



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

Por

Sara Patrícia dos Santos Rocha

Porto, junho de 2021



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**  
**PRACTICUM REPORT**

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

Por

Sara Patrícia dos Santos Rocha

Sob a orientação de Doutora Constança Festas

Porto, junho de 2021

## **RESUMO**

O presente relatório emerge no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado no Instituto de Ciências da Saúde (Pólo Porto) da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido desenvolvido no decurso da Unidade Curricular ‘Estágio Final e Relatório’.

No desenvolvimento do documento são apresentadas as competências adquiridas em contexto de estágio final, em concordância com as definidas no plano de estudos, reunidas em quatro domínios de atuação: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O objetivo primordial deste relatório relaciona-se com descrição e análise reflexiva acerca do percurso de aprendizagem trilhado ao longo da componente de estágio, aliando a pesquisa bibliográfica, com o propósito de demonstrar as competências alcançadas nas diferentes áreas de atuação, designadamente na comunicação, parentalidade, parceria de cuidados, cuidados centrados no desenvolvimento, entre outras.

A prestação de cuidados em situações de especial complexidade, o desenvolvimento de um discurso fundamentado para transmitir as tomadas de decisão baseado na capacidade de reflexão, aliados à procura constante do incremento de uma prática baseada na evidência científica mais atual, contribuiram para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista, Saúde Infantil e Pediátrica, binómio criança/família, parentalidade, competências



## **ABSTRACT**

This report emerges