuidados centrados na família.

A faixa etária da criança e o seu nível de desenvolvimento determinam em que fase do processo de pensamento e da linguagem ela se encontra, o que nos serviu de referencial para a comunicação com a mesma. Nos lactentes a comunicação não verbal é a mais importante, na medida em que estes são ainda incapazes de usar a linguagem e esta funciona em ambos os sentidos. Nestes, deve-se adotar tom de voz calmo e gentil para transmitir conforto e segurança. Na idade pré-escolar o pensamento é egocêntrico, pelo que a comunicação deve ser centralizada nelas mesmas. Exemplos baseados na experiência de outras crianças não têm utilidade. Não têm capacidade de trabalhar com conceitos abstratos, pelo que lhes deve ser permitido tocar e experimentar para que compreendam. Devem ser evitadas analogias pois compreendem o exemplo de forma literal. Em idade escolar as crianças procuram explicações e razões para tudo, confiam mais no que sabem do que no que vêem. Assim, nesta idade é fundamental explicar o que vai acontecer, porque vai acontecer e como vai acontecer. As crianças desejam saber como funciona determinado objeto, para que é usado e o objetivo do uso. Nesta idade há uma particular sensibilidade a qualquer coisa que constitua ameaça de lesão corporal a qual se estende também aos seus objetos pessoais. Ouvir as preocupações da criança ajuda a encontrar atividades que diminuam a ansiedade. O estado de transição entre a infância e a idade adulta em que se encontram os adolescentes constitui um desafio acrescido em termos de comunicação. Devem-se prever flutuações na comunicação e reação aos acontecimentos e procedimentos que podem variar entre a cooperação, hostilidade e raiva. Os adolescentes precisam de ter a certeza absoluta de que o que é dito é confidencial e eventualmente ter necessidade de falar na ausência dos pais (Hockenberry & Wilson, 2018).

Ao longo do estágio, no SUP e no serviço de NEO, foi possível aprofundar competências de comunicação terapêutica, promovendo um ambiente impulsionador de sentimentos de

segurança para as crianças e para os pais, incluindo interações recíprocas e processos comunicacionais essenciais ao cuidado em contexto hospitalar.

Participamos nos cuidados de um RN proveniente do bloco de partos vindo para a UCIN, em estado muito grave, o que evidenciou a importância subjacente da comunicação não-verbal e do significado de “estar presente” num momento tão avassalador para uma família. Consideramos fulcral oferecer conforto e auxiliar os pais para que não percam a esperança nem o rumo, proporcionando sentido à experiência dolorosa através, não só de palavras mas também de gestos.

Em contexto de emergência, os pais podem não se sentir capazes de questionar e informar com clareza. A comunicação nem sempre é eficaz. Assim, é importante que a equipa esteja desperta às preocupações da família para que se possa decidir com fundamento e orientar uma decisão informada (O’Malley et. al, 2008, cit por Escudeiro, 2015). Avaliar e decidir mostrou-se complexo, por vezes, pela dificuldade em obter dados perante o stress sentido por aqueles que procuram o serviço de urgência. Melhoramos um aspeto da comunicação, a comunicação não-verbal, para que o plano terapêutico, a intervenção e os resultados possam ser mais adequados e eficazes, como é responsabilidade dos profissionais de saúde (Araújo et al., 2007 cit por Tomás, 2017).

Em relação aos CSP uma boa comunicação é indispensável aos cuidados prestados, uma vez que é uma área que prima pela literacia em saúde e pelo empowerment. Por isso, neste contexto desenvolvemos estratégias diferentes de comunicação de acordo com as atividades desenvolvidas nas consultas de vigilância de saúde infantil, nas ações de formação no âmbito da saúde escolar e no âmbito da promoção da parentalidade.

Competências

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde à família de modo a estimular comportamentos saudáveis/preventivos.

Atividades desenvolvidas:

- Identificar necessidades formativas dos pais;
- Realizar uma sessão de educação para a saúde de acordo com as situações de Deficit de conhecimentos dos pais.

Análise crítica:

As áreas de atenção e intervenção em enfermagem pediátrica têm como foco a criança e a sua família. A parceria entre o profissional de saúde e os pais é essencial, já que possibilita uma identificação conjunta de necessidades, assim como o planeamento de intervenções adequadas ao problema identificado. A informação transmitida aos cuidadores deverá ser fidedigna e baseada nas evidências mais atuais. Com efeito, os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria que, na sua prática, lidam com lactentes necessitam, para que os interesses da criança sejam devidamente protegidos e promovidos, de esclarecer as dúvidas e receios dos pais de forma a promover o desenvolvimento salutar da criança.

Segundo Hockenberry e Wilson (2018), a educação para a saúde é inseparável da defesa da família e da prevenção. É uma área em que os profissionais necessitam de preparação e prática já que envolve a transmissão de informação de acordo com os conhecimentos e capacidades da família e o seu desejo à informação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da criança e do jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto para promover o mais elevado estado de saúde possível, proporciona educação para a saúde, assim como reconhece e mobiliza recursos de suporte e apoio à família. O mesmo deve prestar cuidados de nível avançado procurando responder ao “mundo” da criança (OE, 2018). A capacidade dos enfermeiros para trabalhar em parceria com os pais é uma competência essencial para alcançar melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2012).

A DGS (2013) reconhece que os cuidados antecipatórios são um fator de promoção da saúde e prevenção da doença, especificamente facilitando aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho do papel parental.

A Síndrome de Morte Súbita no Lactente (SMSL) tornou-se um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, dado que constitui uma das principais causas de morte na infância e, em geral, é a terceira principal causa de mortalidade infantil (Findeisen et al., 2004; Araújo, 2014; Matoso, 2019).

Em muitos países, as campanhas públicas de sensibilização para a prevenção da SMSL, resultaram numa acentuada diminuição da incidência da morte súbita (Moon et al., 2007). Apesar da incidência de SMSL variar de país para país, em todos os que foram realizadas campanhas para a prevenção da SMSL, houve uma redução considerável desse mesmo número (Romero e Piquer, 2003).

Após a identificação da posição prona (decúbito ventral) para dormir como principal fator de risco para SMSL, as campanhas de sensibilização advertindo os cuidadores para evitar essa posição resultaram numa redução significativa da mortalidade por SMSL. Além disso, foi também verificado que a decisão dos pais de modificar a posição para dormir, é influenciada pela orientação recebida de profissionais da área da saúde (Nunes et al., 2001).

Face à consciencialização desta problemática, constata-se que a prevenção da SMSL é ainda pouco divulgada, bem como os seus fatores de risco. Torna-se, assim, indispensável a educação dos cuidadores neste aspeto, já que só assim será possível obter ganhos em saúde significativos para a criança e para os seus cuidadores.

Neste contexto, a prevenção é fulcral para a diminuição da incidência destes casos, pelo que a educação para a saúde assume um papel de destaque nesta área. Apesar de haver uma constante preocupação em atualizar publicações, legislação e normas de boas práticas relativas à segurança infantil, continuam a existir oportunidades de melhorias, recorrendo à literacia da comunidade relativamente aos fatores de risco, medidas preventivas e ações a adotar perante situações de risco (Associação para a promoção da segurança infantil, 2017).

A intervenção do enfermeiro deve ser centrada na promoção do papel parental e consiste em estabelecer uma relação de abertura e diálogo com cuidadores, disponibilizar a informação, facilitar a expressão de sentimentos e promover estratégias para aumentar as competências parentais.

Tendo em conta estas premissas e, tal como já foi explanado anteriormente, os fatores de risco relativos ao ambiente onde a criança dorme assumem um papel preponderante na

prevenção da SMSL, sendo que o ajuste dos mesmos no dia-a-dia de cada família poderá ser a base da promoção de um sono seguro para os lactentes.

Neste contexto, a sessão de educação para a saúde, que apresentamos foi dirigida às mães a frequentar o curso de preparação para o parto, instrumento importante no âmbito da prevenção da SMSL, uma vez que visou aumentar o conhecimento das mães, a frequentar o curso de preparação para o parto, sobre prevenção da SMSL e recomendações práticas para a sua prevenção (Apêndice II).

Após a apresentação dos resultados, concluímos que o objetivo educacional foi largamente concretizado. As mães referiram ter adquirido conhecimentos no domínio do conceito da SMSL e das recomendações práticas de prevenção da mesma.

Deste modo, consideramos que este tema deve ser reforçado no âmbito da preparação e promoção da parentalidade, nomeadamente nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências no âmbito de educação para a saúde à criança/família no âmbito da Saúde Escolar.

Atividades a desenvolver:

- Identificar necessidades formativas das crianças no âmbito da saúde escolar;
- Realizar 1 sessão de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar.

Análise crítica:

O Enfermeiro tem o dever, e possui competências específicas para promover a saúde num grupo ou comunidade, mediante ações de educação de forma a obter ganhos em saúde, sendo que nos adolescentes, a intervenção por parte do Enfermeiro tem importância acrescida. Desta forma, é fulcral que o enfermeiro desempenhe ações educativas que visem incrementar a capacidade de distinguir vivências emocionais e afetivas, interpretando-as e integrando-as adequadamente no contexto do desenvolvimento pessoal (Ferreira et al, 2004).

No contexto de pandemia como aquele que se vive atualmente, a higiene das mãos tem um papel especialmente relevante e é a medida mais efetiva para prevenir a infecção por SARS-CoV-2 (DGS, 2020). No dia 15 de outubro, assinala-se o Dia Mundial da Lavagem das Mãos. O objetivo da efeméride é motivar as pessoas a lavar as mãos com sabão, com frequência, para prevenir doenças e infecções.

Neste sentido, no âmbito da saúde escolar, consideramos pertinente apresentar na escola do primeiro ciclo, após reunião com a direção da escola, uma sessão de formação sobre a Higiene das Mãos (Apêndice III). Os objetivos foram explicar a importância da higiene das mãos como principal medida de prevenção de infecção, compreender que podem existir microrganismos (vírus, bactérias e fungos) em todas as superfícies e que as mãos podem estar contaminadas, mesmo que não estejam visivelmente sujas, descrever e demonstrar os passos adequados na lavagem das mãos, identificar a necessidade de lavar as mãos, treinar a lavagem das mãos e verificar a sua eficácia. A sessão decorreu muito bem, foi bastante dinâmica, interativa e prática pelo que os alunos demonstraram bastante interesse e participação. Para tal organizamos a sessão, com a visualização de vários vídeos sobre a importância e técnicas de lavagem das mãos, jogos interativos e ainda tiveram oportunidade de realizar o teste à Lavagem das Mãos com o aparelho Luminol, tal como as oferendas de flyer com a técnica da lavagem das mãos, diploma de participação e oferta de um lápis. Com esta planificação e estratégias a sessão revelou-se muito motivadora para os alunos. Os objetivos propostos foram alcançados com êxito e foi motivo de muita satisfação para a comunidade escolar.

Competências:

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

Objetivo específico:

- Conhecer e utilizar o processo de Triagem de Manchester à criança, adolescente e família no serviço de urgência pediátrica.

Atividades a desenvolver:

- Consultar os referenciais teóricos de apoio à triagem
- Colaborar na Triagem de Manchester no SUP;
- Realizar triagem a RN, criança e adolescentes, com o apoio da tutora.

Análise Crítica:

Sendo o SUP uma porta de entrada de crianças/jovens com condições clínicas de instalação súbita, inesperada e, por vezes ameaçadora, este constitui uma das áreas mais sensíveis dos cuidados de saúde. Este facto emerge a necessidade de um sistema estruturado e sistematizado de apoio aos profissionais de saúde que permita uma identificação rápida dos clientes, para que estes sejam observados por ordem de necessidade clínica, e não por ordem de chegada (Aacharya, Gastmans & Denier, 2011; Sheehy, 2011).

O termo triagem deriva do termo francês *trier*, que significa escolher ou selecionar e é, também, frequentemente empregue como sinónimo de alocar ou racionalizar recursos (Funderburke, 2008; Iserson & Moskop, 2007). Em Portugal, o sistema de triagem comumente utilizado é o Sistema de Triagem de Manchester e é efetuado por enfermeiros com formação neste âmbito que, seguindo algoritmos de decisão, atribuem à criança/jovem uma cor que determina o grau de gravidade da situação e o tempo máximo de espera para admissão (DGS, 2018)

A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos. O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão (no total 52 que podem abranger situações clínicas possíveis). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min) (DGS, 2018).

Segundo a DGS (2018), o enfermeiro assume um papel primordial na tomada de decisão clínica, devendo munir-se de competências de interpretação, discriminação e avaliação por forma a triar o cliente de uma forma eficaz e segura. A participação nesta área tão importante

do cuidar em contexto de estágio no SUP permitiu-nos compreender que durante este processo de “contra-relógio”, o enfermeiro utiliza, tanto o raciocínio e o reconhecimento de padrões, como a sua intuição, que resulta dos conhecimentos e das aptidões profissionais da prática clínica e está profundamente relacionada com a perícia (DGS, 2018).

Assim, em relação a este objetivo, ao colaborar e realizar triagem compreendemos que o sistema permite estabelecer uma prioridade clínica baseada na queixa apresentada, mas não formula um diagnóstico. Assim, tendo em conta a queixa apresentada, o sistema fornece-nos uma lista fluxogramas, que abrangem quase todas as situações comuns, em que uma vez selecionado o fluxograma o enfermeiro percorre os discriminadores, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. Deve salientar-se que, os fluxogramas cruzam informação entre si, garantindo que mesmo que um determinado número de queixas possa conduzir a mais do que um fluxograma, não permite nunca a atribuição de uma prioridade inferior para a mesma queixa. O enfermeiro na triagem deve estar dotado de conhecimento e experiência para que o primeiro passo na entrada no hospital seja o mais adequado e todo o processo restante possa ocorrer da forma mais justa e segura.

Apesar de necessitar de mais prática, desenvolvemos capacidade de tomada de decisão neste sentido. Ao longo do estágio no SUP realizamos cerca de 50 triagens com supervisão da enfermeira tutora. Apesar da dificuldade inicial, relacionada com o desconhecimento acerca do funcionamento do sistema, conseguimos ultrapassar as barreiras e adaptarmo-nos às especificidades do mesmo. No entanto, questionamos se este será o sistema ideal de triagem pediátrico, já que os fluxogramas e discriminadores encontram-se mais direcionados para a sintomatologia do adulto. Somos da opinião que o sistema de triagem canadiano (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*) é mais adequado à área pediátrica. Este consiste numa escala com 5 níveis que classifica a pessoa, com base num processo que inclui 3 passos: impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, avaliação da queixa/motivo de consulta e avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. A dor tem um papel determinante na classificação da urgência. Define os tempos de atendimento médico por nível de prioridade associados a cores e um manual com a descrição e detalhamento das características clínicas em cada nível para atendimento pediátrico: nível 1 – emergente (cor vermelha) = 0 minutos; nível 2 – muito urgente (cor laranja) = 15 minutos; nível 3 – urgente (cor amarela) = 30 minutos; nível 4 – pouco urgente (cor verde) = 1 hora; nível 5 - não urgente (cor azul) = 2 horas (DGS, 2018).

Objetivo específico:

- Aprofundar conhecimentos e habilidades no âmbito da assistência à criança em situação de emergência

Atividades desenvolvidas:

- Entender o papel da equipa de enfermagem e multidisciplinar, na abordagem à criança e adolescente em situação emergente;
- Participar no cuidado à criança e adolescente na sala de emergência;
- Promover momentos de reflexão sobre atuação em situações complexas;
- Refletir criticamente sobre a ação realizada.

Análise Crítica:

Este objetivo foi concretizado no estágio desenvolvido na NEO e no SUP.

No SUP, apesar de alguns casos admitidos durante o estágio serem classificados como não-urgentes e terem potencial de resolução em contexto de cuidados de saúde primários, tivemos oportunidade de cuidar, tanto de crianças referenciadas pelo médico assistente, como de crianças que atenderam ao SUP por iniciativa dos pais, com necessidade de cuidados de saúde urgentes. Em termos de diagnósticos, os mais frequentes incidiram sobre febre, gastroenterites agudas, infeções respiratórias e infeções do trato urinário, no entanto, os casos que se destacaram pela complexidade de atendimento e tratamento atempado, foram dois casos, um caso de desidratação grave, resultante de gastroenterite aguda numa criança de três anos de idade, e outro caso resultante de uma hipoglicemia (20mg/dl) numa criança de dois anos de idade. Ambas as crianças necessitaram de internamento hospitalar após restabelecimento das suas funções em contexto de urgência. De referir que a desidratação continua a ser um problema prevalente na população pediátrica, sendo que o risco de complicações por desidratação agrava em proporção inversa à idade da criança (Salgado, Martins, Sousa & Bernardo, 2009).

A hipoglicemia define-se como presença de valores de glicose sanguínea abaixo de 45 mg/dl (<2,6mmol/L) e é uma alteração metabólica frequente, e presente em várias condições endócrino-metabólicas. Os valores de glicemia abaixo de 55-60mg/dl devem ser considerados suspeitos sobretudo se a criança apresentar sintomas associados.

Deve ser detetada e tratada atempadamente sobretudo nas idades mais jovens tendo em vista a prevenção de potenciais sequelas neurológicas (SPP, 2016).

O enfermeiro é o profissional com maior proximidade da criança e família no SUP. Este adquire, assim, uma posição de proximidade que lhe permite, não só prestar cuidados com elevada destreza técnica e científica, mas também dar ênfase à singularidade da criança e família, respeitando a sua expressão de sentimentos e angústias e elaborando um plano de cuidados que abranja os vários aspetos do cuidar físico, emocional e relacional (Andrade et al, 2017).

Mais ainda, foi possível compreendermos a importância e o impacto do trabalho em equipa, não só entre enfermeiros, mas também com a equipa multidisciplinar. De facto, num serviço que acolhe crianças em condições graves de saúde, com problemas agudos e risco de deterioração rápida, o tempo torna-se escasso e o conhecimento aprofundado das possibilidades e dos limites, aliado a uma comunicação exímia, fazem com que a prestação de cuidados de excelência flua em detrimento da criança doente (Andrade et al., 2017).

No estágio desenvolvido na NEO, tivemos as mais variadas oportunidades de cuidar de RN de termo e pré-termo vulneráveis. Neste contexto, participamos na prestação cuidados de elevada complexidade, baseada na abordagem de cuidados centrados no RN e sua família, através de um modelo holístico do cuidar em enfermagem, adquirindo uma autonomia progressiva. Este contexto de prestação de cuidados foi importante para desenvolver e aprimorar atitudes, habilidades e competências técnicas, científicas e emocionais. Assim, participamos no planeamento e implementação de uma conceção de cuidados de enfermagem promotora do exercício do papel parental e baseada na ontologia de enfermagem. Esta impulsionou à melhoria de competências baseadas na resolução de problemas espelhados na prática clínica e constituiu uma ferramenta de aprendizagem, visto que incitou ao pensamento crítico-reflexivo na avaliação da coerência e da consistência das tomadas de decisão em enfermagem.

3.2 Competências do Domínio da Gestão

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. É um elemento ativo na gestão do risco, otimizando o ambiente centrado na pessoa e

promovendo a prevenção de incidentes. Para além disso, colabora na gestão de recursos adequados às necessidades de cuidados, contribuindo para a garantia da qualidade dos mesmos (OE, 2019).

Neste sentido, no domínio da gestão, o EESIP, assume um papel importante na equipa de saúde, sendo um elemento de referência, um dinamizador e um elo de ligação entre os vários intervenientes na área da saúde.

Competência:

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

Objetivos específicos:

- Conhecer a metodologia de gestão nos diferentes contextos de estágio.

Atividades a desenvolver:

- Observar os diferentes estilos de gestão adotados em cada serviço;
- Refletir de forma crítica sobre os estilos de liderança adotados pelos enfermeiros chefes;
- Refletir sobre modelos e estratégias de gestão de cuidados nos diferentes contextos;
- Acompanhar a Enfermeira Chefe no exercício das suas funções;
- Conhecer a gestão dos recursos humanos (plano de trabalho) e recursos materiais (aquisição e distribuição de stocks).

Análise crítica:

A atual carreira de Enfermagem compreende três categorias: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor. Ao Enfermeiro Especialista no domínio da gestão cabe, para além do conteúdo funcional de Enfermeiro “*coordenar a supervisão clínica de estudantes de enfermagem; coordenar a supervisão clínica de enfermeiros especialistas da sua área de especialidade; coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional (...) colaborar nos processos de avaliação de desempenho dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, desde que funcionalmente dependentes; participar*

em projetos institucionais na área da acreditação e certificação, gestão da qualidade e do risco, em particular na sua área de especialidade; integrar júris de procedimentos concursais para recrutamento de enfermeiros e enfermeiros especialistas na sua área de especialidade” (Decreto-Lei nº71/2019).

Ao longo do estágio nos 3 contextos foi notório papel do EESIP no domínio da gestão, evidenciando o papel preponderante que este tem dentro da equipa.

A atividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão. Para assegurar todas as suas atividades é dotada de recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos próprios, assente num modelo de gestão participativa, com enfoque para a solidariedade, trabalho de equipa, cooperação e comunicação entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.

São as únicas unidades funcionais onde o coordenador é “(...) *designado de entre enfermeiros com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista, com experiência efetiva na respetiva área profissional*”, e portanto o elemento que integra as funções de gestão. A gestão relativa aos programas de saúde é da competência dos Enfermeiros Especialistas, sendo que a gestão das atividades relativas ao PNSIJ é da responsabilidade o EESIP (Ministério da Saúde, 2009).

Durante o estágio na UCC foi possível constatar que o EESIP desenvolve funções de gestão, nomeadamente na coordenação de programas de intervenção na sua área de especialização e na colaboração com a equipa multidisciplinar na definição e planeamento de objetivos e atividades e na monitorização de indicadores e ganhos em saúde.

Relativamente à USF onde estagiamos era uma USF Modelo A. O Método de Trabalho utilizado é o do Enfermeiro de Família, sendo esta a sua unidade de cuidados, prestando-lhe cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida, contribuindo para a ligação entre a família, outros profissionais e os recursos na comunidade (Ministério da Saúde, 2014). Aqui, a vigilância de saúde da criança não está a cargo apenas do EESIP, uma vez que é feita a distribuição das famílias por todos os Enfermeiros em função do médico de família. No entanto, o EESIP, sendo detentor de conhecimentos e competências avançadas na área da

saúde infantil e pediátrica, tem um papel determinante como consultor e gestor das atividades desenvolvidas nesta área.

Em contexto hospitalar decorreram o SUP e a NEO que encontram-se em processo de candidatura à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Os dois serviços concorrem a esta candidatura na área da especialidade de saúde infantil e pediátrica, tendo o EESIP um papel ativo na coordenação e gestão deste processo. Durante os estágios pudemos acompanhar e conhecer os projetos em desenvolvimento nestas áreas, sendo um contributo importante na nossa aprendizagem.

Como exemplo, destacamos os seguintes projetos coordenados por enfermeiros especialistas:

➤ SUP: tratamento não-farmacológico da dor no serviço de urgência pediátrica; o enfermeiro como promotor da qualidade e segurança, gestão do medicamento a urgência pediátrica; qualidade, segurança, uniformização dos cuidados de Enfermagem à criança e adolescente na sala de emergência pediátrica; cuidados centrados na família; contributo da identidade visual para a qualidade e eficácia para a qualidade e eficácia da comunicação no SUP; a segurança do Paciente: contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados; promoção da vinculação e parentalidade.

➤ NEO: Crescer com Afetos; dinamização do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE); planeamento da Formação Contínua; Norma de orientação de registos no SClínico – Papel Parental.

Destacamos ainda o papel das tutoras na supervisão e orientação de alunos e integração de outros profissionais.

Em ambos os serviços o método de trabalho usado era o método individual, embora fosse bem notória a existência de uma filosofia de trabalho em equipa e entreajuda.

A gestão dos serviços era da responsabilidade da Enfermeira Chefe, que delegava algumas funções no Enfermeiro responsável de turno. Da responsabilidade da Chefe, verificava-se a gestão de recursos humanos, nomeadamente elaboração da escala e plano de férias, avaliação de desempenho, participação do processo de contratualização interna para o serviço e participação nas comissões de escolha de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados. Era ainda responsável pela gestão de recursos materiais e de equipamento embora

delegasse com frequência esta função no responsável de turno, sempre um enfermeiro especialista, desde que houvesse um escalado para o turno.

Assistimos ainda à função da Enfermeira Chefe e dos EESIP enquanto promotores da qualidade dos cuidados, nomeadamente nos momentos de passagem de turno onde tinham muitas vezes um papel de validação dos cuidados prestados e de articulação com a equipa multidisciplinar.

É de realçar a filosofia da instituição na valorização dos enfermeiros especialistas nas suas áreas de intervenção, privilegiando os cuidados diferenciados e projetos inovadores e de melhoria da qualidade. Assim, nos serviços, os EESIP exerciam funções importantes como dinamizadores e elos de ligação a comissões hospitalares e equipa multidisciplinar, destacando-se áreas como: SIE, Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), Gestão do Risco e Formação Contínua.

Assim, pudemos desenvolver conhecimentos e capacidades ao nível do planeamento e organização dos cuidados, monitorização dos resultados inerentes às intervenções de enfermagem, implementação de medidas pró-ativas no âmbito de Precauções Básicas de Controlo de Infeção e gestão de risco hospitalar, nomeadamente na segurança do doente e da equipa de saúde.

O presente projeto de investigação/ação tem como principal objetivo conhecer o perfil de resiliência das famílias de crianças internadas no serviço de pediatria aplicando o Questionário de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin (1993). Após conhecimento da realidade no serviço é pretendido desenvolver e implementar um programa de promoção da resiliência familiar.

3.3 Competências do Domínio da Formação

O Enfermeiro Especialista promove a melhoria da qualidade, através da avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, da eventual revisão das mesmas e da implementação de programas de melhoria contínua. Para além disso, demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e profissionais (OE, 2019).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais de forma a cuidar de criança/jovem e família com a máxima qualidade, antecipando e dando resposta às necessidades dos mesmos. Desta forma, é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017).

Competências:

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

Objetivo específico:

- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista no âmbito da formação nos diferentes contextos de estágio.

Atividades desenvolvidas:

- Acompanhar o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica no exercício das suas funções no âmbito da formação em serviço;
- Analisar de forma crítica o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica no âmbito da formação em serviço.

Análise crítica:

Relativamente a este objetivo procuramos, em todos os contextos de estágio, compreender o papel do enfermeiro especialista no âmbito da formação em serviço.

Segundo a carreira de enfermagem, o enfermeiro especialista desempenha funções de consultadoria de natureza técnico-científica; de definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e monitorização de resultados obtidos; de coordenação da formação e de identificação de oportunidades relevantes para a investigação em saúde (DL nº71/2019).

Um bom desempenho implica uma atualização permanente, pois a formação inicial, por si só, não confere ao indivíduo saberes suficientes e estáveis ao longo da vida profissional. Deste modo, a formação dos enfermeiros “assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica”, devendo ser “planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços” (DL nº71/2019, p. 2642).

A formação em serviço deve refletir sobre a prática e dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma ferramenta importante para a atualização, a inovação, a criatividade e a responsabilidade individual.

Num contexto tão específico e abrangente como o da área da saúde infantil e pediátrica, é determinante a existência de uma formação contínua, que integre uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de garantir a melhor prática de cuidados à criança/jovem e família (OE, 2017).

Assim, tivemos a oportunidade de conhecer os diferentes programas de formação nos diferentes contextos. Em todos os serviços, o plano de formação é elaborado por um enfermeiro especialista, em articulação com o enfermeiro gestor.

Os planos de formação são efetuados anualmente, segundo as necessidades formativas das equipas. Destacamos o estágio desenvolvido na NEO em que a enfermeira tutora era a responsável pela formação em serviço. Uma das etapas mais importantes no planeamento da formação é o diagnóstico das necessidades, pois esta deve ir de encontro às expectativas e necessidades de toda a equipa e deve refletir os objetivos dos planos de atividades definidos para o serviço e para a instituição. Assim, no final do ano, o coordenador da formação faz avaliação das necessidades formativas gerais da equipa através da aplicação de um questionário. Para além disso, no serviço de NEO, a enfermeira reúne com as restantes especialistas para a identificação das necessidades formativas no âmbito da especialidade. Ainda neste contexto, em articulação com o enfermeiro gestor, são identificadas as áreas relevantes em que deve incidir o plano de formação de acordo com os objetivos definidos para o serviço e instituição. Os resultados obtidos são apresentados em reunião de serviço, onde se definem grupos de trabalho, critérios para a escolha dos formadores e estratégias para implementação das ações de formação.

O coordenador da formação elabora então um plano, onde estão explanadas todas as etapas referidas e onde é apresentado o cronograma da formação.

Do que pudemos observar em todos os grupos de trabalho está inserido um enfermeiro especialista, uma vez que é considerado como aquele que detém um maior conhecimento técnico-científico na área de saúde infantil e pediátrica.

As ações de formação são implementadas pelos formadores, em parceria com o coordenador da formação, que é responsável pela validação dos documentos (plano de sessão, folha de presença e sumários). No final de cada formação é aplicado um questionário para avaliação da satisfação de todos os intervenientes. No final do ano é realizada uma avaliação geral sobre o plano de formação, nomeadamente ao nível do impacto na prática e elaborado um relatório final.

Concluimos que a este nível, pudemos compreender a importância da identificação das necessidades formativas da equipa, que traduza as dificuldades sentidas na prática e possa contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e satisfação dos utentes e profissionais. Do mesmo modo, é importante definir um conjunto de critérios e estratégias que permita organizar, planear e implementar todas as ações de formação. A avaliação de cada sessão formativa, no que concerne à satisfação e ao impacto na prática, é também uma ferramenta indispensável para que o plano de formação seja uma mais-valia para os serviços, para os profissionais e para os utentes.

Objetivo específico:

- Desenvolver formação de pares

Atividades desenvolvidas:

- Colaborar nos projetos de formação existentes nos diferentes serviços;
- Realizar uma formação de pares baseada num diagnóstico de necessidades de formação

Análise crítica:

Segundo a Carreira de Enfermagem, ao enfermeiro incumbe designadamente “o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência” e a participação “em processos formativos, contribuindo para a sua valorização profissional e valorização profissional dos seus pares” (DL n°71/2019, p.2627).

No contexto de CSP, foi-nos proposta a realização de uma formação à equipa de enfermagem da USF sobre a “Dor na Criança” (Apêndice IV). Esta temática foi identificada como uma

necessidade da equipa de enfermagem, uma vez que é abordada de forma individualizada e segundo a sensibilidade de cada profissional. Tal como referido anteriormente, a dor na criança deve ser valorizada no âmbito dos procedimentos realizados no contexto dos cuidados de saúde primários.

Assim, os objetivos desta ação de formação foram: aprofundar os conhecimentos relativos à dor em Pediatria, nomeadamente na faixa etária dos 12 aos 36 meses, identificar e avaliar a dor na criança, adquirir conhecimentos e capacidades sobre as diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor e compreender a importância do papel do EESIP na assistência à criança e sua família.

Desta forma, consideramos que a sessão de formação foi enriquecedora, uma vez que foram aprofundados conhecimentos e desenvolvidas competências que permitiram cuidar da criança e sua família em situações de particular exigência e complexidade, nomeadamente na prevenção e alívio da dor da criança proveniente de procedimentos dolorosos como a vacinação, indispensáveis para a nossa formação pessoal e profissional como futura EESIP.

Nesta formação, foi criado um recurso “Kit Consulta Sem Dói-Dói” (Apêndice V), nomeadamente a construção e utilização de um Kit semelhante ao Kit Sem Dói-Dói referenciado no *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na Criança*, da OE (2013). Adaptado à realidade da sala de enfermagem, com o objetivo de proporcionar relaxamento e distração, permitindo a redução da ansiedade e do stress na criança, a utilização do Kit, de acordo com Correia (2019) “facilita a aprendizagem de estratégias para minorar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e pais, diminuindo a perceção de dor dos procedimentos e otimizando a cooperação dos vários intervenientes nos tratamentos.”

Competência:

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

Objetivo específico:

- Otimizar o processo de aprendizagem de forma contínua ao longo do estágio nos diferentes contextos.

Atividades desenvolvidas:

- Definir objetivos específicos para cada local de estágio;
- Refletir sobre o desempenho ao longo do estágio;
- Procurar oportunidades de aprendizagem nos diferentes contextos de estágio.

Análise crítica:

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência, reconhecendo-se que a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Foi pela necessidade identificada de saber mais para melhorar a nossa prática diária que demos início à formação especializada em enfermagem pediátrica, procurando adquirir o máximo de competências possíveis na área, otimizando todas as oportunidades de aprendizagem, de partilha de experiências e conhecimentos e maximizando a possibilidade de contactos com utentes e profissionais. O percurso de estágio foi particularmente rico em possibilidades neste sentido.

No início do estágio em cada serviço, durante a primeira semana, identificamos os objetivos específicos e as atividades a desenvolver de acordo com os objetivos gerais do curso e a realidade de cada contexto, no sentido de atingir as competências nos vários domínios. Esses objetivos foram partilhados com as enfermeiras tutoras.

Em todos os locais, as tutoras foram agentes facilitadores do processo de aprendizagem, contribuindo para a aquisição de saberes e habilidades, esclarecendo dúvidas e criando oportunidades de aprendizagem prática, numa partilha honesta e motivada de conhecimentos e experiências.

Assim, em todos os locais pudemos prestar cuidados ao utente e família, acompanhar os enfermeiros no desempenho das suas funções no domínio da gestão e formação e conhecer os projetos em desenvolvimento.

Destacamos ainda a oportunidade de participar, enquanto formanda, em algumas formações realizadas em contexto de estágio:

- Webinar “Ser irmão de um prematuro”, realizado no serviço de NEO;
- Curso de massagem infantil, realizado na UCC;
- Cuidados ao RN realizado na UCC;

- Segurança infantil: casa, rodoviária/automóvel, realizado na UCC.

3.4 Competências do Domínio da Investigação

A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (ICN, 1999).

O Enfermeiro Especialista deve intervir e tomar decisões com base no conhecimento válido, atual e pertinente, sendo um facilitador nos processos de aprendizagem e um agente ativo no campo da investigação.

Num contexto tão específico e abrangente como o da área da Saúde Infantil e Pediátrica, é determinante a existência de um quadro teórico de referência, com base na evidência científica, que integre uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de garantir a melhor prática de cuidados à criança/jovem e família.

Competências:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivo específico:

- Desenvolver uma prática de cuidados à criança/família baseada na melhor evidência científica nos diferentes contextos de assistência.

Atividades a desenvolver:

- Partilhar experiências e conhecimentos com a equipa de enfermagem;
- Realizar pesquisa bibliográfica sobre diferentes temáticas;
- Prestar cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência.

Análise Crítica:

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é descrita como a atividade de praticar bem as coisas certas (Gray 1997 cit. por Craig e Smyth, 2004).

Reconhece-se que os avanços tecnológicos no processo de cuidar e na prática de enfermagem levam a uma exigência de novas condutas, formas de pensar e ser. Surge assim, a necessidade de realizar pesquisas no sentido de validar conhecimentos e gerar evidência tornando as intervenções atuais e mais confiáveis (Pedrolo et al., 2009).

As diversas inovações na área da saúde levam à necessidade da tomada de decisão dos enfermeiros se centrarem em princípios científicos de forma a intervir adequadamente para a situação específica (Pedrolo et al., 2009).

Ao longo do estágio, realizamos pesquisa sistemática, em bases de dados científicas e credíveis como a B-On, EBSCO, PubMed e Scielo no sentido de incrementar os nossos conhecimentos como resultado dessa pesquisa e utilizá-los na prestação de cuidados.

As principais áreas temáticas pesquisadas foram: Dor, Parentalidade, Desenvolvimento Infantil, Parceria de Cuidados, SMSL, Higiene das mãos, prematuridade, cuidados de enfermagem à criança em situação de emergência, comunicação, entre outras.

Essa pesquisa permitiu-nos ainda refletir criticamente nas práticas diárias observadas, compreendendo as suas motivações e por vezes as suas nuances face à evidência, motivadas em determinadas situações por constrangimentos ao nível de recursos físicos e de materiais.

Do nosso ponto de vista, enquanto profissional a exercer atividade na prática clínica, sentimos cada vez mais falta de ter uma prática baseada nos resultados de investigação. O conhecimento científico permite a tomada de decisões com segurança e qualidade e permite a sua fundamentação dentro da equipa multidisciplinar.

Por outro lado, com o aumento do nível de formação da sociedade, surgem utentes cada vez mais interessados em saber o seu plano de cuidados e a fundamentação do mesmo. Demonstrar conhecimento consolidado nos resultados da ciência contribui assim para a visibilidade social da profissão.

Objetivo específico:

- Compreender a importância da investigação clínica na prática de enfermagem.

Atividades a desenvolver:

- Refletir sobre os resultados da investigação;
- Refletir acerca das implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Perceber dinâmicas de investigação nos serviços.

Análise Crítica:

A Enfermagem necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. Neste contexto, a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação são sobretudo aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pois garantem a incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros. Só assim poderemos evoluir para uma efetiva construção da disciplina e para a prática baseada na evidência (OE, 2006).

Ao longo do estágio, compreendemos que a Investigação em Enfermagem é uma ferramenta indispensável para os conhecimentos e competências que consideramos diferenciados, avançados e que visam dar resposta às reais necessidades dos nossos alvos de cuidados. A intervenção do EESIP só faz sentido se estiver intimamente ligada à Investigação.

Os Enfermeiros podem estar envolvidos na investigação a três níveis: como investigadores, coordenando o estudo ou fazendo parte de uma equipa de investigação, como cuidadores do utente sobre o qual está a recair a investigação ou como utilizadores dos resultados da investigação (Martins J. C., 2008).

Foi no âmbito do terceiro nível que nos propusemos desenvolver uma investigação, através do Método Integrativo de Revisão de Literatura, tendo como finalidade melhorar o contributo da prática de cuidados de enfermagem diários, através da pesquisa de artigos científicos em bases de dados e sua análise sob forma de revisão bibliográfica, obtendo conhecimentos práticos sobre o tema escolhido, baseados em evidência científica.

Assim, ao longo do estágio, tanto em contexto de cuidados de saúde primários e como em cuidados de saúde diferenciados, deparamo-nos com uma temática transversal: a Dor na Criança.

Consideramos esta temática uma das mais desafiantes na área da saúde infantil e pediátrica e pelo que verificamos, ao longo do percurso de estágio, as estratégias farmacológicas de alívio da dor, são aplicadas, muitas vezes, segundo a sensibilidade de cada profissional, não seguindo sempre orientações claras e sistemáticas. Ao longo deste relatório apresentamos a problemática no âmbito da Dor na Criança nos CSP, tendo sido realizada uma ação de formação aos enfermeiros da USF e elaborado um KIT para a consulta sem dor. No SUP, encontrava-se em desenvolvimento um projeto de melhoria contínua sobre tratamento não-farmacológico da dor no serviço de urgência pediátrica. Na NEO esta temática é muito valorizada pela equipa de enfermagem, sendo o elo de ligação à unidade de dor aguda, uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

Neste sentido, e recorrendo ainda à nossa experiência como enfermeira num serviço de pediatria, sentimos uma inquietude em saber mais sobre as estratégias não farmacológicas no tratamento da dor. Uma das estratégias mais referidas pelas equipas como um importante recurso no alívio da dor na criança foi a distração. Assim, na procura de saber mais sobre esta estratégia realizamos uma revisão integrativa da Literatura sobre: *A Distração como Estratégia Não Farmacológica para Alívio da Dor em Crianças e adolescentes* (Apêndice VI).

No que concerne a estudos de investigação, não encontramos nenhum em desenvolvimento nos diferentes contextos de estágio. No entanto, deparamo-nos com projetos de melhoria contínua em que a revisão sistemática da literatura é uma estratégia indispensável na fundamentação e no planeamento das ações a implementar.

Do que pudemos observar esta revisão da literatura é efetuada de forma pouco estruturada pelos enfermeiros, que orientam as suas pesquisas através de motores de busca pouco científicos. Desta forma, somos da opinião de que seria pertinente que fosse mais abordado na prática o processo de revisão integrativa da literatura, pois ajudaria não só a dar mais consistência aos projetos em desenvolvimento, como também poderia ser uma base para a identificação de novas áreas de investigação.

4. CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica trabalha para a promoção do máximo potencial de desenvolvimento da criança, em parceria com a família, qualquer que seja o seu contexto. Assim, os cuidados prestados ao RN, criança e jovem e família são complexos e exigem a mobilização de diversos conhecimentos e capacidades.

As competências propostas pelo plano de estudos da unidade curricular podem dividir-se em quatro grandes domínios: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Partindo dessas competências foram elaborados os objetivos específicos e as atividades a desenvolver em todos os contextos de estágio (CSP, NEO e SUP) e que foram o referencial para o estudo e a prática desenvolvidos durante os mesmos.

No âmbito da prestação de cuidados debruçamos o foco de aprendizagem nas principais áreas da prestação de cuidados de enfermagem em pediatria: promoção de saúde e vigilância do crescimento e desenvolvimento; minimização do impacto da hospitalização; comunicação; parentalidade; parceria de cuidados; avaliação e controlo da dor; crianças em situação de emergência e complexa.

No que diz respeito ao domínio da gestão, compreendemos que a otimização de recursos materiais e humanos é fundamental para uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade. Esta apresenta-se como uma competência não só do Enfermeiro generalista, mas de particular importância e evidência na prática especializada. Enquanto especialista o Enfermeiro será requisitado para a gestão de recursos, pessoas e equipamentos, assumindo-se como líder nesse papel, delegando e supervisionando atividades. Desempenha ainda um papel crucial na promoção da qualidade dos cuidados prestados.

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

Todo o estágio, em ambos os contextos, decorreu muito bem o que levou à aquisição das competências pretendidas. A integração eficiente nas equipas proporcionou momentos oportunos e enriquecedores de aprendizagem nestes quatro domínios de atuação do Enfermeiro Especialista.

Assim, ao longo do estágio procuramos aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, tal como na prestação de cuidados nos diferentes contextos específicos, bem diferentes da nossa realidade de trabalho; lidar com questões complexas, nomeadamente situações de emergência e de prematuridade; tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, no que concerne aos principais focos do enfermeiro de saúde infantil e pediátrica; e comunicar as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios, quer a especialistas quer a não especialistas, através da comunicação durante as passagens de turno, momentos de reflexão e ações de formação.

Reconhecemos como fatores facilitadores do estágio a orientação das enfermeiras tutoras, a sua dedicação e vontade em transmitir conhecimentos e competências, são um exemplo e uma motivação para o exercício profissional diferenciado. Reconhecemos ainda como fator facilitador o acolhimento das equipas e ainda a orientação pelo professor da Escola.

Como fator dificultador reconhecemos a dificuldade de conciliar as atividades letivas com o estágio e com o trabalho, apesar de com vontade e dedicação tudo ser realizável.

Consideramos que o estágio trouxe mais valias para a prática profissional, tendo sempre como premissa máxima a prestação de cuidados diferenciados baseados na melhor evidência na área pediátrica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aacharya, R., Gastmans, C., & Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine*, 7, 11-16. Doi: 10.1186/1471-227X-11-16.
- Andrade, A. K. M., Matos, M. L. S., Silva, R. S., Gallotti, F. C. M., & Oliveira, C. G. S. (2017, Maio 9-12). *Atuação do enfermeiro dentro dos serviços de urgência e emergência pediátrica*. International nursing congress, Aracaju, Brasil.
- Aragão, F.M.S.(2014). Parentalidade positiva para a promoção do desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Arrais, A. K. S. R. (2014). Manuseio dos recém-nascidos prematuros na unidade de cuidados intermediários neonatais convencionais. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ARS, NORTE (2021). Educação sexual na Região Norte. PRESSE. <http://www.presse.com.pt/>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). Relatório de Avaliação – 25 anos de segurança infantil em Portugal. https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf.
- Associação Portuguesa de Massagem Infantil.(2003). Massaje o seu bebé – Benefícios. <https://apmi.org.pt/>
- Ateah, C. (2003). *A Disciplinary practices with children: parental sources of information, attitudes an educational needs*. Issues in Comprehensive Pediatrics Nursins, Apr-Jun 2003;26(2):89-101. doi: 10.1080/01460860390197853.
- Brás, M. (2014). A parentalidade positiva rumo à capacitação parental. Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1207>.

- Circular normativa nº01/2005 da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/dgs-circular-normativa-01dse-2005.pdf>
- Circular normativa nº09/2003 da Direção Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Comité Português para a UNICEF. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. https://www.undp.org/pt/media/2766/unicef_convenc-ao-dos-direitos-da-crianca.pdf
- Corlett, J., Twycross, A.(2006). Negotiation of Care by children's nurses: lessons from research. *Pediatric Nursing*. V.18, nº8, 34-37.
- Decreto-Lei nº 71/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: 1ª série, nº 101. <https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2008). Boas Práticas em Oftalmologia. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>
- Escudeiro, M.(2015). *A criança/jovem em situação crítica e sua família*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17161>
- Ferreira, M., Gomes, A., Pinto, E., & Marques, R. (2004). Síndrome da morte súbita do lactente. Estaremos mesmo a prevenir? *Saúde Infantil*, 26(1), 13-22.
- Findeisen, M., Vennemann, M., Brinkmann, B., Ortmann, C., Röse, I., Köpcke, W., ... Bajanowski, T. (2004). German study on sudden infant death (GeSID): design, epidemiological and pathological profile. *Int J Legal Med*, 118, 163- 169. Doi: 10.1007/s00414-004-0433-8.
- Funderburke, P. (2008). Exploring best practice for triage. *J Emerg Nurs*, 34(2), 180-182. Doi: 10.1016/j.jen.2007.11.013.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2017). Para Cada Criança, Nutrição. Estratégia de Nutrição 2020-2030 do UNICEF. <https://www.unicef.org/media/111351/file/Nutrition%20Strategy%202020-2030.pdf>

- Gage, J. D., Everett D. K., Bullock L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*. 38(1) , 56-62. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00078.x>
- Hallström I., Runesson I., Elander G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17, 140-148.
- Heath, Dr. Alan; Bainbridge, Nicki; Bebé. (2000). *Guia Ilustrado da Massagem: o poder calmante do toque*. Livraria Civilização Editora.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2018). *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (10ª Edição). Editora Lusociência.
- Hopia, H., Tomlinson, P.S., Paavilainen, E. (2005). Child in Hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 212-222.
- International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Nursing Congress: Good practices of nursing representations in the construction of Society, 9-12.
- Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007) .Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*, 49(3), 275-281. Doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.05.019.
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., . . . & Ford, D. (2008). Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered Health care system: recommendations and promising practices. *Institute for Patient- and Family-Centered Care*, 33. <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2011). Family centered care: current applications and future directions in pediatric Healthcare. *Matern Child Health Journal*, 16, 297-305. Doi: 10.1007/s10995-011-0751-7
- Lopes, A. P. S. (2016). *Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros*. Universidade Católica Portuguesa.

file:///C:/Users/anari/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_A_NALOPES.pdf

- Manual de Integração de Novos Profissionais e Alunos. Unidade de Cuidados na Comunidade Vallis Longus. Versão 5, Valongo, 2019.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. • Rev. Gaúcha Enferm. 34 (1), 37-44. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>
- Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem, 12 (2), 62-66. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Matoso, L. M. L. (2019). Morte súbita do lactente: uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13(16), 75-90.
- McCubbin, M., McCubbin, H. (1993). *Families Coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation*. Missouri: Mosby.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M, Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28.
- Moon, R. Y., Home, R. S., & Hauck, F. R. (2007). Sudden infant death syndrome. *Lancet*, 370, 1578-1587.
- Neto, F. M. J. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Norma nº 002/2018 da Direção Geral da Saúde. Sistemas de Triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Norma nº 002/2018 da Direção-Geral da Saúde. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

- Norma nº 010/2013 da Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Norma nº 015/2015 da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Norma nº 018/2020 da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Nunes, M. L., Pinho, A. P., Aerts, D., Sant'Anna, A., Martins, M. P., & da Costa, J. C. (2001). Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *J Pediatr (Rio J)*, 77(1), 29-34.
- Ordem dos enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem- Tomada de Posição*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *–REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série –n.º 133*. Lisboa <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamentos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série (26). Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Orientação n.º 022/2012 da Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Orientação n.º 024/2012 da Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Parecer nº16/2019 da Ordem Enfermeiros. (2019). Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para desenvolver projectos de massagem infantil. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16_2019_anonimizado.pdf.
- Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4):760-3. file:///C:/Users/vefp1/Downloads/A_Pratica_Baseada_em_Evidencias_como_ferramenta_pa.pdf
- Phaneuf, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

- Pölkki, T. (2002). Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. *Journal of Pediatric Nursing*. 17, 270-278.
- Pronúncia do conselho de enfermagem nº 41/2020 da Ordem dos Enfermeiros. Tempo mínimo de integração para enfermeiros em Centro de Saúde.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19760/pron%C3%Bancia-n%C2%BA-41_ce_tempo-m%C3%ADnimo-de-integra%C3%A7%C3%A3o-para-enfermeiros-em-centro-de-sa%C3%BAde_anonimizada.pdf
- Quelhas, I., Festas, C. Guia de Estágio. Universidade Católica do Porto, Instituto de Ciências da Saúde. Porto. 2021
- Ramos, M.(2005). Adaptação Paterna Para a Parentalidade. *Federação Espanhola de Associações de Psicologia*.10(2). ISSN – 15779-4113.
- Rebelo, B. (2013). *As estratégias da equipa de enfermagem na promoção da vinculação mãe/bebé prematuro*. Instituto Politécnico da Guarda.
<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1486/1/E%20SIP%20-%20B%C3%A1rbara%20Susana%20Cl%C3%ADmaco%20Rebelo.pdf>
- Romero, L., Piquer, C. (2003) - Síndrome de la muerte súbita del lactante. Protocolo de estudio multidisciplinario: epidemiológico, clínico, patológico y médico-legal en casos de muerte súbita infantil en Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante 2ª. Madrid: Ergon: Libro Blanco
- Sabatés, A.; Borba, R. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.13(6) 968-973.
- Salgado, M., Martins, S., Sousa, A. C., & Bernardo, T. (2009). Desidratação aguda na criança. *Saúde infantil*, 31(3), 103-110.
<https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2009%20-%203%20-%20Dezembro/rsi-2009-dezembro.pdf>.
- Serrano, M. T. P. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3),15-23. Disponível em:

- Silveira, A., Angelo, M., Martins, S.M. (2008). Doença e Hospitalização da Criança: Identificando as Habilidades da Família. *Revista de Enfermagem UERJ*, 16(2), 212-217. Rio de Janeiro.
- Sousa, P. C. M. M. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Tomás, S. (2017). *A comunicação num atendimento de emergência pediátrica com crianças com dificuldade de comunicação e profissionais de emergência médica*. Universidade Fernando Pessoa, Porto. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/6701>
- World Health Organization (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. Cairo. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 9(2). https://www.researchgate.net/profile/Jeanine-Young/publication/43497125_Negotiation_of_Care_for_a_Hospitalised_Child_Parental_Perspectives/links/59080080a6fdccd580dd08ba/Negotiation-of-Care-for-a-Hospitalised-Child-Parental-Perspectives.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – FOLHETO “ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA”

Entre os 8-9 meses

Pode introduzir a gema de ovo cozida em alternativa à carne ou peixe

Introduzir ½ gema /semana durante 2 a 3 semanas, seguidamente **1 gema/semana**, durante 2 a 3 semanas

Não exceder 2 a 3 gemas/semana.



Pode introduzir o iogurte natural

Pode ser oferecido como lanche. Evite iogurtes à sobremesa.

Pode introduzir as leguminosas: feijão, ervilha, fava, lentilha, grão.

Menu do Dia :

2 refeições de sopa de legumes com carne/peixe ou gema + fruta (sobremesa)
1 papa láctea
1 iogurte
Restantes refeições de leite

A partir dos 12 meses

Leite: a partir desta idade e até aos 36 meses a criança pode beber leite de crescimento ou iniciar leite vaca (gordo ou meio gordo), no máximo de **500-700 ml** de produtos lácteos/dia

Carnes: pode introduzir **carnes vermelhas** (vaca, porco, borrego, cabrito)

Peixes: pode introduzir **peixes gordos** (salmão, sardinha, carapau e bacalhau)

Ovo: pode introduzir a clara do ovo.

Ainda a partir dos 12 meses

Fruta: pode introduzir frutos vermelhos (morangos, amoras, framboesas) quivi, pêssego e maracujá.



Pode oferecer iogurtes com aromas.

A alimentação passa a ser progressivamente igual à da família !



Elaborado Por:
Raquel Cerveira Braga
Enfermeira da Especialidade de Saúde Infantil e
Pediatra no Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa campus Porto

USF Santa Justa-Valongo
Enfermeira Joana Pereira
Enfermeira Filomena Santos

Alimentação no Primeiro Ano de Vida

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



Uma alimentação adequada é fundamental para que o bebé cresça e se desenvolva de forma saudável*

DGS, 2019

Durante os primeiros 6 meses de vida o bebé pode ser alimentado exclusivamente de Leite Materno

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

A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Consiste na introdução gradual de alimentos para além do leite, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais do bebé e a integrar a dieta familiar de forma gradual.

A diversificação alimentar pode iniciar-se aos 6 meses ou em alguns casos, pode começar mais cedo (dos 4 aos 5 meses).

Não há regras rígidas para a introdução de novos alimentos, mas sim alguns princípios gerais, que a podem ajudar a adaptar as recomendações à realidade do seu bebé:

- Fazer refeições em **horários regulares**;
- Promover um **ambiente agradável e tranquilo** para o bebé;
- Introduzir **um alimento novo de cada vez**, deixando um intervalo de 2-3 dias;
- Nunca** adicione sal, açúcar, mel ou adoçantes;
- Oferecer água** pelo copo ou colher no intervalo das refeições;
- Não ofereça** guloseimas, bebidas alcoólicas ou com cafeína;
- Dietsa vegans** só devem ser adotadas sob supervisão médica e nutricional;
- Progressivamente dê autonomia ao seu bebé.

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

Entre os 4-6 meses

Introduzir a sopa de legumes ou a papa láctea

Sopa - 150-180ml/dia



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

- Grupo 1- Batata normal ou doce, ou chuchu, ou curgete, ou beringela, ou couve-flor;
- Grupo 2- Cenoura ou abóbora;
- Grupo 3- Cebola, ou alho, ou alho francês;
- Grupo 4- Alface, ou brócolos, ou couve-coração, ou feijão verde

Nota: o espinafre, o nabo, a nabíça, a beterraba e o aipo só deverão ser introduzidos a partir dos 12 meses.



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

Confeccionar a sopa diariamente ou de 2/2 dias e conservar no frio

Papa de cereais - 150 ml/dia

Se:

Láctea: preparar só com água;

Não láctea: preparar com leite (Materno ou Adaptado).

Fruta como sobremesa

Iniciar por: pera, maçã ou banana (escolher uma peça)

Pode oferecer a fruta crua, cozida ou assada e pode ser ralada ou esmagada.



Nota: Utilize batedores de fruta apenas em situações especiais (salidas).

Menu do Dia:

1 sopa + sobremesa (almoço ou jantar)
1 papa de cereais
Restantes refeições de leite

Entre os 6-8 meses

Introduzir carne/peixe - 10g/refeição - 1 colher de sopa. Aumentar gradualmente até atingir a dose de cerca de 25-30g/dia.



Preferir carnes brancas (frango, peru coelho) e peixes brancos (pescada, solha, linguado e faneca).

Devem ser cozidos separados da sopa.

A partir dos 7 meses, podem ser adicionados ao creme de legumes, à açorda, à farinha de pau, ao arroz ou à massa.

Deverá idealmente ser oferecida **carne 4x por semana e peixe 3x por semana.**

Pode introduzir novas frutas à sobremesa - uvas, ameixas, melão, meloa, papaia, citrinos e manga.

Dar os alimentos à colher e aumentar a sua consistência de forma progressiva



Pão, bolachas e cereais (7-8meses): preferir o pão em vez das bolachas. Não são aconselhados produtos integrais. A papa pode ser substituída pela tradicional papa de fruta com bolacha maria (uma bolacha para uma peça de fruta).

Menu do Dia :

2 refeições de sopa de legumes com carne/peixe + 1 fruta
sobremesa (almoço e jantar)
Uma papa de cereais
Restantes refeições de leite

**APÊNDICE II – FORMAÇÃO “SÍNDROME DE MORTE SÚBITA NO
LACTENTE”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

SINDROME DE MORTE SÚBITA NO LACTENTE

Elaborado por:
Raquel Beça

Porto, setembro de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

SINDROME DE MORTE SÚBITA NO LACTENTE

Trabalho elaborado para a unidade curricular do Estágio Final e Relatório na UCC, sob a regência da Professora Doutora Constança Festas

Elaborado por:

Raquel Beça

Sob orientação da Tutora: Enf.^a A e da Enf.^a V

Porto, setembro de 2021

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AAP – Associação Americana de Pediatria

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

DGS – Direção Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

MEEESIP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – Recém-Nascido

SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SPP – Sociedade Portuguesa De Pediatria

UCC – Unidade de Cuidados Comunidade

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Hipótese do Triplo Risco para a SMSL	99
Figura 2 - Factores Stressores.....	100
Figura 3 - Plano de Sessão.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Nível conhecimento mães sobre SMSL Pré- formação	111
Gráfico 2 - Nível de Conhecimento das mães sobre SMSL Pós- formação	111
Gráfico 3 - Respostas das mães ao Questionário Pré- formação.....	112
Gráfico 4 - Respostas das mães ao Questionário Pós- formação	113

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	96
2. A SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE (SMSL).....	98
3. SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARENTAL SOBRE PREVENÇÃO SMSL.....	104
3.1 PLANEAMENTO 105	
3.1.1 Análise da Situação/Escolha do Tema	105
3.1.2 Formulação de Objetivos	106
3.1.3 Seleção e organização dos conteúdos.....	107
3.1.4 Seleção de Estratégias de Ensino/Aprendizagem.....	107
3.1.5 Programação da Atividade	109
3.1.6 Seleção e organização de estratégias de avaliação.....	109
3.4 EXECUÇÃO 110	
3.5 AVALIAÇÃO 110	
4. CONCLUSÃO	114
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
6. ANEXOS	Erro! Indicador não definido.
ANEXO I – Diapositivos de Apresentação da Sessão de Formação.....	123
ANEXO II – Questionários de Avaliação de Conhecimento sobre SMSL, Pré e Pós Formação..	132

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular do Estágio Final e Relatório, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEEESIP), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa campus Porto, no ano letivo de 2021/2022, sob orientação da professora Constança Festas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem promove o crescimento e desenvolvimento e deve transmitir “orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento” das crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

As áreas de atenção e intervenção em enfermagem pediátrica têm como foco a criança e a sua família. A parceria entre o profissional de saúde e os pais é essencial, já que possibilita uma identificação conjunta de necessidades, assim como o planeamento de intervenções adequadas ao problema identificado. A informação transmitida aos cuidadores deverá ser fidedigna e baseada nas evidências mais atuais. Com efeito, os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria que, na sua prática, lidam com lactentes necessitam, para que os interesses da criança sejam devidamente protegidos e promovidos, de esclarecer as dúvidas e receios dos pais de forma a promover o desenvolvimento salutar da criança.

A Síndrome de Morte Súbita no Lactente (SMSL) define-se como “a morte súbita de uma criança com menos de um ano, que permanece inexplicada após uma investigação aprofundada” (Fernandes et al 2012, p. 60). Esta constitui uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida nos países desenvolvidos, pelo que integra um dos maiores receios de todos os pais de bebés recém-nascidos (RN) (Fernandes et al., 2012).

As campanhas de sensibilização internacionais para prevenção da SMSL demonstram uma eficácia significativa na literacia da população e, conseqüentemente, na diminuição da incidência desta síndrome, com resultados estatisticamente significativos. No entanto, em Portugal, apesar de existirem algumas recomendações descritas pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), através do projeto “Criança e Família”, e pela Direção-Geral da Saúde (DGS), no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, não têm sido realizadas

campanhas de sensibilização à população em geral. Não obstante, a informação fornecida à população, baseada na evidência, clara e atualizada sobre os fatores de risco e medidas preventivas da SMSL, constitui um elemento-chave para a sua prevenção (Fernandes et al., 2012).

Assim, este trabalho tem como finalidade espelhar um planeamento direcionado para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), trabalhando as competências parentais no âmbito da prevenção da Síndrome de Morte Súbita no Lactente. Será concretizado através de uma sessão de formação a mães a frequentar o curso de preparação para o parto, da UCC, no âmbito da saúde materna e obstétrica.

Os principais objetivos são:

- Aprofundar conhecimentos acerca da Síndrome de Morte Súbita do Lactente;
- Desenvolver um projeto que reúna a pesquisa realizada e onde esteja subjacente uma análise crítico-reflexiva acerca da temática abordada;
- Refletir sobre a prática de cuidados no âmbito da saúde infantil, remetendo especificamente à prevenção da SMSL;
- Contribuir para a qualidade dos cuidados prestados com a implementação deste projeto.

Deste modo, a estrutura do trabalho é composta por três capítulos. O primeiro incide sobre o enquadramento teórico acerca da SMSL. De seguida, no segundo capítulo será elaborado o projeto de educação sobre prevenção da SMSL, englobando as diversas fases, desde o planeamento, execução e avaliação do mesmo. Por último, serão apresentadas as conclusões.

Para a realização deste trabalho, foram utilizadas diversas fontes bibliográficas, tais como os regulamentos publicados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela DGS, bem como a pesquisa em motores de busca providenciados pela escola.

2. A SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE (SMSL)

A Síndrome de morte súbita do lactente (SMSL) é definida como a morte súbita de uma criança com menos de um ano, que permanece inexplicada após uma investigação aprofundada, incluindo a realização de uma autópsia completa, investigação do local onde ocorreu o óbito e revisão da história clínica (AAP, 2016).

Pode ocorrer em RN e lactentes, e não existe previamente nenhum sinal consistente que sugira que a criança se encontra em risco de vida (Nunes et al., 2001).

Apesar de não ser um problema recente, esta causa de morte permanece incompreendida e continua a ser responsável por 25% dos óbitos ocorridos na infância (Lazzaroto et al., 2019).

Geralmente, as crianças vítimas de SMSL têm um estado nutricional normal, não têm qualquer patologia de base e nem apresentam indícios de maus tratos (Krous et al., 2004). Assim, é necessária a realização de um exame pós-morte de forma a excluir a existência de outras patologias de base, nomeadamente, cardiopatias congénitas, anomalias do sistema nervoso central, anomalias metabólicas, ou então, homicídio (García, 2008).

Apesar de enormes avanços na medicina nos últimos anos, ainda não se sabe exatamente a causa desta síndrome (Lopes e Figueira, 2001, Crawford, 2010, Fernandes et al., 2012). Sabe-se sim, que existem bebés mais suscetíveis, mas não existe nenhum fator de risco confirmado que por si só possa causar a SMSL.

Assim, acredita-se que existem vários fatores que, em combinação, podem causar a morte de um lactente suscetível (SPP, 2021).

A hipótese do Triplo Risco (Figura 1) tem sido utilizada para explicar a provável patogénese desta síndrome. Tendo em conta esta teoria, a SMSL parece ocorrer i) em lactentes com uma vulnerabilidade subjacente, ii) que passam por uma situação de stress e iii) durante um período crítico do desenvolvimento do sistema nervoso central ou imunitário (Fernandes et al., 2012).

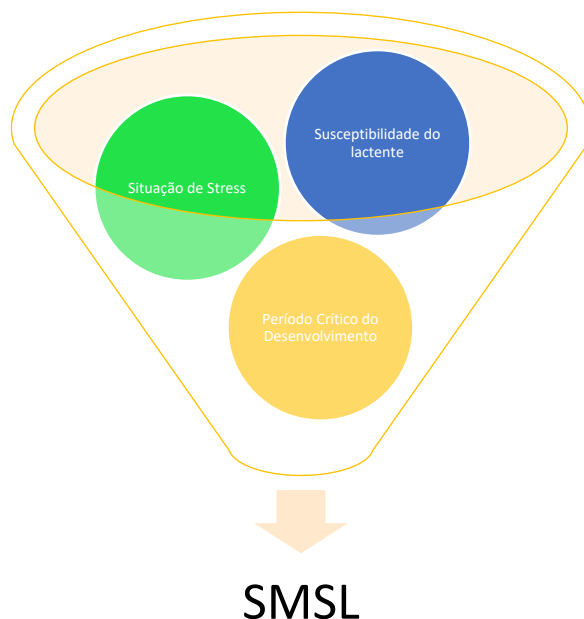


Figura 1 - Hipótese do Triplo Risco para a SMSL

A suscetibilidade do lactente está relacionada com os fatores que incluem, por um lado, uma anormalidade no tronco cerebral que está relacionada com o controlo cardiorrespiratório (contribuindo para a apneia do sono e uma maior frequência de pausas respiratórias breves) e, por outro, uma falha na capacidade de despertar em resposta a variações de oxigénio e dióxido de carbono (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2001; Moon et al., 2007). Para além disso, podem existir fatores patológicos relacionados com alterações genéticas raras que estão associadas a cardiomiopatias ou síndromes de arritmias hereditárias, doenças neuromusculares perinatais, epilepsias infantis ou encefalopatias metabólicas genéticas (Perez e Lafront, 2013; Silva, Gomes e Pereira, 2013; Baruteau, 2017).

O período crítico do desenvolvimento refere-se aos primeiros seis meses de vida do lactente, que se traduz num período de rápido crescimento e desenvolvimento, provocando uma vulnerabilidade intrínseca que se poderá manter latente até que o bebé seja exposto a fatores de risco externos (Araújo, 2014). A SMSL ocorre no primeiro ano de vida, contudo, cerca de 95% dos casos sucedem antes dos seis meses de idade, atingindo o seu pico máximo de incidência entre os dois e os quatro meses (Crawford, 2010; Fernandes et al., 2012; AAP, 2016; SPP, 2021).

A situação de stress inclui vários fatores como: posição em decúbito ventral ou lateral para dormir, co-leito, sobreaquecimento, infeções do trato respiratório, tabagismo parental,

dormir em superfícies moles, refluxo gastroesofágico, e parto pré-termo e/ou baixo peso ao nascer (Fernandes et al., 2012; Lopes, 2012; Romaneli e Baracat, 2012; Bezerra et al., 2015; Lorea, Pilger e Ceia, 2017). Estes fatores podem ser divididos em intrínsecos e extrínsecos, tal como representado na Figura 2.

Fatores Intrínsecos	Fatores Extrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Prematuridade • Sexo masculino • Raça/etnia • Exposição pré-natal a tabaco, álcool e drogas • Classe social mais baixa • Família monoparental • Mãe muito jovem 	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir em decúbito ventral ou lateral • Sobreaquecimento do ambiente • Excesso de roupa na cama • Colchão depressível • Dormir em dispositivo para sentar (sofá, espreguiçadeiras, babycoque) • Co-leito • Exposição a tabaco, álcool e drogas após o nascimento • Infecções do trato respiratório • Refluxo gastroesofágico • Infecção por <i>HelicobacterPylori</i>

Figura 2 - Factores Stressores

Segundo Crawford (2010), existe uma maior incidência nos meses frios (outono e inverno) e durante a noite (00:00-06:00).

Relativamente aos hábitos de sono, a posição ventral assume uma grande importância na contribuição para o risco de morte súbita (Lopes, 2012). Esta posição contribui para um sono mais profundo e para o aumento do limiar do despertar em lactentes saudáveis, tanto na fase de sono quieto como ativo (Geib e Nunes, 2006; Araújo, 2014). Outras teorias defendem que o facto de a criança dormir em decúbito ventral pode estar associado a várias complicações como: (1) inalação aumentada de dióxido de carbono, (2) obstrução das vias aéreas superiores, e (3) menor capacidade de despertar na ocorrência de eventos nocivos, como a hipóxia e a hipercapnia (Horne, Parslow e Harding, 2004).

Um estudo publicado em 2003, demonstrou que os lactentes que dormem em decúbito ventral apresentam um risco 11 vezes superior de SMSL em comparação com aqueles que dormem em decúbito dorsal (McGarvey et al., 2003).

Na mesma linha de pensamento, alguns estudos evidenciaram que a presença de roupa a cobrir a face constitui um fator de risco para a inalação de gases expirados e consequente sufocação, estando também associada ao sobreaquecimento (Guntheroth e Spiers, 2001).

O co-leito também foi associado à morte súbita, principalmente se o lactente for posicionado entre os adultos e se o adulto com quem partilham a cama usar tabaco, álcool ou drogas (Tappin, Ecob e Brooke, 2005; Moon et al., 2012).

Associado ao co-leito está o sobreaquecimento, devido à transmissão de calor proveniente do corpo dos pais e ao excesso de roupa a cobrir a criança, sendo que o uso de edredões, colchões macios ou almofadas favorecem o risco de asfixia e duplicam o risco de SMSL (Gessner, Ives e Perham-Hester, 2001; Venneman et al., citado por Lopes, 2012). Para além disso, temperaturas corporais mais altas provocam episódios de apneia mais frequentes em RN prematuros, visto que a temperatura corporal interage com os mecanismos do sono, do despertar e do controlo respiratório (Franco et al., 2001; Araújo, 2014).

A exposição ao tabaco na gravidez aumenta entre 1,9 a três vezes o risco de morte súbita, em comparação com filhos de mães não-fumadoras, sendo que 59% das mortes foram associadas ao tabagismo materno (Getahun et al., 2004; Anderson, Johnson e Batal, 2005; Fleming & Blair, 2007). O tabaco no período pré-natal diminui a frequência do despertar espontâneo do sono, prejudica a maturação do sistema nervoso autónomo e a função respiratória (Neff et al., 2004; Huang et al., 2006). Alguns autores defendem que este risco aumenta na mesma proporção do número de cigarros fumados na gravidez e permanece após o nascimento, agravando de acordo com o número de fumadores que habitam na mesma casa (Fleming e Blair, 2007).

O abuso de álcool ou drogas ilícitas no período pré-natal está relacionado com a diminuição dos reflexos do RN para despertar, contribuindo para um aumento do risco de SMSL (Balley e Sokol, 2011). Para além disso, nas 24 horas que antecederam o evento, o consumo de álcool pelos cuidadores demonstrou aumentar o risco de morte súbita duas a oito vezes (Hunt e Hauck, 2006).

As patologias habituais que ocorrem nesta fase de desenvolvimento da criança, como as infeções respiratórias ou o refluxo gastroesofágico podem concorrer para este risco

quando associadas com as características do ambiente em que o lactente se encontra (Crawford, 2010).

A prematuridade, o baixo peso ao nascer e índices de Apgar1 reduzidos são, também, considerados fatores de risco para a SMSL (García, 2008; Fernandes et al., 2012). Sabe-se que os RN prematuros acarretam um risco cinco vezes superior aos RN de termo saudáveis, sendo que quanto menor a idade gestacional ao nascer, mais imaturo é o bebê e maior é o risco de este morrer de SMSL (Hodgman, 1998).

Por outro lado, foram identificados fatores protetores contra a SMSL, como o aleitamento materno e o uso de chupeta (Geib e Nunes, 2006). A proteção conferida pelo aleitamento materno incide sobre as vantagens imunológicas que conferem uma ação protetora contra alguns processos infecciosos, já que a amamentação oferece imunoglobulinas e citocinas que protegem o lactente durante os períodos mais vulneráveis de SMSL (Carlin e Moon, 2017). Para além disso, pensa-se que os lactentes amamentados apresentam despertares mais fáceis e frequentes, devido à composição neuroquímica do seu cérebro, incluindo uma maior quantidade de ácidos gordos de cadeia longa, presentes no leite materno (Oliveira et al., 2019). Em termos conclusivos, apesar da amamentação exclusiva acarretar um aumento significativo na proteção contra a SMSL, a amamentação por si só, independentemente da sua duração, demonstrou ser um importante fator protetor (Hauck et al., 2011).

Embora não seja um mecanismo totalmente conhecido, o uso de chupeta também tem sido associado a uma diminuição do risco de SMSL (Araújo, 2014; Lopes, 2012). Esta diminuição está relacionada com uma maior frequência de despertares; uma maior propensão para manter a posição dorsal durante o sono, através da sucção e retenção da chupeta; um aumento da capacidade de respiração bucal; uma ventilação oral facilitada no caso de existir uma obstrução nasal; uma redução da frequência e duração dos episódios de refluxo gastroesofágico; e o controlo simpaticovagal (Mitchell, Blair e L'Hoir, 2006; Lopes, 2012; Araújo, 2014; Moreira et al., 2018; Oliveira et al., 2019). Foi, também, detetado que os lactentes que usam chupeta, apresentam uma ligeira hipercapnia, o que estimula a ventilação (Araújo, 2014). Tendo em conta as premissas anteriores, a chupeta poderá ser introduzida a qualquer momento em lactentes a serem alimentados por biberão. No entanto, em lactentes amamentados, para salvaguardar o sucesso da amamentação, a chupeta apenas deve ser introduzida quando esta estiver bem estabelecida, o que ocorre sensivelmente após o primeiro mês (Lopes, 2012;

Oliveira et al., 2019). Esta deve ser oferecida principalmente durante o sono, e limitada ao primeiro ano de vida (Moreira et al., 2018).

As recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021), vão de encontro aos resultados dos estudos efetuados sobre esta temática:

1. Deitar o bebé a dormir de barriga para cima;
2. Não cobrir a cabeça do bebé;
3. Evitar o sobreaquecimento do bebé;
4. Não fumar, nem deixar ninguém fumar no ambiente que o bebé respira;
5. Promover um ambiente seguro para o bebé dormir, tanto de noite como de dia;
6. Amamentar o bebé;

Colocar o bebé a dormir em berço próprio.

3. SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARENTAL SOBRE PREVENÇÃO SMSL

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), a educação para a saúde é inseparável da defesa da família e da prevenção. É uma área em que os profissionais necessitam de preparação e prática já que envolve a transmissão de informação de acordo com os conhecimentos e capacidades da família e o seu desejo à informação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da criança e do jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto para promover o mais elevado estado de saúde possível, proporciona educação para a saúde, assim como reconhece e mobiliza recursos de suporte e apoio à família. O mesmo deve prestar cuidados de nível avançado procurando responder ao “mundo” da criança (OE, 2018). A capacidade dos enfermeiros para trabalhar em parceria com os pais é uma competência essencial para alcançar melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2012).

A OE destaca ainda como áreas de atuação particular a avaliação, promoção do crescimento e desenvolvimento, com orientação antecipatória às famílias no sentido de maximizar o potencial do desenvolvimento infantil (OE, 2018).

A DGS (2013) reconhece que os cuidados antecipatórios são um fator de promoção da saúde e prevenção da doença, especificamente facilitando aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho do papel parental.

A metodologia de um projeto tem por base a investigação centrada num problema real e na implementação de intervenções para a resolução do mesmo, de forma a promover a aquisição de capacidades e competências pessoais (Freitas et al., 2010). Na mesma linha, a metodologia do projeto baseia-se num suporte teórico, sendo posteriormente aplicado na prática, funcionando assim como um elo de ligação entre a teoria e a prática (Freitas et al., 2010).

Desta forma, a metodologia de um projeto integra três fases distintas, sendo elas a fase do planeamento, a fase da implementação e a fase da avaliação (Pereira et al., 2011).

3.1 PLANEAMENTO

É imperatório o desenvolvimento de um programa que visa responder às necessidades educativas que a comunidade apresenta, aos objetivos demarcados, que preveja recursos, estratégias e metodologias adequadas, de modo a atingir eficazmente os resultados esperados (Freitas et al., 2010).

3.1.1 Análise da Situação/Escolha do Tema

A SMSL tornou-se um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, dado que constitui uma das principais causas de morte na infância e, em geral, é a terceira principal causa de mortalidade infantil (Findeisen et al., 2004; Araújo, 2014; Matoso, 2019).

Em muitos países, as campanhas públicas de sensibilização para a prevenção da SMSL, resultaram numa acentuada diminuição da incidência da morte súbita (Moon et al., 2007). Apesar da incidência de SMSL variar de país para país, em todos os que foram realizadas campanhas para a prevenção da SMSL, houve uma redução considerável desse mesmo número (Romero e Piquer, 2003).

Após a identificação da posição prona (decúbito ventral) para dormir como principal fator de risco para SMSL, as campanhas de sensibilização advertindo os cuidadores para evitar essa posição resultaram numa redução significativa da mortalidade por SMSL. Além disso, foi também verificado que a decisão dos pais de modificar a posição para dormir, é influenciada pela orientação recebida de profissionais da área da saúde (Nunes et al., 2001).

Contudo, em Portugal, apesar das recomendações para a prevenção da SMSL da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e DGS, não foram encontradas campanhas de sensibilização e/ou informação à população sobre esta síndrome (Fernandes et al. 2012).

Face à consciencialização desta problemática, constata-se que a prevenção da SMSL é ainda pouco divulgada, bem como os seus fatores de risco. Torna-se, assim, indispensável a educação dos cuidadores neste aspeto, já que só assim será possível obter ganhos em saúde significativos para a criança e para os seus cuidadores.

Neste contexto, a prevenção é fulcral para a diminuição da incidência destes casos, pelo que a educação para a saúde assume um papel de destaque nesta área. Apesar de haver

uma constante preocupação em atualizar publicações, legislação e normas de boas práticas relativas à segurança infantil, continuam a existir oportunidades de melhorias, recorrendo à literacia da comunidade relativamente aos fatores de risco, medidas preventivas e ações a adotar perante situações de risco (APSI, 2017).

No exercício da sua profissão, o EESIP deve focar-se na relação da criança/família com o ambiente, identificando tanto os fatores protetores como stressores de uma parentalidade adequada. Não obstante, o empoderamento dos pais e a negociação de estratégias promotoras da saúde da criança, permitem o desenvolvimento de uma relação dinâmica e flexível, que orienta para o esclarecimento de dúvidas, para uma comunicação ativa de partilha de conhecimentos e para a disponibilização do apoio necessário à parentalidade (OE, 2011).

Nesta parceria, a intervenção do enfermeiro deve ser centrada na promoção do papel parental e consiste em estabelecer uma relação de abertura e diálogo com cuidadores, disponibilizar a informação, facilitar a expressão de sentimentos e promover estratégias para aumentar as competências parentais.

Tendo em conta estas premissas e, tal como já foi explanado anteriormente, os fatores de risco relativos ao ambiente onde a criança dorme assumem um papel preponderante na prevenção da SMSL, sendo que o ajuste dos mesmos no dia-a-dia de cada família poderá ser a base da promoção de um sono seguro para os lactentes.

Neste contexto, presente sessão de educação para a saúde, dirigida às mães a frequentar o curso de preparação para o parto, poderá constituir um instrumento importante no âmbito da prevenção da SMSL.

3.1.2 Formulação de Objetivos

Face à problemática identificada, a identificação dos objetivos ajuda a direcionar o planeamento do projeto de Educação para a Saúde sobre prevenção da SMSL, dirigida às mães a frequentar o curso de preparação para o parto.

Neste sentido, os objetivos dividem-se em educacionais, aqueles que concretizam a finalidade inerente à Sessão de Educação para a Saúde, e operacionais, aqueles que se pretende atingir para o sucesso do presente projeto.

De modo a apresentar uma definição de objetivos mais rigorosa e exata, estes serão divididos em objetivos gerais e específicos.

Objetivos educacionais

Objetivo Geral:

- Aumentar o conhecimento das mães, a frequentar o curso de preparação para o parto, sobre prevenção da SMSL e recomendações práticas para a sua prevenção;

Objetivo Específicos:

- Sensibilizar as mães para a problemática da SMSL;
- Definir conceito de SMSL;
- Descrever as recomendações práticas para a prevenção da SMSL;
- Promover parentalidade segura;
- Esclarecer dúvidas.

Objetivos operacionais / metas

- 50 % das mães que confirmam presença na sessão do curso de preparação para o parto compareçam à mesma;
- 50 % das mães presentes aumentam o conhecimento sobre SMSL e recomendações práticas para a sua prevenção.

3.1.3 Seleção e organização dos conteúdos

Para dar resposta aos objetivos delineados anteriormente, os conteúdos a serem abordados na apresentação são os seguintes:

- SMSL: definição e problemática atual;
- Recomendações práticas para prevenção da SMSL.

3.1.4 Seleção de Estratégias de Ensino/Aprendizagem

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a educação para a saúde como um conjunto de momentos de aprendizagem planeados, com o objetivo de melhorar o conhecimento ou influenciar atitudes, de modo a promover a saúde do indivíduo e da

comunidade (WHO, cit. por Ribeiro, 2015). Esta pode ocorrer em vários contextos, como por exemplo, individualmente ou em grupo, presencial ou através dos media, sendo que, independentemente do modo de atuação, os programas educativos têm demonstrado eficácia na mudança de perspetivas, comportamentos e atitudes (Ribeiro, 2015).

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA				
Tema	Síndrome de Morte Súbita no Lactente (SMSL)			
Data	30/09/2021	Horário: 18:00h – 20:00h		
	Local: UCC (sala de reuniões)			
População alvo	Mães a frequentar o curso de preparação para o parto			
Formadores	Enfª Raquel Beça; Enfª V			
Objetivos gerais	✓ Prevenção da SMSL			
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir conceito de SMSL; ✓ Descrever as recomendações práticas para a prevenção da SMSL; ✓ Promover parentalidade segura; ✓ Esclarecer dúvidas. 			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia Técnico-Pedagógica	Recursos Didáticos
Introdução	05 min	Contextualização da ação.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Computador e acesso a plataforma digital.
Desenvolvimento	20 min	Explicação dos seguintes conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Morte Súbita no Lactente; • Recomendações práticas para a prevenção da SMSL. Visualização de um vídeo.	Expositivo, Interrogativo e Ativo.	Computador e acesso a plataforma digital.
Conclusão	05 min	Esclarecimento de dúvidas.	Expositiva e interrogativa	Computador e acesso a plataforma digital.

A presente sessão de educação para a saúde sobre SMSL, dirigida a mães a frequentar o curso de preparação para o parto, será realizada em grupo e inserida como conteúdo no âmbito da promoção da transição para a parentalidade.

Para a apresentação do planeamento da atividade referida irá ser utilizado o método afirmativo-participativo, com recurso à técnica expositiva. Assim, será elaborada uma apresentação em power-point com diapositivos com informação simples, sucinta e clara, dando-se preferência a ilustrações com imagens alusivas aos temas abordados (Anexo I).

Uma vez que a sessão de educação será realizada por via online, utilizar-se-á a plataforma digital *ZOOM* e os diapositivos serão partilhados com todos os presentes.

Para complementar a informação fornecida será também partilhado um vídeo “*O Sono Seguro Salva Vidas!*”, que facilitará a retenção dos conteúdos mais importantes.

Existirá ainda um momento para partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas.

3.1.5 Programação da Atividade

O seguinte plano da sessão (Figura 3) esquematiza a programação da Sessão de Educação para a Saúde sobre SMSL:

Figura 3 - Plano de Sessão

3.1.6 Seleção e organização de estratégias de avaliação

“Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente” (Ruivo e Ferrito, 2010, pág. 26).

Assim sendo, é necessário refletir e verificar se cada um dos objetivos propostos foi atingido, contribuindo para a resolução do problema inicial. Caso haja algum objetivo que não tenha sido atingido, é importante perceber as causas e as suas consequências e desenvolver novas estratégias para promover ajustes que possibilitem a sua concretização.

Relativamente à avaliação da sessão, será utilizado um questionário, elaborado na plataforma digital *Google Forms* que se encontra em anexo (Anexo II – Questionário diagnóstico e final). Este será aplicado no início e no final da sessão verificando deste modo se houve ganhos em saúde.

A avaliação da sessão será realizada pelos indicadores de processo e resultado.

Indicadores de processo

- % de mães presentes na sessão de educação.

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de mães presentes na sessão de educação}}{\text{n}^{\circ} \text{ de mães inscritas no curso de preparação para o parto}} \times 100$$

Indicadores de resultado

- % de mães que adquiriram conhecimento sobre SMSL

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de mães que adquiriram conhecimento sobre SMSL}}{\text{n}^{\circ} \text{ de mães com conhecimento sobre SMSL não demonstrado}} \times 100$$

3.4 EXECUÇÃO

A sessão decorreu no dia 30 de setembro de 2021 pelas 18:00H - 20:00H, através da plataforma digital *ZOOM*.

O questionário de diagnóstico foi enviado previamente, no dia anterior, às mães através do email já disponibilizado aquando a inscrição no curso de preparação para o parto. Logo no início da sessão, foi pedido às mães que preenchessem questionário.

Compareceram 9 mães à sessão. O número de participantes foi adequado para que se criasse proximidade entre as mães, e entre as mães e as formadoras, e ainda mais tempo para esclarecimento de questões. Estavam presentes 2 enfermeiras, nomeadamente a Enf^ª Vanessa (profissional da UCC de Vallis Longus, enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica) e eu própria, com as minhas expectativas e vontade de implementar o projeto, esperando contribuir para as que as mães obtivessem um conhecimento efetivo na área.

Inicialmente foi desenvolvida uma dinâmica de “quebra-gelo”, para que as mães se sentissem mais à vontade e facilitasse a participação das mesmas.

Após a apresentação inicial seguiu-se a explanação dos objetivos e conteúdos já anteriormente referidos. Foi privilegiada uma metodologia ativa tal como preconizado para o contexto formativo. O interesse manifestado pelas mães ao longo da sessão foi notório, pois iam colocando dúvidas, realizando anotações e partilhando experiências. Foi realizada a síntese da sessão através da visualização do vídeo anteriormente referido.

Finalmente foi enviado um questionário pós- formação às mães que estiveram presentes.

3.5 AVALIAÇÃO

Após a implementação do presente projeto, torna-se relevante proceder à monitorização e avaliação, quer do impacto no conhecimento dos pais sobre medidas preventivas da SMSL, quer da concretização/eficácia da sessão de formação. As atividades de avaliação operacionalizam-se em momentos formais e informais.

Estiveram presentes na sessão de educação 9 mães, sendo que eram previstas 11. Assim, relativamente à % de mães presentes na sessão de educação, o objetivo inicialmente proposto era de 50%, pelo que foi atingido, uma vez que a taxa obtida foi de 81,8%.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mães presentes na sessão de educação}}{\text{n}^\circ \text{ de mães inscritas no curso de preparação para o parto}} \times 100 = \frac{9}{11} \times 100 = 81,8\%$$

No que concerne à % de mães que adquiriram conhecimento sobre SMSL, o objetivo delineado era de 50% e foi atingido com uma taxa de 75%.

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mães que adquiriram conhecimento sobre SMSL}}{\text{n}^\circ \text{ de mães com conhecimento sobre SMSL não demonstrado}} \times 100 = \frac{6}{8} \times 100 = 75\%$$

Após a aplicação dos questionários (diagnóstico e pós- formação) podemos concluir que o objetivo educacional foi largamente concretizado. Como se pode verificar no gráfico 1, as mães demonstravam pouco conhecimento em relação à SMSL e às recomendações práticas de prevenção da mesma (apenas 1 em 9 mães tinha total conhecimento). Posteriormente, após a sessão de formação, os níveis de conhecimento subiram consideravelmente, sendo que 7 em 9 mães responderam corretamente às perguntas (gráfico 2).

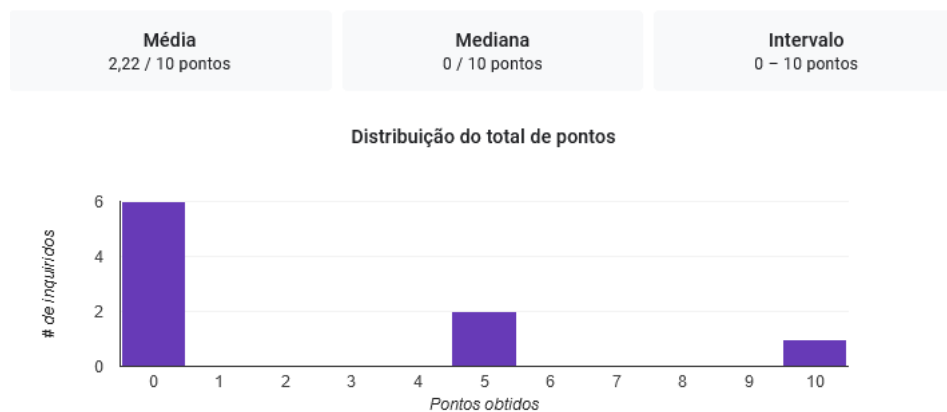


Gráfico 1 - Nível conhecimento mães sobre SMSL Pré- formação

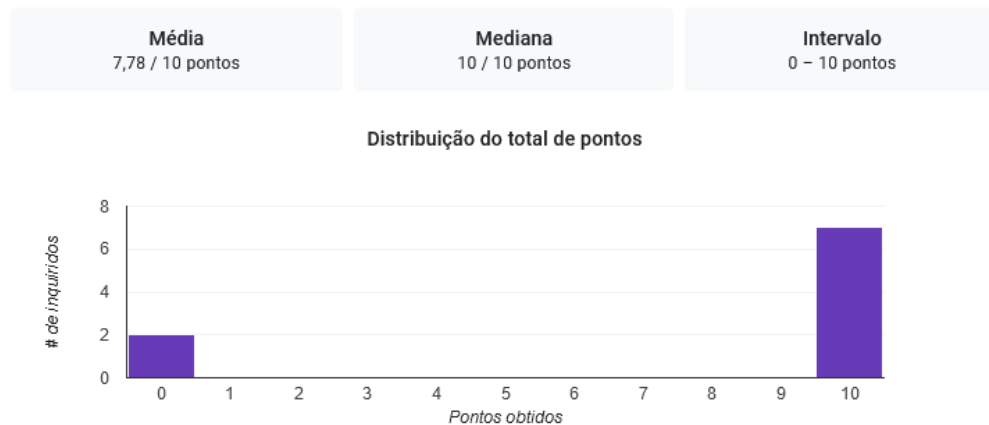


Gráfico 2 - Nível de

Conhecimento das mães sobre SMSL Pós- formação

Relativamente às questões formuladas pode-se verificar que, antes da formação, a maioria das mães considerava que a SMSL ocorre apenas em bebés doentes (Gráfico 3). No que diz respeito às recomendações práticas de prevenção da SMSL, as mães tinham a ideia errada de que o bebé deve dormir deitado de lado e aquecido com mantas para ficar mais confortável, o que vai de encontro aos resultados dos estudos efetuados.

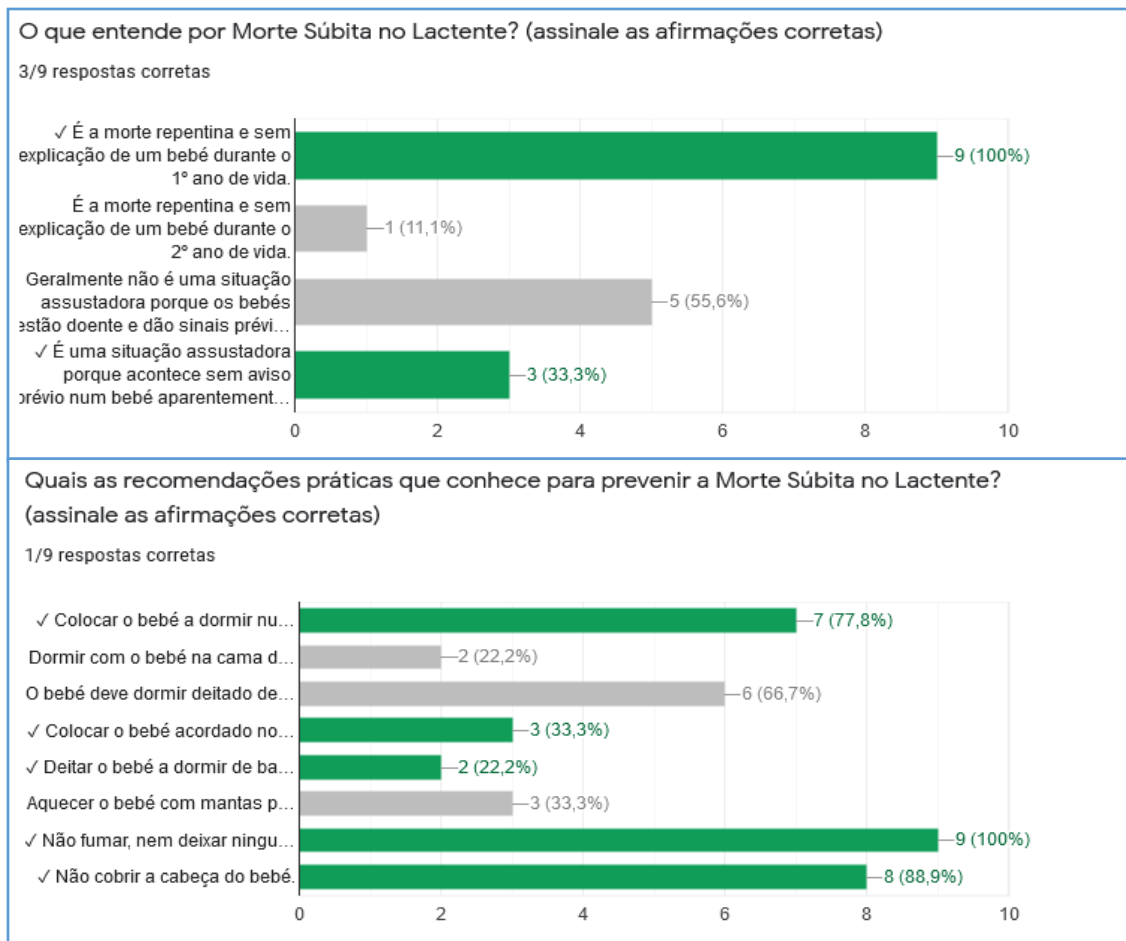


Gráfico 3 - Respostas das mães ao Questionário Pré-formação

Após a formação, é notório o ganho de conhecimento das mães no domínio do conceito da SMSL e das recomendações práticas de prevenção da mesma (Gráfico 4). Como se pode constatar não houve respostas erradas às duas questões. Apesar disso, algumas mães ainda não responderam afirmativo às opções “*É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável*” e “*Colocar o bebé acordado noutras posições*”.

Deste modo, considera-se que este tema deve ser reforçado no âmbito da preparação e promoção da parentalidade, nomeadamente nas consultas de vigilância de saúde infantil.

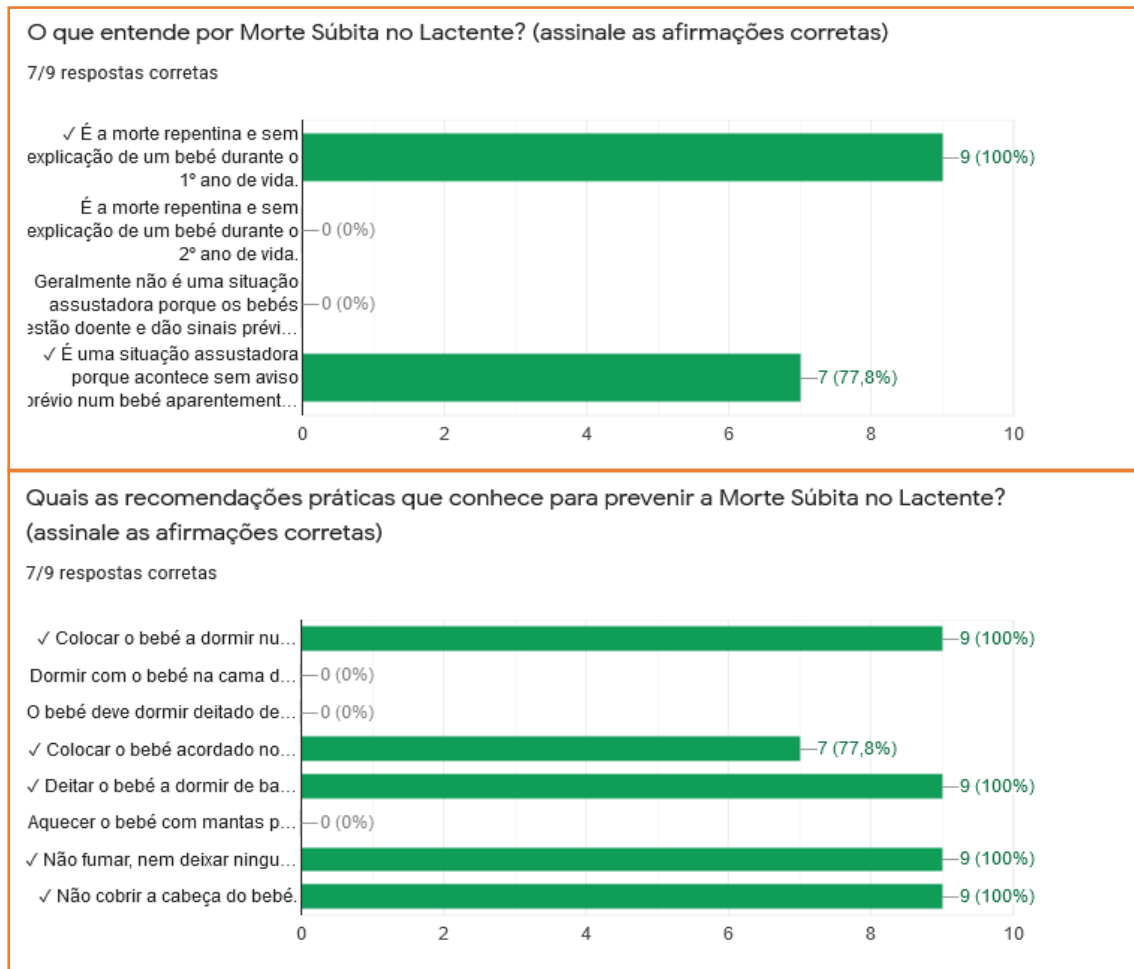


Gráfico 4 - Respostas das mães ao Questionário Pós-formação

4. CONCLUSÃO

O EESIP distingue-se pelas suas competências práticas e relacionais na vigilância da saúde infantil e juvenil, contribuindo para a prevenção de comportamentos de risco e para a promoção de hábitos saudáveis, alcançando, assim, ganhos em saúde (OE, 2011). A importância da sua integração nas equipas multidisciplinares dos cuidados de saúde primários, relaciona-se com as suas competências para cuidar da criança e da sua família, prestando cuidados de nível avançado e promovendo a educação para a saúde, através da mobilização dos recursos disponíveis na comunidade, de modo a promover o potencial máximo de desenvolvimento da criança (OE, 2018).

Destaco a pertinência deste trabalho no plano de estudos do MEEESIP, já que contribuiu de forma positiva para o desenvolvimento e melhoria de competências especializadas ao nível da investigação científica, planeamento, intervenção e avaliação de um projeto na área de enfermagem em saúde infantil.

De facto, a prevenção da SMSL constitui uma problemática de grande interesse, visto que se reveste de um impacto significativo tanto na vida do lactente, como da família. A sensibilização dos enfermeiros e dos pais acerca dos fatores de risco e medidas preventivas constituiu uma mais-valia para o futuro da população.

Como pontos positivos do projeto, destaco a atualidade e pertinência do tema e a motivação constante que senti durante todo o processo, acreditando na sua contribuição para uma enfermagem mais significativa para as pessoas. Considero que é um projeto inovador e com potencialidade para ser alargado a um público mais alargado no futuro.

Os pontos negativos da elaboração deste trabalho prenderam-se com o facto de estarmos a viver em tempos de pandemia com COVID-19, o que condicionou a possibilidade de a sessão de formação ocorrer de forma presencial. Para além disso, o tempo disponível para a preparação da sessão foi curto, uma vez que a mesma já estava agendada no âmbito do curso de preparação para o parto, condicionando a pesquisa de informação e organização dos conteúdos.

Por fim, apesar de ter encontrado algumas dificuldades durante o meu percurso, considero que os objetivos deste trabalho foram alcançados com sucesso, visto que foi

possível elaborar um projeto baseado em evidência científica atualizada, que contribuiu para uma melhoria da prática de enfermagem na área de saúde infantil.

Não obstante, durante o desenvolvimento do projeto, considero que alcancei novas competências relativas ao exercício do EESIP de uma forma progressiva, o que se tornou enriquecedor tanto a nível pessoal como profissional, permitindo não só procurar saber mais, mas também a ser uma melhor pessoa para aqueles de quem cuido.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Academy of Pediatrics (2016). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*, 138(5), 1-12. Doi: 10.1542/peds.2016-2938. Consultado a 14 de setembro de 2021.

Anderson, M. E., Johnson, D. C., & Batal, H. A. (2005). Sudden Infant Death Syndrome and prenatal maternal smoking: risk attributed risk in the Back to Sleep era. *BMC Medicine*, 3, 3-4. Doi: 10.1186/1741-7015-3-4. Consultado a 14 de setembro de 2021.

Araújo, D. R. (2014). O efeito da utilização da chupeta na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente: Uma Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise. Consultado a 16 de setembro de 2021.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI). (2017). Relatório de Avaliação – 25 anos de segurança infantil em Portugal. APSI, outubro 2017. Consultado a 14 de Setembro de 2021 em: https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURA_NCA_INFANTIL_2017.pdf.

Bailey, B. A., & Sokol, R. J. (2011). Prenatal Alcohol Exposure and Miscarriage, Stillbirth, Preterm Delivery, and Sudden Infant Death Syndrome. *Alcohol Research & Health*, 34(1), 86-91. Consultado a 14 de setembro de 2021 em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860553/pdf/arh-34-1-86.pdf>.

Baruteau, A. E. (2017). Sudden infant death syndrome and inherited cardiac conditions. *Nature Reviews Cardiology*, 4(10), 715-726. Consultado a 15 de setembro de 2021.

Bezerra, M. A., Carvalho, K. M., Bezerra, J. L., Novaes, L. F., Moura, T. H., & Leal, L. P. (2015). Fatores associados ao conhecimento das mães sobre a Síndrome de Morte Súbita do Lactente. *Escola AnnaNery Revista de Enfermagem*, 19(2), 303-309. Consultado a 17 de setembro de 2021.

Carlin, R. F., & Moon, R. Y. (2017). Risk factors, protective factors, and current recommendations to reduce sudden infant death syndrome: a review. *JAMA Pediatr.*, 171(2), 175-180. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.3345. Consultado a 13 de setembro de 2021.

Crawford, D. (2010). Sudden unexpected deaths in infancy part I: The phenomena of sudden and unexpected infant death. *Journal of Neonatal Nursing*, 16(3), 104-110. Consultado a 13 de setembro de 2021.

Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma da Direção-Geral da Saúde, N.º 010/2013. Lisboa, Portugal: DGS. Consultado a 17 de setembro de 2021.

Fernandes, A., Fernandes, C. A., Amador, A., & Guimarães, F. (2012). Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), 59-62. Consultado a 18 de setembro de 2021.

Findeisen, M., Vennemann, M., Brinkmann, B., Ortmann, C., Röse, I., Köpcke, W., ... Bajonowski, T. (2004). German study on sudden infant death (GeSID): design, epidemiological and pathological profile. *Int J Legal Med*, 118, 163- 169. Doi: 10.1007/s00414-004-0433-8. Consultado a 19 de setembro de 2021.

Fleming, P., & Blair, P. S. (2007). Sudden Infant Death Syndrome and parental smoking, *Early Human Development*, 83(11), 721-725. Consultado a 19 de setembro de 2021.

Franco, P., Scaillet, S., Wermenbol, V., Valente, F., Groswasser, J., & Kahn, A. (2000). The influence of a pacifier on infants' arousals from sleep. *The Journal of Pediatrics*, 136(6), 775-779. Consultado a 18 de setembro de 2021.

Freitas, A., Nunes, L., Antunes, A., Ruivo, A., Lopes, J., Leal, P. & Deodato, S. (2010). Metodologia do projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, nº15. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Consultado a 18 de Setembro de 2021 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

García, F. E. G. (2008). Síndrome de muerte súbita del lactante. *Revista Cubana de Pediatría*, 80(2), 125-134. Consultado a 19 de setembro de 2021 em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000200009.

Geib, L. T., & Nunes, M. L. (2006). Hábitos de sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional. *Cad. Saúde Pública*, 22(2), 415-423. Consultado a 19 de setembro de 2021.

Gessner, B. D., Ives, G. C., & Perham-Hester, K. A. (2001). Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside na infant

crib in Alaska. *Pediatrics*, 108(4), 923-927. Doi: 10.1542/peds.108.4.923. Consultado a 19 de setembro de 2021.

Getahun, D., Amre, D., Rhoads, G., & Demissie, K. (2004). Maternal and obstetric risk factors for sudden infant death syndrome in the United States. *Obstet. Gynecol.*, 103(4), 646-652. Consultado a 17 de setembro de 2021.

Guntheroth, W. G., & Spiers, P. S. (2001) Thermal stress in sudden infant death: is there an ambiguity with the rebreathing hypothesis? *Pediatrics*, 107(4), 693-698. Doi: 10.1542/peds.107.4.693. Consultado a 15 de setembro de 2021.

Hauck, F., Thompson, J., Tanabe, K., Moon, R., & Vennemann, M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a metaanalysis. *Pediatrics*, 128(1), 103-110. Doi: 10.1542/peds.2010-3000. Consultado a 15 de setembro de 2021.

HOCKENBERRY, M. e WILSON, D. WONG *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência, 2014. Consultado a 16 de setembro de 2021.

Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2001). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ª ed)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Consultado a 16 de setembro de 2021.

Hodgman, J. E. (1998). Apnea of Prematurity and Risk of SIDS. *Pediatrics*, 102(4), 969-971. Doi: 10.1542/peds.102.4.969-a. Consultado a 20 de setembro de 2021.

Horne, R. S., Parslow, P. M., & Harding, R. (2004). Respiratory control and arousal in sleeping infants. *Paediatric Respiratory Reviews*, 5(3), 190-198. Consultado a 20 de setembro de 2021.

Huang, Z., Griffioen, K. J., Wang, X., Dergacheva, O., Kamendi, H., Gorini, C., . . . Mendelowitz, D. (2006). Differential control of central cardiorespiratory interactions by hypercapnia and the Effect of prenatal nicotine. *The Journal of Neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 26(1), 21- 29. Doi: 10.1523/JNEUROSCI.4221-05.2006. Consultado a 18 de setembro de 2021.

Hunt, C. E., & Hauck, F. R. (2006). Sudden infant death syndrome. *CMAJ*, 174(13), 1861-1869. Consultado a 16 de setembro de 2021.

Hutchion, L., Stewart, A. W., & Mitchell, E. (2006). SIDS-protective infant care practices among Auckland, New Zealand mothers. *New Zealand Medical Journal*, 119(1247). Consultado a 18 de setembro de 2021.

Krous, H. F., Beckwith, J. B., Byard, R. W., Rognum, T. O., Bajanowski, T., Corey, T., ... Mitchell, E. A. (2004). Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A Definitional and Diagnostic Approach. *Pediatrics*, 114(1), 234-238. Doi: 10.1542/peds.114.1.234. Consultado a 20 de setembro de 2021.

Lazaroto, A. B., Pinto, G. S., Pavinato, L. C. B., Mozzini, C. B., Seganfredo, L. E. P., & Spessato, D. (2019). O Uso da Chupeta na Prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente. *Odontologia Clínico-Científica*, 18(2), 87-92. Consultado a 20 de setembro de 2021.

Lopes, A. C. F. (2012). Síndrome de Morte Súbita do Lactente (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto). Consultado a 15 de setembro de 2021.

Lopes, J. M. A. (2001)– Sudden infant death syndrome. *Jornal de Pediatria (Rio Janeiro)*. Vol. 77. nº1. p. 8-8. Consultado a 15 de setembro de 2021.

Lorea, R. L., Pilger, M. C., & Ceia, M. L. (2017). Síndrome da Morte Súbita Infantil em Pelotas de 2006 a 2013: uma análise descritiva. *RevMed*, 96(1), 27-31. Doi: 10.11606/issn.1679-9836.v96i1p27-31. Consultado a 19 de setembro de 2021.

Matoso, L. M. L. (2019). Morte súbita do lactente: uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13(16), 75-90. Consultado a 15 de setembro de 2021.

McGarvey, C., McDonnell, M., Chong, A., O'Regan, M., & Matthews, T. (2003). Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *ArchDisChild*, 88(12), 1058-1064. Consultado a 19 de setembro de 2021.

Mitchell, E. A., Blair, P. S., & L'Hoir, M. P. (2006). Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, 117(5), 1755-1758. Doi: 10.1542/peds.2005-1625. Consultado a 21 de setembro de 2021.

Moon, R. Y., Home, R. S., & Hauck, F. R. (2007). Sudden infant death syndrome. *Lancet*, 370, 1578-1587. Consultado a 20 de setembro de 2021

- Moon, R. Y., Tanabe, K. O., Young, H. A., & Hauck, F. R. (2012). Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern Child Health Journal*, 16(3), 609-614. Doi: 10.1007/s10995-011-0793-x. Consultado a 18 de setembro de 2021.
- Moreira, N. V., Magri, R., Mota, R T., & Mattos, C. L. (2018). Uso de chupetas na prevenção da síndrome da morte súbita do lactente: revisão narrativa da literatura. *Revista de APS*, 21(4), 820-821. Consultado a 15 de setembro de 2021.
- Neff, R. A., Simmens, S. J., Evans, C., & Mendelowitz, D. (2004). Prenatal nicotine exposure alters central cardiorespiratory responses to hypoxia in rats: implications of sudden infant death syndrome. *The Journal of Neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 24(42), 9261-9268. Consultado a 18 de setembro de 2021.
- Nunes, M. L., Pinho, A. P., Aerts, D., Sant'Anna, A., Martins, M. P., & da Costa, J. C. (2001). Sudden infant death syndrome: clinical aspects of an underdiagnosed disease. *J Pediatr (Rio J)*, 77(1), 29-34. Consultado a 18 de setembro de 2021.
- Oliveira, A. M., Andrade, P. R., Pinheiro, E. M., Avelar, A. F., Costa, P., & Anacleto, A. S. (2019). Fatores de risco e de proteção para a síndrome da morte súbita do lactente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-6. Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0458. Consultado a 13 de setembro de 2021.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Aprovado por Unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária. Lisboa, Portugal: OE. Consultado a 15 de setembro de 2021.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Aprovado por unanimidade em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, Portugal: OE. Consultado a 15 de setembro de 2021.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.^a série – N.º 133 – 12 de julho de 2018. Consultado a 15 de setembro de 2021.
- Pereira, R. & Tavares, A. (2011). Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa. Consultado a 17 de setembro de 2021 em:

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/3/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20%20Raquel%20Eus%C3%A9bio%20Pereira.pdf>

Perez, R. R., & Lafont, J. R. (2013). Síndrome de muerte súbita del lactente: un tema para la polémica. *Revista de Ciências Médicas la Habana*, 18(2), 402- 411. Consultado a 15 de setembro de 2021.

Ribeiro, J. L. P. (2015). Educação para a Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 3-9. Consultado a 17 de setembro de 2021 em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36237156002.pdf>

Romaneli, M. T., & Baracat, E. C. (2012). Evento com aparente risco de morte: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria*, 30(4), 576-585. Consultado a 15 de setembro de 2021

Romero, L.; Piquer, C. (2003) - Síndrome de la muerte súbita del lactante. Protocolo de estudio multidisciplinario: epidemiológico, clínico, patológico y médico-legal en casos de muerte súbita infantil en Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante 2ª. Madrid: Ergon: Libro Blanco. Consultado a 20 de setembro de 2021

Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010) Metodologia do Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15). Consultado a 19 de setembro de 2021 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020). Criança e Família: Um Projeto de Especialistas em Pediatria, para as Famílias. Prevenção da Morte Súbita. Consultado a 10 de setembro de 2021 em: <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>.

Sousa, P. C. M. M. (2012). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Consultado a 18 de setembro de 2021

Tappin, D., Ecob, R., & Brooke, H. (2005). Bedsharing, roomsharing, and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study. *J. Pediatr.*, 147(1), 32-37. Consultado a 20 de setembro de 2021

6. ANEXOS

ANEXO I – Diapositivos de Apresentação da Sessão de Formação

SINDROME DE MORTE SÚBITA NO LACTENTE

ELABORADO POR:
ENFERMEIRA RAQUEL BEÇA
SOB ORIENTAÇÃO DA TUTORA EESIP A. E EESMO V.

30 de setembro de 2021

Sumário



Objetivos

Síndrome de Morte Súbita no Lactente (SMSL)

Recomendações práticas para Minimização da SMSL

Conclusão

Objetivos

Compreender o que é a Síndrome de Morte Súbita no Lactente

Saber prevenir a Síndrome de Morte Súbita no Lactente

Síndrome de Morte Súbita no Lactente

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a morte repentina e sem explicação de um bebé durante o seu primeiro ano de vida. É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável. A maioria dos casos está associada ao sono, sendo das principais causas de morte no primeiro ano de vida nos países desenvolvidos.



Sociedade Portuguesa de Pediatria



Recomendações práticas para prevenir a Síndrome de Morte Súbita no Lactente

Colocar o bebé a dormir numa cama apropriada

Promover um ambiente seguro, evitando o sobreaquecimento

Deitar o bebé a dormir de barriga para cima

Amamentar sempre que possível

Não cobrir a cabeça do bebé

Colocar o bebé acordado noutras posições

Não colocar o bebé a dormir na cama dos pais

Não fumar, nem deixar ninguém fumar junto do bebé

Colocar o bebé a dormir numa cama apropriada

Até aos 2 anos o bebé deve dormir numa cama de grades, sobre um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama ou berço;

Os pés do bebé devem tocar o fundo da cama.



Deitar o bebé a dormir de barriga para cima



O risco de morte súbita aumenta muito quando o bebé é colocado de lado ou de barriga para baixo.



Não cobrir a cabeça do bebé

Os pés devem tocar no fundo do berço;
Não cobrir o bebé acima da linha dos ombros;
Prender o cobertor nas laterais;
Não deve usar almofada, fralda, gorro, babete ou outros objetos que possam tapar-lhe a cabeça.



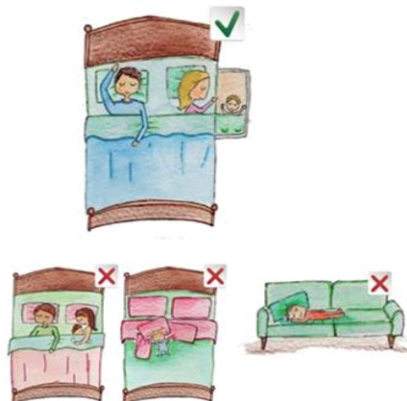
Não colocar o bebê a dormir na cama dos pais

Dormir na cama com o bebê aumenta o risco de SMSL e o risco de asfixia;

Nunca adormeça no sofá com o seu bebê;

O bebê deve dormir numa cama adequada;

Durante os primeiros seis meses a cama deve estar colocada ao lado da cama da mãe.

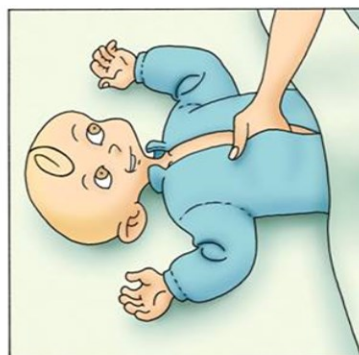


Promover um ambiente seguro, evitando o sobreaquecimento

Berço seguro – não deve estar danificado, nem incompleto;

Colchão seguro – firme, limpo, na posição horizontal e bem adaptado ao berço;

Temperatura segura – não vestir o bebê com demasiada roupa. Manter a temperatura do quarto entre os 18 e os 21°C.



Amamentar sempre que possível
O uso da chupeta pode ser um fator protetor

A amamentação e o uso da chupeta foram descritos como fatores protetores contra a morte súbita;

Oferecer a chupeta ao bebé para dormir mas se ele a rejeitar não forçar;

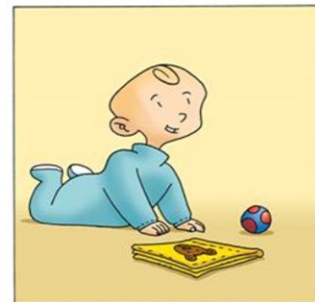
Se o bebé for amamentado, a chupeta não deve ser oferecida nas primeiras semanas de vida, pois pode prejudicar a adaptação do bebé à mama.



Colocar o bebé acordado noutras posições

Quando está acordado o bebé pode ser colocado de barriga para baixo para brincar;

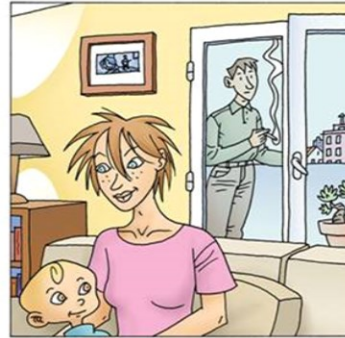
Assim fortalece os músculos do pescoço e das costas.



Não fumar, nem deixar ninguém fumar junto do bebé

Fumar durante a gravidez e próximo do bebé após o nascimento aumenta o risco de SMSL;

Não deixe ninguém fumar no ambiente que o seu bebé respira - quarto, casa, carro ou onde quer que ele permaneça.



DÚVIDAS





Obrigada pela atenção!

<https://youtu.be/Cc7qYZ0ldK8>



**ANEXO II – Questionários de Avaliação de Conhecimento sobre SMSL,
Pré e Pós Formação**

Síndrome de Morte Súbita no Lactente (Avaliação Pré formação)

O presente formulário não tem carácter avaliativo. Serve apenas de suporte informativo a esta sessão. As suas respostas são importantes para o desenrolar da mesma. Obrigado.

O que entende por Morte Súbita no Lactente? (assinale as afirmações corretas) *

- É a morte repentina e sem explicação de um bebé durante o 1º ano de vida.
- É a morte repentina e sem explicação de um bebé durante o 2º ano de vida.
- Geralmente não é uma situação assustadora porque os bebés estão doente e dão sinais prévios.
- É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável.

Quais as recomendações práticas que conhece para prevenir a Morte Súbita no Lactente? (assinale as afirmações corretas) *

- Colocar o bebé a dormir numa cama apropriada.
- Dormir com o bebé na cama dos pais, para o poder vigiar melhor.
- O bebé deve dormir deitado de lado.
- Colocar o bebé acordado noutras posições.
- Deitar o bebé a dormir de barriga para cima.
- Aquecer o bebé com mantas para que fique mais confortável.
- Não fumar, nem deixar ninguém fumar junto do bebé.
- Não cobrir a cabeça do bebé.

Síndrome de Morte Súbita no Lactente (Avaliação Pós formação)

O presente formulário não tem carácter avaliativo. Serve apenas de suporte informativo a esta sessão. As suas respostas são importantes. Obrigado.

O que entende por Morte Súbita no Lactente? (assinale as afirmações corretas) *

- É a morte repentina e sem explicação de um bebé durante o 1º ano de vida.
- É a morte repentina e sem explicação de um bebé durante o 2º ano de vida.
- Geralmente não é uma situação assustadora porque os bebés estão doente e dão sinais prévios.
- É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável.

Quais as recomendações práticas que conhece para prevenir a Morte Súbita no Lactente? (assinale as afirmações corretas) *

- Colocar o bebé a dormir numa cama apropriada.
- Dormir com o bebé na cama dos pais, para o poder vigiar melhor.
- O bebé deve dormir deitado de lado.
- Colocar o bebé acordado noutras posições.
- Deitar o bebé a dormir de barriga para cima.
- Aquecer o bebé com mantas para que fique mais confortável.
- Não fumar, nem deixar ninguém fumar junto do bebé.
- Não cobrir a cabeça do bebé.

APÊNDICE III – HIGIENE DAS MÃOS

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA				
Tema	Higiene das Mãos			
Data	15/10/2021	Horário: Início:16:30h – 17:30h	Local: Escola Básica	
População alvo	Crianças do 1º Ciclo – Alunos do 4º ano			
Formadores	Enfª Raquel Beça; Enfª A			
Objectivos gerais	Saber porquê, quando e como lavar as mãos.			
Objectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar a importância da higiene das mãos como principal medida de prevenção de infeção; ✓ Compreender que podem existir microrganismos (vírus, bactérias e fungos) em todas as superfícies e que as mãos podem estar contaminadas, mesmo que não estejam visivelmente sujas; ✓ Identificar a necessidade de lavar as mãos; ✓ Descrever e demonstrar os passos adequados na lavagem das mãos; ✓ Treinar a lavagem das mãos; Verificar a eficácia da lavagem das mãos.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia Técnico-Pedagógica	Recursos Didáticos
Introdução	10 min	Contextualização da ação e apresentação dos objetivos.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Computador e projetor, equipamento da sala.
Desenvolvimento	25 min	Explanação dos seguintes conteúdos: -Importância da Higiene das Mãos na prevenção da infeção; -Necessidade da Lavagem das Mãos; -Quando Lavar as Mãos; -Técnica adequada da Lavagem das Mãos; -Visualização de um vídeo.	Expositivo, Interrogativo e Ativo.	Computador e projetor, equipamento da sala.
Conclusão	25 min	Exercício para verificação da aquisição de conhecimentos: entrega de dois cartões (verde – resposta certa e vermelho – resposta errada) a cada aluno; colocação de questões sobre o tema a que devem responder com o respetivo cartão; Música “ <i>Presta Atenção, Lava as Tuas Mãos</i> ”; Lavagem das mãos no WC; Teste à Lavagem das Mãos com Luminol; Oferta de flyer, diploma de participação; lápis.	Expositiva e interrogativa	Computador e projetor, equipamento da sala. Cartões verdes e vermelhos. Aparelho com Luminol. Flyers, Diplomas e Lápis para oferecer.

PRESTA ATENÇÃO

Lava as tuas Mãos



ELABORADO POR:
ENFERMEIRA RAQUEL BEÇA
SOB ORIENTAÇÃO DA EESIP A.

OBJETIVO



LAVAGEM DAS MÃOS



PORQUÊ?

QUANDO?

COMO?



A lavagem das mãos é a medida mais importante na prevenção da infecção



Os microorganismos (vírus, bactérias e fungos) estão por todo o lado.

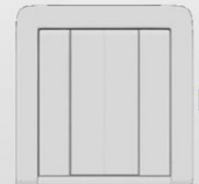


As nossas mãos tocam em todas as superfícies e tornam-se “suja”, mesmo quando não é visível.

QUANDO LAVAR AS MÃOS



QUANDO LAVAR AS MÃOS



QUANDO LAVAR AS MÃOS



Antes de:

Manipular alimentos;
Uma refeição;
Tocar nos olhos ou na boca;
Tocar em feridas ou cortes.

Depois de:

Ir ao WC;
Contactar com superfícies sujas
(corrimões, elevadores, maçanetas);
Tocar em animais;
Espirrar, tossir ou assoar;
Uma actividade no exterior (jardinagem, brincar no
parque,...);
Contactar com dinheiro;
Visitar alguém doente.

COMO LAVAR AS MÃOS



- 1º - Abrir a torneira e molhar as mãos
- 2º - Aplicar sabão
- 3º - Esfregar as palmas das mãos
- 4º - Entrelaçar o dorso e a palma da mão
- 5º - Cruzar os dedos
- 6º - Esfregar a parte de trás dos dedos na palma das mãos
- 7º - Esfregar os polegares
- 8º - Rodar as pontas dos dedos
- 9º - Passar por água
- 10º - Secar com toalhete e fechar a torneira



COMO LAVAR AS MÃOS



**Um vídeo vais ver
para melhor
entender!**



VAMOS VER SE APRENDESTES?



- Devo lavar as mãos só quando estiverem visivelmente sujas?



VAMOS VER SE APRENDESTE?



- Devo lavar as mãos antes e depois de comer?



VAMOS VER SE APRENDESTE?



- Sempre que espirro devo lavar as mãos?



VAMOS VER SE APRENDESTE?



- Quando brinco com o meu animal de estimação não preciso de lavar as mãos?



VAMOS VER SE APRENDESTE?



- Não sujo as mãos quando ando de autocarro ou de elevador?



VAMOS VER SE APRENDESTE?



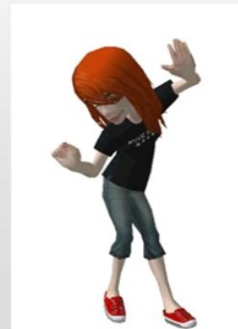
- A lavagem das mãos é a medida mais importante na prevenção da infeção?



OBRIGADO A TODOS PELA ATENÇÃO

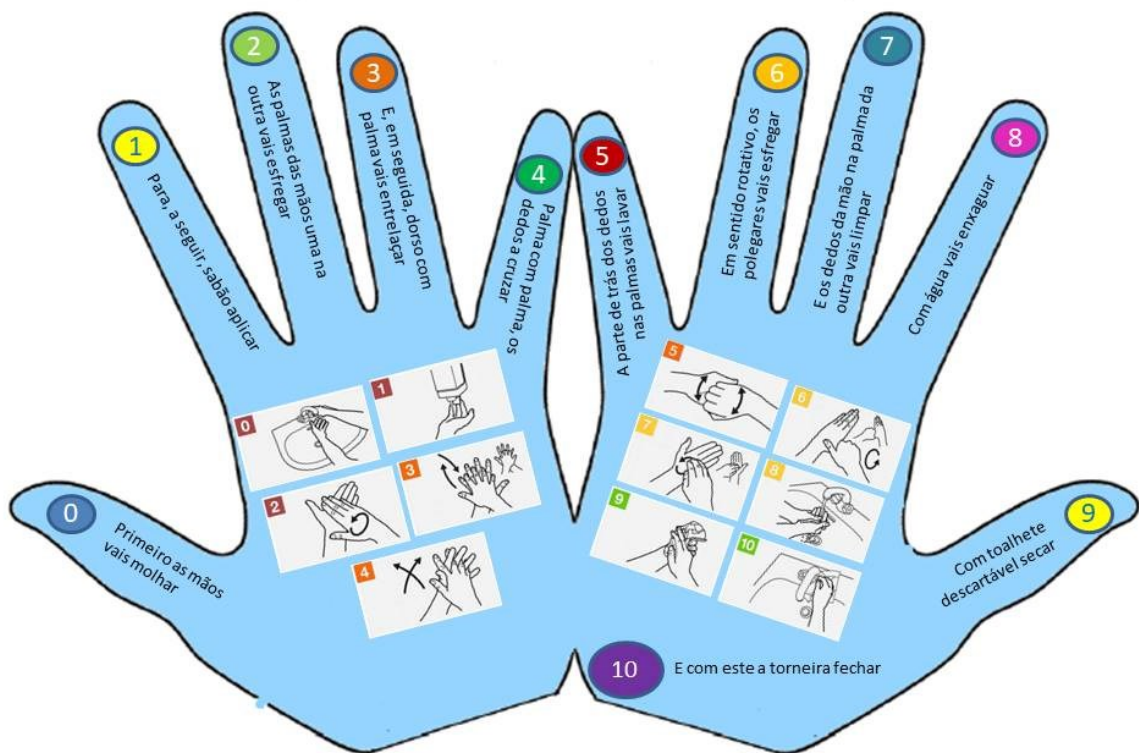


**Bora lá dançar!
As mãos vamos Lavar!**





Lavar as mãos é tão fácil!
Agora **depende** de ti.
Ajuda a **evitar** a infeção.
Proteje-te a ti e aos que te rodeiam.



DIPLOMA

Certifica-se que _____,
participou na ação de formação sobre Higiene das Mãos e teve um
EXCELENTE DESEMPENHO na lavagem das Mãos!



15 de outubro de 2021

APÊNDICE IV – FORMAÇÃO “DOR NA CRIANÇA”

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA				
Tema	Dor na Criança			
Data	20/10/2021		Horário: 14:00h – 14:30h	
Local	USF (sala de reuniões)			
População alvo	Enfermeiras da USF			
Formadores	Enf ^a Raquel Beça			
Objectivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Saber diagnosticar a presença e intensidade da dor na criança, de forma a controlá-la, através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas. 			
Objectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprofundar os conhecimentos relativos à dor em Pediatria, nomeadamente nesta faixa etária (12 aos 36 meses); ✓ Identificar e avaliar a dor na criança; ✓ Adquirir conhecimentos e capacidades sobre as diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor; ✓ Compreender a importância do papel do EESIP na assistência à criança e sua família. 			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia Técnico-Pedagógica	Recursos Didáticos
Introdução	05 min	Contextualização da ação.	Expositivo, interrogativo e ativo.	Computador.
Desenvolvimento	20 min	<p>Explicação dos seguintes conteúdos:</p> <p>Desenvolvimento Infantil da criança;</p> <p>Dor em Pediatria;</p> <p>Avaliação da dor na criança;</p> <p>Controlo da dor da criança;</p> <p>Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na gestão da dor na criança.</p>	Expositivo, Interrogativo e Ativo.	Computador.
Conclusão	05 min	<p>Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Oferenda, à USF, do “Kit Consulta Sem Dói-Dói”, composto por:</p> <p>Caixa de arrumação; 1 boneco; 20 pensos rápidos; compressas; 2 ligaduras; 1 livro de colorir; 1 resma de 100 folhas brancas; 1 caixa de lápis de cor; 1 caixa de lápis de cera; 4 livros “a caixinha dos animais”;</p> <p>1 livro dos sons “meios de transporte”; 1 caixa com 8 puzzles de 3 peças; 2 jogos de encaixe; 1 instrumento musical; 1 tambor; 1 xilofone;</p> <p>12 apitos coloridos; 2 frascos bolas de sabão.</p>	Expositiva e interrogativa	<p>Computador.</p> <p>Caixa de arrumação; 1 boneco; 20 pensos rápidos; compressas; 2 ligaduras; 1 livro de colorir; 1 resma de 100 folhas brancas; 1 caixa de lápis de cor; 1 caixa de lápis de cera; 4 livros “a caixinha dos animais”;</p> <p>1 livro dos sons “meios de transporte”; 1 caixa com 8 puzzles de 3 peças; 2 jogos de encaixe; 1 instrumento musical; 1 tambor; 1 xilofone;</p> <p>12 apitos coloridos; 2 frascos bolas de sabão.</p>

DOR NA CRIANÇA

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO - USF

Elaborado por: Raquel Beça – Aluna EESIP da UCP

Orientado por: Professora Constança Festas



Porto, outubro de 2021

A dor, enquanto sinal vital, tem assumido, ao longo da última década, uma importância crescente no planeamento dos cuidados em enfermagem.

É, portanto, imprescindível que o Enfermeiro Especialista saiba diagnosticar a presença e intensidade da dor na criança, de forma a conseguir controlá-la, através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas.



(Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Objetivos



- ✓ **Aprofundar conhecimentos relativos à dor em Pediatria;**
- ✓ **Identificar e avaliar a dor na criança (12 aos 36 meses);**
- ✓ **Adquirir conhecimentos e capacidades sobre as diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor;**
- ✓ **Compreender a importância do papel do EEESIP na assistência à criança e sua família.**

Sumário

- ✓ **Desenvolvimento Infantil da Criança (12 aos 36 meses)**
- ✓ **Dor em Pediatria**
- ✓ **Avaliação da dor na Criança**
- ✓ **Controlo da dor na Criança**
- ✓ **Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na gestão da dor na Criança**
- ✓ **Conclusão**
- ✓ **Referências Bibliográficas**



Desenvolvimento Infantil na Criança



Piaget

Estádio sensório-motor

- Pensamento com maior maturidade
- Competências lógicas primitivas
- Aquisição da linguagem
- Simbolismo mental
- Fase pré-conceptual
- Uso egocêntrico da linguagem



Erikson

Desenvolvimento Psicossocial

- Sentido de autonomia
- Ultrapassa o sentido de dúvida e vergonha
- Negativismo/Ritualismo
- Egocentrismo

(Hockenberry & Wilson, 2014).



Desenvolvimento Infantil na Criança

O período de desenvolvimento do toddler integra um intervalo especialmente rico, determinado pelo desenvolvimento da locomoção, da linguagem e da motricidade fina.

É, também, marcado por dificuldades importantes, tais como o controle dos esfíncteres, o ciúme dos outros irmãos e os conflitos internos, que levam às tão temidas birras e acessos de raiva, ao negativismo com o "persistente não" e, ainda, à regressão quando ocorre uma situação de *stress* que perturba a sua capacidade de dominar tarefas atuais do desenvolvimento.

Relativamente às mudanças sensoriais, a coordenação e a consolidação das funções voluntárias permitem ao Toddler ouvir melhor, olhar durante mais tempo e aumentar a sua capacidade de atenção. O toque continua a ser um ponto fulcral para o Toddler, sendo que as sensações táteis prazerosas acalmam e confortam-no, especialmente em momentos de dor, *stress* e fadiga.

(Hockenberry & Wilson, 2014).

Desenvolvimento Infantil na Criança

“O pensamento pré-operatório, implica que a criança não consiga pensar em termos de operações e durante o segundo ano de vida, a criança aumenta o uso da simbolização mental, por exemplo, uma agulha é uma coisa que magoa (...) tais experiências de dor assumem um novo significado porque a memória está associada com o acontecimento específico e é natural que se desenvolvam medos, tal como a resistência a pessoas que vistam bata branca ou a salas que se assemelhem a um consultório médico”.

Hockenberry & Wilson (2014, p. 593),



“

Deste modo, a **gestão do bem-estar da criança**, assim como a **avaliação e promoção do seu desenvolvimento infantil** deverão constituir o foco de todos os profissionais de pediatria, intervindo junto das famílias, para que estas fiquem dotadas de competências para interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial

(Cheio, 2016).





Dor em Pediatria



A Associação Internacional para o Estudo da Dor define dor como uma “**experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial**” (Organização Mundial de Saúde, 2012).

O fenómeno de dor remete para uma **abordagem multidimensional, subjetiva e individual**, que compreende a dimensão sensorial, determinada neurofisiologicamente, e a dimensão emocional, que se baseia no estado afetivo, experiências passadas, estádio de desenvolvimento e nos fatores pessoais, socioculturais e espirituais (Batalha, 2010 citado por Ferreira, 2014).

A dor é transversal a todas as faixas etárias (Ferreira, 2014).

Embora a criança possa ter dificuldade em comunicar e caracterizar verbalmente a dor, esta deve ser relevada e o seu controlo deve ser ajustado e adequado (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Dor em Pediatria Tipos de dor



Dor aguda

- Lesão que desaparece quando tratada;
- Mais prevalente na idade pediátrica;
- Episódio transitório, dor conjeturável, intensa, declinante e de curta duração;
- Combinação de dor, ansiedade e medo;

Dor crónica

- Advém de um estímulo nociceptivo perseverante;
- Pode progredir de forma persistente ou recorrente;
- Surtos com duração, intensidade e frequência variados, separados por períodos assintomáticos;
- Longa duração (superior a três meses);
- Influência o seu bem-estar e desenvolvimento infantil;

Dor funcional

- Denominada de psicogénica;
- Difícil tratamento e com tendência para se manter ao longo do desenvolvimento;
- Associada a ansiedade dos pais e da criança;

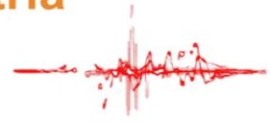


(Ferreira, 2014)
(Figueiredo, 2016)



Dor em Pediatria

Fisiologia da dor



As principais causas de dor persistente são devido a trauma, doenças crônicas e doenças que coloquem risco de vida. Ainda assim, em cuidados de saúde, todas as intervenções diagnósticas e de terapêutica são possíveis fontes de dor na criança. Estima-se que a taxa de prevalência de dor nas crianças seja superior a **90%**.

A plasticidade do Sistema Nervoso Central em desenvolvimento na criança pode explicar as transformações no sistema nociceptivo em maturação, com a modificação constante no padrão de conexões neuronais e mecanismo de resposta à dor.

Hipertensão
Taquicardia
Polipneia

Diminuição da
motilidade
intestinal e
urinária

Diminuição da
atenção e
distúrbios no
sono

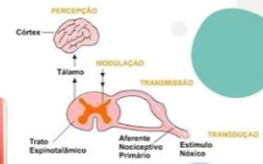
Ansiedade
Irritabilidade
Isolamento

Regressão no
desenvolvimento

(Batalha, 2010)

Dor em Pediatria

Fisiologia da dor



Teoria do Portão

desenvolvida por Melzck e Wall em 1965

A dor não é uma experiência sensorial simples, mas sim um fenómeno neurofisiológico complexo e dinâmico influenciado por diversos fatores

A percepção de um estímulo doloroso envolve quatro fases: a transdução, transmissão, modulação e percepção.

A **transdução** é a conversão de um estímulo doloroso num impulso eletroquímico; A **transmissão** corresponde à condução do potencial de ação até à medula espinal. A **modulação** vai determinar se os estímulos são ou não percebidos como dor. A **percepção** e reações à dor é variável, consoante a interpretação do córtex e as características do estímulo doloroso.

(Batalha, 2010)

Dor em Pediatria

Fatores mediadores da dor na Criança

Fatores individuais

Idade, Género, Nível Cognitivo, Personalidade, Temperamento, Estilo de Confronto, Condições de Saúde, Experiências Prévias



Fatores familiares

Sensibilidade, Empatia, Conhecimentos e atitudes da família, Percepções e atribuição de significado às experiências de dor, Estilo educacional, Modelos de Dor na Família



Fatores socioculturais

Crenças, Valores, Cultura



Fatores associados aos profissionais

Sensibilidade, Empatia, Conhecimento, Atitudes, Pensamentos, Crenças, Significados das Experiências de Dor, Avaliação e Controlo da Dor



Batalha, 2010
Ferreira, 2014

Avaliação da dor na Criança

A **avaliação da dor** nas crianças é um processo complexo e desafiador para os profissionais de saúde, devido à influência de diversos fatores como a idade, etapa do desenvolvimento cognitivo e de linguagem, causa da dor e capacidade da criança para expressar e descrever a dor

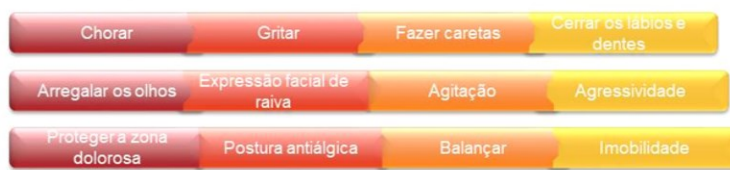
(Hockenberry & Wilson, 2014).





Avaliação da dor na Criança

Comportamentos mais comuns da Criança face a um estímulo doloroso



(Batalha, 2010)

Avaliação da dor na Criança



(Batalha, 2010)

Avaliação da dor na Criança

Escalas de avaliação da intensidade da dor

Escala Face, Legs, Activity, Cry e Consolability (FLACC)

A Direção-Geral da Saúde (2010) recomenda a utilização da escala de FLACC para **menores de 4 anos** ou crianças sem capacidade para verbalizar.

Escala de heteroavaliação que avalia um conjunto de **indicadores comportamentais**.

Vantagens: uso prático, validada para diferentes tipos e contextos de dor, abrange um grupo etário pediátrico amplo, tem uma rápida aplicabilidade e avalia a dor numa escala de zero a dez pontos, o que facilita a comparação com escalas de autoavaliação (Batalha, 2010).

Indicador	Descrição
Face	0 - Nenhuma expressão particular ou sorriso 1 - Careta ocasional ou franzir de sobrancelhas. Alheio, desinteressado 2 - Constante franzir de sobrancelhas, maxilares cerrados, queixo trêmulo
Pernas	0 - Posição normal ou relaxadas 1 - Inquietas, agitadas, tensas 2 - Aos pontapés ou com as pernas encolhidas
Atividade	0 - Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente 1 - Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso 2 - Arqueado, rígido ou com movimentos bruscos
Choro	0 - Ausência de choro (acordado ou adormecido) 1 - Gemidos ou lamentos, queixas ocasionais 2 - Choro persistente, gritos ou suspiros, queixas frequentes
Consolabilidade	0 - Contente, relaxado 1 - Encorajado por toques ocasionais, abraços, conversas. Distrai-se 2 - Difícil de consolar ou confortar

Fonte: Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Avaliação da dor na Criança

Escalas de avaliação da intensidade da dor

Escala Objective Pain Scale (OPS)

Indicador	Descrição
Choro	0 - Ausente 1 - Presente, mas consolável 2 - Presente e inconsolável
Movimento	0 - Ausente 1 - Inquieto 2 - Intenso
Agitação	0 - Adormecido ou calmo 1 - Leve 2 - Histérico
Expressão verbal ou corporal	0 - Adormecido ou sem manifestar dor 1 - Dor leve (não consegue localizar) 2 - Dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando
Varição da tensão arterial sistólica	0 - Aumento de mais 10% 1 - Aumento de 10 a 20% 2 - Aumento de mais ou igual a 20%

(Batalha, 2010)

Escala Children's Hospital of Easter Ontario Pain Scale (CHEOPS)

Indicador	Descrição
Choro	0 - - 1 - Não chora 2 - Geme ou chora 3 - Grito penetrante ou soluços
Face	0 - Sorrir 1 - Face calma, neutra 2 - Caretas 3 - -
Queixas verbais	0 - Fala várias coisas e não se queixa 1 - Não fala, ou queixa-se, mas não de dor 2 - Queixa-se de dor 3 - -
Corpo (tronco)	0 - - 1 - Corpo (tronco) calmo, em repouso 2 - Muda de posição ou agita-se, ou corpo arqueado ou rígido ou trêmulo, ou corpo direito verticalmente, ou em contenção 3 - -
Mãos: toca na zona dolorosa!	0 - - 1 - Não desloca a mão para a zona dolorosa 2 - Localiza, toca ou agarra a zona dolorosa, ou em contenção 3 - -
Pernas	0 - - 1 - Relaxado ou com movimentos suaves 2 - Agitado, ou dá golpes; com pernas rígidas, no ar ou elevadas sobre o corpo, ou de pé, agachado ou ajoelhado, ou em contenção 3 - -

“garantir a prevenção e o tratamento é uma exigência ética e moral que tem de ser assumida por todos os profissionais de saúde como forma de assegurar o bem-estar das crianças e o seu ótimo desenvolvimento”.

Para um efetivo controle da dor é necessário a participação da criança e sua família no planeamento, execução e avaliação dos cuidados, sendo que para tal é fundamental que “os profissionais de saúde demonstrem um envolvimento pessoal e profissional que testemunha uma efetiva presença, escuta, autenticidade, respeito, confiança e interesse pelas particularidades de cada um, promovendo as bases de uma relação de ajuda”



(Batalha, 2010, p. 47-48)

Controlo da dor na Criança

O controle da dor remete-nos, portanto, para a necessidade de colaboração multidisciplinar, uniformização na atuação com a criação de protocolos, o cuidado centrado na criança e na família e ainda para a melhoria contínua, que deve ser o objetivo de todos os profissionais e instituições.



“Cuidar a criança e o adolescente com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 7).

Controlo da dor na Criança Estratégias farmacológicas



Paracetamol 10-15 mg/kg (máx. 4 doses/dia)
Ibuprofeno 5-10 mg/kg (máx. 40 mg/kg/dia)

• 1ª etapa

Morfina 0,05-0,2 mg/kg/dose (máx. 10mg/dose)

• 2ª etapa

Uso do creme anestésico e da
lidocaína (tamponada, gel ou spray)

Uso do protóxido de azoto



Controlo da dor na Criança Estratégias farmacológicas

No que respeita à **via de administração dos fármacos**, tal como recomendado pela Direção-Geral da Saúde, também a Organização Mundial da Saúde defende que as **vias de administração menos invasivas** devem ser privilegiadas.

No **tratamento farmacológico da dor em Pediatria** importa não esquecer que a **farmacocinética e farmacodinâmica** dos analgésicos variam em função do desenvolvimento da criança e as doses devem ter em conta as diferenças no metabolismo, filtração e distribuição (Batalha, 2010).



Controlo da dor na Criança

Estratégias não farmacológicas

As intervenções não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas, pelo que a sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas

(Ordem dos Enfermeiros, 2013).



“KIT CONSULTA SEM DÓI-DÓI”



“

Torna-se fulcral, **identificar a criança na sua individualidade, na forma como percebe e manifesta a dor**, com o objetivo de prestar cuidados diferenciados e adaptados às necessidades de cada criança e família.

“Cuidar a criança com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor” .

(Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 7).



O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na gestão da dor na Criança



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



Desta forma, destaca-se a **importância das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança**, permitindo que esta seja capaz de **gerir a ansiedade e o medo que, geralmente, se encontram associados à execução de procedimentos dolorosos**. É da inteira responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica ajustar estas intervenções à situação específica de cada criança e família (Ferreira, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na gestão da dor na Criança

Das **intervenções não farmacológicas** estudadas para o **estadio desenvolvimental do Toddler**, considera-se que o facto de as mesmas não serem totalmente delineadas para esta faixa etária, e compreenderem estratégias que podem igualmente ser adequadas aos **estádios de desenvolvimento subjacentes**, torna a sua aplicabilidade flexível, mas ao mesmo tempo desafiadora face às **dificuldades desenvolvimentais características do Toddler** (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Um dos princípios que o **Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica** deve ter em conta no **controlo da dor na criança**, é a **negociação destas intervenções com os pais ou pessoa significativa** (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Apesar do estabelecimento progressivo da autonomia do Toddler, este ainda detém uma **dependência natural dos pais/pessoa significativa**, o que coloca o **binómio criança/família como alvo na prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Parceria de cuidados



Otimização da saúde

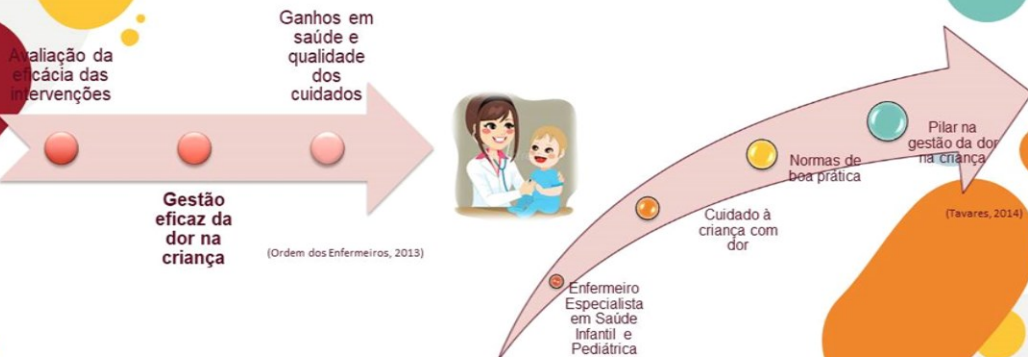


Gestão do regime e parentalidade



(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na gestão da dor na Criança



É fundamental que o **Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica observe a criança/família de forma holística** tendo como fim a **prestação de cuidados individualizados e o controlo eficaz da dor.** (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os **enfermeiros**, apresentam um papel crucial na **avaliação, diagnóstico e controlo da dor**. No desempenho deste papel é necessário que estes **adquiram conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação da dor adequados a cada faixa etária e sobre quais as estratégias a aplicar para alívio da dor.** (Batalha, 2010).

Importa referir que o **envolvimento da família é determinante para o sucesso das intervenções de enfermagem no controlo da dor**, sendo fundamental considerar a família/pessoas significativas como parceiros na prestação de cuidados (Ferreira, 2014).



Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics (2012). Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems. *Pediatrics*, 130 (5). Consultado a 1 de outubro de 2021 em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/130/5/e1391.full.pdf>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspectiva desenvolvimentista*. Revista e Aumentada. Lisboa: Climepsi. Consultado a 1 de outubro de 2021.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. Consultado a 1 de outubro de 2021.
- Batalha, L. (2013). *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década*. Consultado a 1 de outubro de 2021 em: https://www.estesi.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesi_suplemento_2013.pdf
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor Manual de estudo - Versão 1*. Coimbra. Consultado a 1 de outubro de 2021
- Cheio, C. (2016). *Promoção do desenvolvimento infantil* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciência de Saúde. Lisboa. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: [C:/Users/vfep1/Downloads/RELAT%C3%93RIO%20CL%C3%81UDIA%20pdf%20FINAL%20\(3\).pdf](C:/Users/vfep1/Downloads/RELAT%C3%93RIO%20CL%C3%81UDIA%20pdf%20FINAL%20(3).pdf)
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor*. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direcção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direcção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf

Referências Bibliográficas

- Direcção-Geral da Saúde (2018). *Febre na criança/adolescente: Folheto informativo para pais e cuidadores*. Consultado a 5 de outubro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-n-0142018-de-03082018-folheto-pdf.aspx>
- Ferreira, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Consultado a 6 de outubro de 2021 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16309/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20de%20Mariana%20Ferreira.pdf>
- Fiedler, A. (2016). O desenvolvimento psicossocial na perspectiva de Erik H. Erikson. *Revista educação*, 11(1), 78-85. Consultado a 6 de outubro de 2021 em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2265/1700>
- Figueiredo, C. (2016). *Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico da Guarda. Guarda. Consultado a 6 de outubro de 2021 em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20-%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures. 9ª Edição. Volume I: Editora Lusociência. Consultado a 6 de outubro de 2021.
- Lacerda, A. (2010). Dor na criança com doença oncológica – Um projeto de aplicação prática. *Revista Dor em Pediatria*, 17(2), 24-34. Consultado a 6 de outubro de 2021 em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf
- Montoya, A. (2006). Pensamento e Linguagem: percurso piagetiano de investigação. *Revista Psicologia em estudo*, 11(1), 119-127. Consultado a 7 de outubro de 2021 em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/fCP8sTNyyMf7rcmqvVxy8Ds/?format=pdf&lang=pt>
- Monahan, F., Sands, J., Neighbord, M., Marek, J. & Green, C. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas da Saúde e da Doença*. loures: Lusodidacta. Consultado a 7 de outubro de 2021.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na Criança*. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Referências Bibliográficas

- Organização Mundial de Saúde (2012). *Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses*. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/pdf/Bookshelf_NBK138354.pdf
- Rosado, M. (2014). *A brincadeira como promotora de desenvolvimento: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Consultado a 3 de outubro de 2021 em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/18016>
- Rossato, L. M. (2004). Dimensões do Cuidado da Criança Com Dor e de sua Família. *REME – Rev. Min. Enf.*, 8(4), 501-505. Consultado a 2 de outubro de 2021.
- Santos, P. J. M. dos (2016). *Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda da criança hospitalizada: uma intervenção de Enfermagem*. Consultado a 5 de outubro de 2021 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16783/1/Relat%20de%20Est%20a%20Pat%20ad%20Santos%20-%20n%20ba6069.pdf>
- Santos, S. I. da S. C. dos (2016). *Promoção do conforto na criança: estratégias não farmacológicas no alívio da dor*. Consultado a 5 de outubro de 2021 em: [file:///C:/Users/vefp1/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20S%20C%20S%20Isabel%20da%20Silva%20Carvalho%20dos%20Santos%20n%20BA%20192014018%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/vefp1/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20S%20C%20S%20Isabel%20da%20Silva%20Carvalho%20dos%20Santos%20n%20BA%20192014018%20(3).pdf)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014). *Tratamento dor moderada aguda na criança*. Consultado a 1 de outubro de 2021 em: [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes/P2014_DOR_corr%20Clara_tb%20\(3\).pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes/P2014_DOR_corr%20Clara_tb%20(3).pdf)
- Wilson, L. & Tisdall C. (2020). The development and implementation of a paediatric pain protocol within the recovery room environment. *CLINICAL UPDATE*, 26(9). Consultado a 8 de outubro de 2021 em: <https://search.proquest.com/openview/5f02c260131ae470ebb9a1dce201be74/1?pq-origsite=scholar&cbl=33490>

OBRIGADO PELA ATENÇÃO!



APÊNDICE V - “KIT CONSULTA SEM DÓI-DÓI”



APÊNDICE VI – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

(A distração como estratégia não farmacológica para o alívio da dor em crianças e adolescentes)

A distração como estratégia não farmacológica para alívio da dor em crianças e adolescentes: Revisão integrativa

The distraction like non-pharmacological strategy for pain relief in children and adolescents:
Integrative review

Raquel Beça; Constança Festas.

Resumo

Enquadramento: A prevenção da recorrência das estratégias não farmacológicas, designadamente a distração, é fundamental para o controlo e alívio da dor em crianças e adolescentes.

Objetivos: Identificar a evidência científica atual e disponível sobre a eficácia da técnica não farmacológica de distração no controlo e alívio da dor em crianças e adolescentes. Averiguar se esta técnica é muito usada ou não pelos profissionais de saúde aquando da realização de diversos procedimentos médicos que criam dor nos pacientes pediátricos; Analisar se a distração é, de facto, uma boa técnica para reduzir ou aliviar a dor em pacientes pediátricos, contribuindo, em simultâneo, para a redução do seu stress e para uma rápida recuperação.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, através da pesquisa em bases de dados online, com os descritores de pesquisa selecionados, no período de publicação de janeiro de 2022, em inglês, com referências disponíveis e artigos em texto integral.

Resultados: Dos 327 artigos encontrados, foram incluídos 2 estudos com crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade com resultados eficazes em intervenções futuras que apliquem a realidade virtual, objetivando-se um desenvolvimento das capacidades por parte da população pediátrica nesta técnica de distração para o alívio da dor e redução da ansiedade. Os métodos de tratamento não farmacológicos, tal como é o caso das técnicas de distração ou de estimulação cutânea, têm efeitos benéficos durante diversos procedimentos médicos em contexto hospitalar. Devem ser a primeira opção no período de planeamento da intervenção médica, bem como durante e após a sua concretização, visto que podem reduzir

a dosagem da medicação para a dor, ou, inclusive, excluir por completo o tratamento farmacológico da dor. Além dos benefícios, os métodos não farmacológicos são também mais baratos, de fácil acesso e reutilizáveis, bem como passíveis de serem utilizados em qualquer ambiente e contexto, o que demonstra não só a sua eficácia, mas também a sua versatilidade.

Conclusão: Evidenciou-se que os métodos de tratamento não farmacológicos, como as diferentes técnicas de distração ou de estimulação cutânea resultaram numa intervenção viável e eficaz para o controlo da dor e da ansiedade pediátricas numa variedade de tratamentos médicos, em particular da realidade virtual enquanto técnica de distração apelativa para a população pediátrica.

Palavras-chave: crianças, adolescentes; distração; controlo da dor; estratégias não-farmacológicas.

Abstract

Background: Preventing the recurrence of non-pharmacological strategies, namely distraction, is essential for the control and relief of pain in children and adolescents.

Objectives: To identify the current and available scientific evidence on the effectiveness of the non-pharmacological technique of distraction in controlling and relieving pain in children and adolescents. Find out if this technique is widely used or not by health professionals when performing various medical procedures that create pain in pediatric patients; To analyze if distraction is, in fact, a good technique to reduce or alleviate pain in pediatric patients, contributing, at the same time, to the reduction of their stress and to a quick recovery.

Methodology: Integrative literature review, through a search in online databases, with the selected research descriptors, in the publication period of January 2022, in English, with available references and full-text articles.

Results: Of the 327 articles found, 2 studies with children and adolescents up to 18 years of age were included with effective results in future interventions that apply virtual reality, aiming at a development of the pediatric population's abilities in this distraction technique to pain relief and anxiety reduction. Non-pharmacological treatment methods, such as

distraction techniques or skin stimulation, have beneficial effects during various medical procedures in a hospital setting. They should be the first option in the planning period of the medical intervention, as well as during and after its implementation, as they can reduce the dosage of pain medication, or even completely exclude the pharmacological treatment of pain. In addition to the benefits, non-pharmacological methods are also cheaper, easily accessible and reusable, as well as capable of being used in any environment and context, which demonstrates not only their effectiveness, but also their versatility.

Conclusion: It was shown that non-pharmacological treatment methods, such as different techniques of distraction or skin stimulation, resulted in a viable and effective intervention for the control of pediatric pain and anxiety in a variety of medical treatments, in particular virtual reality as a technique of appealing distraction for the pediatric population.

Keywords: children, adolescents; distraction; pain control; non-pharmacological strategies.

Introdução

A dor é uma sensação/experiência emocional desagradável causada por um dano tecidual real ou potencial, sendo descrita consoante tal dano, e pode ser aguda, crônica ou recorrente. Atualmente, a dor consiste num problema de saúde a nível mundial, sendo que o seu alívio e/ou tratamento é um direito humano devidamente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2008). Além disso, é também compreendida como sendo uma experiência bastante stressante, sendo que as crianças são uma população vulnerável e frequentemente subtratada em relação ao alívio da dor.

Ainda que se verifique um crescimento exponencial da evidência científica sobre a dor pediátrica ao longo das últimas décadas, são várias as barreiras que ainda persistem para uma transferência adequada do conhecimento para a prática clínica. Por conseguinte, as crianças continuam a sentir dores desnecessárias ao longo do período de hospitalização, causando experiências stressantes tanto nessas crianças como nas suas famílias (Birnie et al., 2014).

Ora, tendo em consideração as experiências potencialmente stressantes, como é o caso dos procedimentos dolorosos agudos presentes na rotina de hospitalização das crianças, é importante que se implementem estratégias de gestão com o intuito de se minimizarem os

efeitos do stress no desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças e adolescentes. Tais estratégias podem ser compreendidas como esforços cognitivos e comportamentais desempenhados pelas crianças para gerir as demandas externas e internas em situações stressantes, sendo que as intervenções de distração são amplamente reconhecidas como recursos positivos na regulação do stress e utilizadas enquanto forma comportamental ou cognitiva pelas crianças e adolescentes em diversas situações de dor (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

A avaliação da dor pediátrica é crucial para subsidiar escolhas a nível das estratégias e intervenções efetivas para a minimizar, sendo que as dimensões de dor avaliadas pelos profissionais de saúde podem ser a intensidade, a duração, a qualidade afetiva e a localização. Já as medidas de avaliação de dor, por sua vez, englobam medidas de autorrelato e de observações comportamentais, bem como medidas fisiológicas, tal como é o caso da saturação de oxigénio, a frequência cardíaca e o cortisol salivar, estas últimas sendo medidas complementares às primeiras, que são as específicas para avaliar a dor (Linhares & Doca, 2010).

De acordo com evidências científicas, a dor originada por diversos procedimentos agudo (ex: imunizações e punções venosas) é um fator importante de dor pediátrica, podendo deter implicações a longo prazo no comportamento e perceção da dor na criança. De facto, tais procedimentos dolorosos agudos são comuns e frequentes na rotina clínica das crianças que necessitam de cuidados médicos, podendo criar uma dor significativa e sofrimento durante os tratamentos, tal como ansiedade nos seus familiares. A eliminação ou alívio da dor, e sempre que possível, é uma responsabilidade importante dos profissionais de saúde, dado que a dor não tratada pode gerar impactos a longo prazo na vida dos pacientes pediátricos (Noel et al., 2012).

Entre as formas de tratar e aliviar a dor pediátrica salientam-se as intervenções farmacológicas, que objetivam minimizar os sintomas da dor através dos efeitos da ação de medicamentos específicos (ex: analgésicos e sedativos), e as intervenções não farmacológicas, que remetem, por sua vez, para a adoção de técnicas que ajudam a diminuir a perceção da dor, promovem conforto e uma melhor gestão da criança numa situação de dor (Linhares & Doca, 2010).

Com base na literatura existente, algumas das intervenções de tratamento não farmacológico da dor em crianças são: a distração, a hipnose, o relaxamento, a preparação psicológica para procedimentos, entre outros (Birnie et al., 2014). No entanto, a seleção da

técnica mais eficaz deve considerar o tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), o contexto da dor (cirurgia, quadro clínico ou procedimentos invasivos dolorosos) e as características da dor (intensidade, qualidade afetiva, duração e localização). Porém, as intervenções não farmacológicas mais utilizadas com crianças são as técnicas cognitivo-comportamentais, pois ajudam as crianças a desenvolver habilidades para superarem e controlarem a sua dor, as quais são adequadas aos seus níveis de desenvolvimento (Uman et al., 2013).

Assim a revisão integrativa da literatura a estudar foi a distração como estratégia não farmacológica para alívio da dor em crianças e adolescentes, tendo como objetivo melhorar a prática de cuidados de enfermagem diários através da pesquisa de artigos científicos pertinentes e relevantes numa base de dados, e sua posterior análise sob forma de revisão bibliográfica, resultando em conhecimentos inovadores e práticos na área selecionada e baseados em evidências científicas.

Neste sentido, para a prossecução deste trabalho formulou-se a pergunta de partida segundo a estratégia PICO: “ Crianças e adolescentes (P); Implementação da distração (I); Não aplicável (C); Alívio/controlo da dor (O). Por conseguinte, e tendo por base estas componentes do modelo PICO, a questão de investigação formulada foi a seguinte: “A distração como estratégia não farmacológica é eficaz no controlo da dor em crianças e adolescentes?”, e definiram-se os seguintes objetivos: compreender a eficácia da técnica não farmacológica de distração no controlo e alívio da dor em crianças e adolescentes; averiguar se esta técnica é muito usada ou não pelos profissionais de saúde aquando da realização de diversos procedimentos médicos que criam dor nos pacientes pediátricos e analisar se a distração é, de facto, uma boa técnica para reduzir ou aliviar a dor em pacientes pediátricos, contribuindo, em simultâneo, para a redução do seu stress e para uma rápida recuperação.

Método de revisão integrativa

Para a presente revisão integrativa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos escritos em inglês, artigos com data de publicação entre 2017 e 2022 (últimos 5 anos), artigos com texto completo disponível, artigos com títulos e resumos congruentes com o objetivo em estudo e artigos que abordem a estratégia e população em análise ao longo do texto. Antes de proceder à pesquisa bibliográfica na base de dados foi necessário

identificar os descritores de cada componente da questão de investigação. Assim, para definir os descritores da questão recorreu-se ao MeSH browser, o que resultou nos seguintes descritores e consoante a componente em que se inserem: P (*Patients/Pacientes*) – *children and adolescents*; I (*Intervention/Intervenção*) – *distraction*; C (*Comparison/Comparação*) – Não aplicável; O (*Outcomes/Resultados*) – *painrelief*.

Após a definição destes descritores, procedeu-se à elaboração da frase booleana, a qual foi adequadamente usada na base de dados para recolher os artigos científicos pertinentes para a investigação. A frase booleana formulada foi a seguinte: (distraction) **AND** (pain relief) **AND** (children and adolescents).

A base de dados utilizada no presente trabalho foi a PubMed e a pesquisa foi realizada no mês de janeiro de 2022.

Resultados e interpretação

Após a inserção dos termos previamente referidos, e na forma da frase booleana previamente estabelecida, foram obtidos 327 artigos em inglês. Porém, o número total foi sofrendo algumas alterações e à medida que foram sendo aplicados os critérios de inclusão. Assim, depois de delimitar o período de publicação dos artigos (entre 2017 e 2022) foram obtidos 103 artigos, o que significa que foram excluídos 224 artigos. Desses 103 artigos, 70 não tinham o texto completo disponível, tendo permanecido apenas 33 artigos para análise posterior. Dos 33 artigos, 11 foram excluídos por não conterem evidências científicas adequadas e/ou pertinentes para a presente revisão integrativa, permanecendo apenas 22 artigos.

Finalmente, após a leitura integral destes 22 artigos, 20 foram excluídos por não serem considerados como sendo pertinentes para o presente trabalho, seja por não responderem à questão de investigação formulada, seja por não compreenderem a população pretendida (crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade), o que resultou na inclusão de apenas 2 artigos para a análise crítico-reflexiva (Figura 1).

Em seguida, apresento a análise dos artigos selecionados, e sob a forma de tabela de evidências, com o intuito de uniformizar a análise e de facilitar a sua compreensão. Em cada tabela foram resumidos os elementos considerados como sendo os mais pertinentes

para a análise dos artigos, tal como é o caso da sua identificação, título, palavras-chave, objetivos do estudo, critérios de inclusão e exclusão, a metodologia adotada, a amostra do estudo, os resultados obtidos, as limitações e as conclusões dos próprios autores.

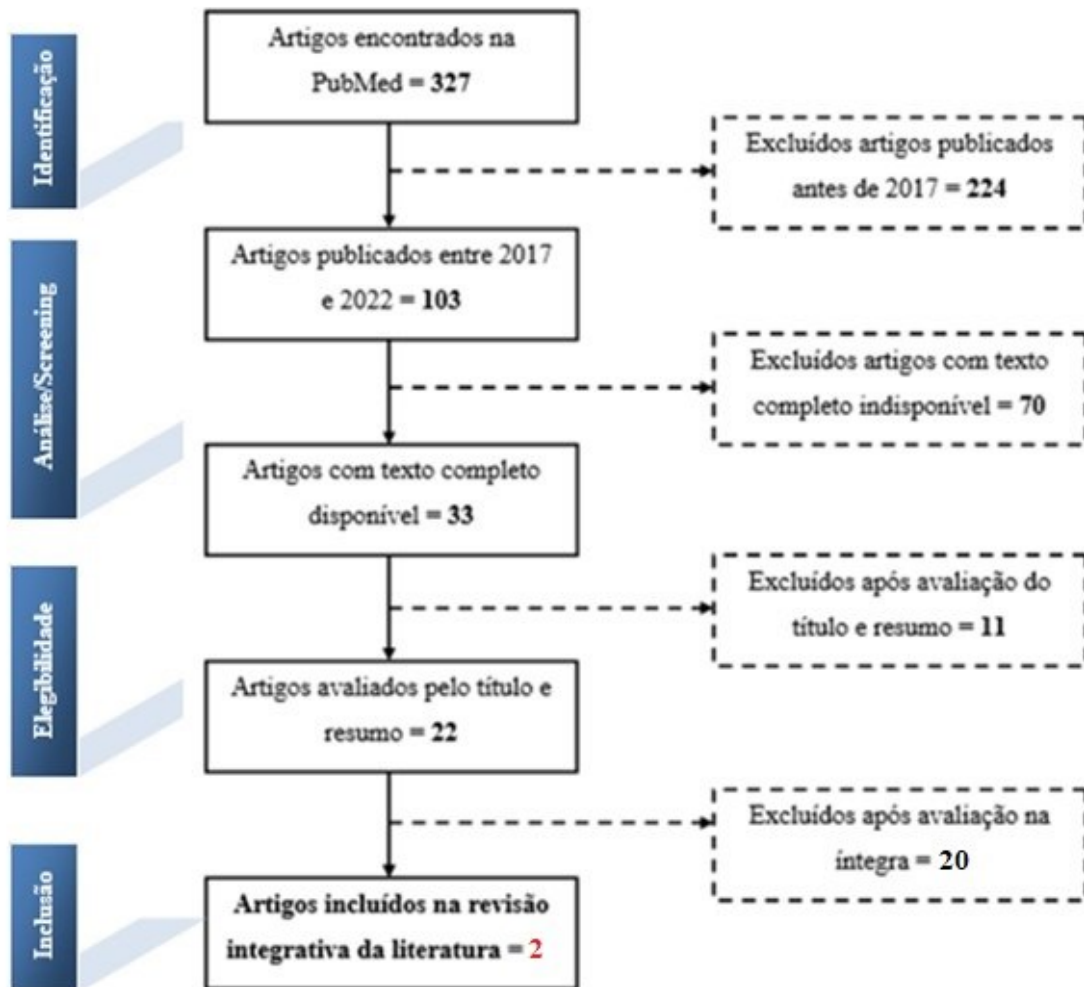


Figura 4 – Diagrama PRISMA

São apresentadas duas tabelas (Tabela 1 e 2) de evidência através de um resumo da revisão crítica dos 2 artigos incluídos na presente revisão integrativa da literatura, com o intuito de se responder à questão de investigação previamente formulada. Assim, os artigos analisados são:

Artigo 1: Paediatric pain medicine: Pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room;

Artigo 2: Design strategies for virtual reality interventions for managing pain and anxiety in children and adolescents: Scoping review.

Tabela 1 – Tabela de evidência do artigo 1

Artigo 1	
Referência bibliográfica	Pancekauskaitė, G., & Jankauskaitė, L. (2018). Paediatric pain medicine: Pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room. <i>Medicina (Kaunas)</i> , 54(6), 94.
Palavras-chave	Paediatric pain; Acute pain; Procedural pain; Pain assessment; Management; Nonpharmacological.
Objetivo do estudo	Resumir as características da dor pediátrica, juntamente com a sua fisiologia, avaliação e controlo, e destacar a importância da eficácia do controlo não farmacológico da dor num ambiente de urgências pediátricas.
Tipo de estudo	Revisão da literatura.
Amostra	Crianças e adolescentes com idades entre os 1 e os 18 anos.
Critérios de inclusão	Estudos que abordam as características da dor pediátrica, a sua fisiologia, avaliação e controlo e a eficácia das técnicas não farmacológicas de controlo da dor num ambiente de urgências pediátricas.
Critérios de exclusão	Estudos que não abordam os conceitos mencionados, relativos à dor pediátrica e às técnicas não farmacológicas de controlo da dor.

Recolha e análise de dados	Ao longo de toda a extensão do artigo, os autores analisam todos os estudos reunidos (no total os autores incluíram 128 estudos) sobre os diversos conceitos inerentes à temática.
Conclusões	Crianças com idades distintas, e inclusive recém-nascidos, são capazes de sentir dor e necessitam de analgesia para os procedimentos mais dolorosos. A redução efetiva da dor durante os diversos procedimentos nas urgências está associada ao pré-planeamento do procedimento, a uma avaliação adequada da dor, ao treino dos pais e às informações claras sobre o processo e emoções associadas. Na fase de pré-planeamento, as características da criança que devem ser consideradas são a idade, o género, a personalidade, o temperamento, as experiências dolorosas anteriores em ambiente hospitalar, a participação e influência familiar e o método de tratamento não farmacológico mais adequado, isolado ou em conjunto com analgésicos. É crucial escolher a ferramenta correta para avaliar a dor de acordo com a idade da criança, avaliando os seus comportamentos e sinais fisiológicos. Os métodos de tratamento não farmacológicos, como diferentes técnicas de distração ou de estimulação cutânea, têm um efeito benéfico durante os procedimentos realizados nas urgências pediátricas. Além disso, devem ser a primeira opção no período de pré-planeamento, assim como durante e após os procedimentos. Tais métodos podem ainda reduzir a dosagem da medicação para a dor em alguns casos. Por fim, os métodos não farmacológicos de controlo da dor são geralmente baratos, de fácil acesso, reutilizáveis e adaptáveis a qualquer situação e ambiente.
Limitações do estudo	Não foi referido pelos autores.
Comentário	É importante que os profissionais de saúde utilizem instrumentos de avaliação da dor pediátrica eficazes e corretos, tendo sempre em consideração várias características

da criança/paciente. Além disso, na fase de pré-planeamento do procedimento médico, os profissionais devem ter em conta a avaliação da dor previamente realizada, com o intuito de implementarem a técnica não farmacológica de controlo da dor mais pertinente e eficaz, entre as quais se destaca a distração, que é considerada como sendo deveras eficaz neste contexto, aliviando, de facto, a dor das crianças e adolescentes durante diversos procedimentos médicos dolorosos. Estas técnicas devem ser sempre consideradas em contextos hospitalares pediátricos, não só devido à sua eficácia, mas também devido aos benefícios inerentes (baratas, de fácil acesso, reutilizáveis e adaptáveis a qualquer contexto/ambiente).

Tabela 2 – Tabela de evidência do artigo 2

Artigo 2	
Referência bibliográfica	Ahmadpour, N., Keep, M., Janssen, A., Rouf, A., & Marthick, M. (2020). Design strategies for virtual reality interventions for managing pain and anxiety in children and adolescents: Scoping review. <i>JMIR Serious Games</i> , 8(1), e14565.
Palavras-chave	Virtual reality; Distraction; Pain; Anxiety; Children; Adolescents; Design.
Objetivo do estudo	Fornecer uma revisão atualizada sobre o uso de realidade virtual para controlo da dor e ansiedade em pacientes pediátricos submetidos a procedimentos médicos.
Tipo de estudo	Revisão da literatura.
Amostra	Crianças e adolescentes com idades entre os 2 e os 15 anos.
Critérios de inclusão	Artigos revistos por pares; Artigos publicados em inglês depois de 2012; Artigos que descrevem uma intervenção de realidade virtual para controlar ou reduzir, ou ambos, a dor, a ansiedade ou o stress, ou a sua combinação, em crianças e adolescentes com

	menos de 18 anos submetidos a procedimentos ou tratamentos médicos.
Crítérios de exclusão	Estudos que investigaram o uso de realidade virtual para educação do paciente, treino das suas habilidades sociais ou reabilitação; Estudos que abordavam intervenções para o controlo de fobias; Artigos que se concentraram em bebés ou crianças com deficiência intelectual, transtorno do espectro autista, paralisia cerebral, distúrbios do neurodesenvolvimento ou distúrbios cognitivos permanentes ou deficiência física.
Recolha e análise de dados	Um formulário de recolha de dados foi desenvolvido para extrair os seguintes aspetos do estudo: autores, ano, procedimento médico abordado, tamanho da amostra, faixa etária, distribuição de género, tipo de auriculares/fores de ouvido usado, produto comercial ou design sob medida, descrição da aplicação de realidade virtual, descrição e design da qualidade da aplicação de realidade virtual (se disponível), desenho do estudo, grupo de controlo, objetivo da intervenção, variável dependente, ferramentas para medição e resumo dos resultados.
Conclusões	A realidade virtual tem sido amplamente usada no setor da saúde e demonstrou ser eficaz no controlo da dor e da ansiedade em vários contextos, incluindo a pediatria. O estudo revelou que a realidade virtual foi adotada como uma intervenção viável para o controlo da dor e da ansiedade pediátricas numa variedade de tratamentos médicos. No entanto, apenas metade dos artigos analisados tentou projetar a aplicação da realidade virtual especificamente no contexto a que se destinava.
Limitações do estudo	Falta de medidas de avaliação para estabelecer a eficácia de novas intervenções de realidade virtual para crianças e adolescentes;

Lacuna de pesquisa sobre o impacto dos elementos do design e da estratégia na dor ou o resultado na ansiedade, o que desafia a confiabilidade dos resultados;

Falta de colaboração e pesquisa interdisciplinar em relação à tecnologia média de realidade virtual para o controlo da dor e da ansiedade, pois vários artigos que usaram uma aplicação de realidade virtual não apresentaram testes clínicos.

Comentário

A realidade virtual é uma escolha viável para controlar a dor e a ansiedade numa variedade de tratamentos médicos em pacientes pediátricos.

Atentando primeiramente na literatura existente sobre a temática em análise, e tendo em consideração os pressupostos defendidos em vários estudos, as intervenções psicológicas mais eficazes no tratamento e/ou alívio da dor são: A distração, que compreende técnicas que direcionam a atenção das crianças para estímulos não relacionados com o procedimento doloroso (ex.: jogos, diálogos ou vídeos); A hipnose, que remete para a dissociação da experiência dolorosa através de situações imaginárias prazerosas ou seguras; O relaxamento, que envolve o controlo respiratório associado ao relaxamento progressivo dos diversos músculos do corpo; A preparação psicológica, onde são fornecidas informações antecipatórias sobre as etapas do procedimento e as sensações que o mesmo gera; A modelação, que consiste na demonstração e simulação do procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamentos positivos em relação à situação; E a dessensibilização, que está associada à exposição gradual à situação de dor que gera ansiedade na criança (Birnie et al., 2014; Linhares & Doca, 2010; Uman et al., 2013). No que diz respeito às estratégias de distração, que são o principal foco da presente revisão, estas demonstram um impacto muito positivo no suporte não farmacológico para alívio da dor durante os procedimentos dolorosos agudos. De um modo geral, a distração envolve o estabelecimento de um conjunto de rotinas, sendo que os fatores de distração podem ser de diversos tipos, com o intuito de desviar a atenção da criança para longe dos aspetos aversivos dos procedimentos dolorosos, direcionando para estímulos mais agradáveis, reduzindo,

assim, o impacto dessas experiências sobre o medo infantil. Na verdade, diversos estudos de revisão demonstraram que a distração é eficaz na redução da dor pediátrica, para além de descreverem várias técnicas passíveis de serem utilizadas, designadamente: Distração multimodal com aplicações tecnológicas (Kipping, Rodger, Miller & Kimble, 2012); Distração audiovisual (Downey & Zun, 2012); Realidade virtual (Kipping et al., 2012); Jogos (Miller et al., 2010); Distração com jogos de cartas (Inal & Kelleci, 2012); Distração com um caleidoscópio (Tüfekci, Celebioğlu & Küçükoğlu, 2009); Distração com uma bola elástica (Sadeghi et al., 2013); Ensinar a criança a usar a sua imaginação (Kline et al., 2010); Distração para gestão comportamental por parte dos pais da criança (Slifer et al., 2009).

Contudo, apesar de a técnica de distração ser frequentemente utilizada como estratégia de tratamento não farmacológico da dor em crianças, as evidências empíricas sobre a eficácia desta técnica ainda são insuficientes. De facto, alguns estudos têm demonstrado a existência de algumas lacunas metodológicas sobre as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, tais como: amostras pequenas, poucos estudos randomizados controlados e falta de descrições precisas dos procedimentos para o alívio da dor (Birnie et al., 2014).

Por sua vez, outros autores evidenciam a necessidade de melhorias na qualidade metodológica dos estudos existentes, almejando-se a promoção de diretrizes para a prática clínica, evidenciando, em simultâneo, a importância de se considerar o impacto dos tipos de distração e as características da amostra em análise (Uman et al., 2013).

Antes de analisar, de forma crítica, as contribuições dos dois artigos incluídos na presente revisão integrativa da literatura, é pertinente contextualizar, em primeiro lugar, o uso da realidade virtual enquanto técnica de distração para aliviar a dor em crianças e adolescentes, visto que o artigo 2 se baseia na implementação desta técnica tecnológica para aliviar a dor em pacientes pediátricos submetidos a diversos tratamentos/procedimentos médicos.

Essencialmente, a realidade virtual compreende um tipo de distração em que se verifica a simulação da realidade através do uso da tecnologia. De facto, no seu estudo Kipping et al. (2012) verificaram uma redução efetiva na intensidade da dor aguda durante determinados procedimentos médicos em crianças, comparando com uma distração padrão do local. Mais precisamente, os autores provaram que a própria equipa de enfermagem notou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de realidade virtual e o de distração padrão

durante alguns procedimentos médicos, o que corrobora a eficácia desta técnica de distração no alívio da dor em pacientes pediátricos.

No estudo conduzido por Ahmadpour et al. (2020), que consiste no artigo 2 em análise no presente trabalho, os autores objetivaram fornecer uma revisão atualizada sobre o uso da realidade virtual enquanto técnica de distração para o controlo da dor e ansiedade em pacientes pediátricos submetidos a procedimentos médicos. De facto, com base nos 1386 artigos analisados pelos autores a realidade virtual é uma escolha extremamente viável no controlo da dor e da ansiedade na população pediátrica e no âmbito de diversos procedimentos médicos. Porém, Ahmadpour et al. (2020) evidenciam que os produtos comerciais existentes ainda carecem de alguma diversidade, motivo pelo qual as estratégias atuais ainda são bastante limitadas. Assim, os autores recomendam intervenções futuras que apliquem a realidade virtual neste mesmo contexto, objetivando-se um desenvolvimento das capacidades por parte da população pediátrica nesta técnica de distração para o alívio da dor e redução da ansiedade.

Já Pancekauskaitė e Jankauskaitė (2018), que remetem para o artigo 1 em análise no presente estudo, desenvolveram uma investigação relacionada com a abordagem da eficácia das estratégias não farmacológicas em geral para controlar a dor em pacientes pediátricos num contexto de urgência hospitalar. Em termos mais concretos, estes autores contribuem para a área de atuação em questão devido ao facto de demonstrarem que os métodos de tratamento não farmacológicos, tal como é o caso das técnicas de distração ou de estimulação cutânea, têm efeitos benéficos durante diversos procedimentos médicos em contexto hospitalar.

Na verdade, de acordo com a perspetiva de Pancekauskaitė e Jankauskaitė (2018) estes métodos em particular devem ser a primeira opção no período de planeamento da intervenção médica, bem como durante e após a sua concretização, visto que podem reduzir a dosagem da medicação para a dor, ou, inclusive, excluir por completo o tratamento farmacológico da dor. Por conseguinte, e para além de todos estes benefícios, os métodos não farmacológicos são também mais baratos, de fácil acesso e reutilizáveis, bem como passíveis de serem utilizados em qualquer ambiente e contexto, o que demonstra não só a sua eficácia, mas também a sua versatilidade.

Conclusão

A presente revisão integrativa da literatura teve como principal objetivo analisar a eficácia da utilização da distração enquanto estratégia não farmacológica para o alívio da dor em

crianças e adolescentes. Por conseguinte, a questão de investigação formulada com base nas várias componentes do modelo PICO foi a seguinte: “A distração como estratégia não farmacológica é eficaz no controlo da dor em crianças e adolescentes?” Para encontrar evidências científicas que respondessem a esta questão, procedeu-se a uma pesquisa de artigos científicos na base de dados PubMed, baseada em critérios de inclusão estabelecidos a priori. No total obtiveram-se 327 artigos, sendo que durante o processo de seleção se procedeu à exclusão de centenas de artigos, resultando na inclusão de apenas 2 artigos na presente revisão integrativa da literatura.

O artigo 1, da autoria de Pancekauskaitė e Jankauskaitė (2018), discorre sobre as características da dor pediátrica, assim como a sua fisiologia, avaliação e controlo, destacando também a eficácia do controlo não farmacológico da dor num ambiente de urgências pediátricas. Nesta revisão da literatura, os autores evidenciaram que os métodos de tratamento não farmacológicos, como as diferentes técnicas de distração ou de estimulação cutânea, têm um efeito benéfico durante os procedimentos realizados nas urgências pediátricas. Além disso, os autores consideram que estas técnicas devem ser a primeira opção no período de pré-planeamento, durante e após os procedimentos médicos. Eventualmente, estas técnicas podem também reduzir a dosagem da medicação para a dor em alguns casos, para além de serem mais baratas, de fácil acesso, reutilizáveis e adaptáveis a qualquer situação e ambiente.

Por fim, o artigo 2, da autoria de Ahmadpour et al. (2020), fornece uma revisão atualizada sobre o uso da realidade virtual para o controlo da dor e ansiedade em pacientes pediátricos submetidos a procedimentos médicos. Esta revisão da literatura, por sua vez, evidencia que a realidade virtual tem sido amplamente usada no setor da saúde, sendo extremamente eficaz no controlo da dor e da ansiedade em contextos pediátricos. De facto, a aplicação da realidade virtual no estudo conduzido resultou numa intervenção viável e eficaz para o controlo da dor e da ansiedade pediátricas numa variedade de tratamentos médicos, o que corrobora, portanto, a validade e eficácia das técnicas de distração, neste caso em particular da realidade virtual enquanto técnica de distração apelativa para a população pediátrica.

Referências Bibliográficas

Ahmadpour, N., Keep, M., Janssen, A., Rouf, A., &Marthick, M. (2020). Design strategies for virtual reality interventions for managing pain and anxiety in children and adolescents: Scoping review. *JMIR Serious Games*, 8(1), e14565.

- Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C.T., Uman, L. S., Kisely, S. R., & McGrath, P. J. (2014). Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 39*(8), 783-808.
- Downey, L. V. A., & Zun, L. S. (2012). The impact of watching cartoons for distraction during painful procedures in the emergency department. *Pediatric Emergency Care, 28*(10), 1033-1035.
- Inal, S., & Kelleci, M. (2012). Distracting children during blood draw: Looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *International Journal of Nursing Practice, 18*(2), 210-219.
- International Association for Study of Pain (2008). Definition of pain. *IASP*. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. Consultado a 19 de janeiro de 2022.
- Kipping, B., Rodger, S., Miller, K., & Kimble, R. M. (2012). Virtual reality for acute pain reduction in adolescents undergoing burn wound care: A prospective randomized controlled trial. *Burns, 38*(5), 650-657.
- Kline, W. H., Turnbull, A., Labruna, V. E., Haufler, L., DeVivio, S., & Ciminera, P. (2010). Enhancing pain management in the PICU by teaching guided mental imagery: A quality-improvement project. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(1), 25-31.
- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: Avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia, 18*(2), 307-325.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-764.
- Miller, K., Rodger, S., Bucolo, S., Greer, R., & Kimble, R. M. (2010). Multi-modal distraction: Using technology to combat pain in young children with burn injuries. *Burns, 36*, 647-658.
- Noel, M., Chambers, C. T., McGrath, P. J., Klein, R. M., & Stewart, S. H. (2012). The influence of children's pain memories on subsequent pain experience. *Pain, 153*, 1563-1572.
- Pancekauskaitė, G., & Jankauskaitė, L. (2018). Paediatric pain medicine: Pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room. *Medicina (Kaunas), 54*(6), 94.

- Sadeghi, T., Mohammadi, N., Shamshiri, M., Bagherzadeh, R., & Hossinkhani, N. (2013). Effect of distraction on children's pain during intravenous catheter insertion. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 18*(2), 109-114.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology, 58*, 119-144.
- Slifer, K. J., DeMore, M., Vona-Messersmith, N., Pulbrook-Vetter, V., Beck, M., Dalhquist, L., ... & Johnson, E. (2009). Comparison of two brief parent-training interventions for child distress during parent-administered needle procedures. *Children's Health Care, 38*(1), 23-48.
- Tüfekci, F. G., Celebioğlu, A., & Küçükoğlu, S. (2009). Turkish children loved distraction: Using kaleidoscope to reduce perceived pain during venipuncture. *Journal of Clinical Nursing, 18*(15), 2180-2186.
- Uman, L. S., Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. R. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*(10), CD005179.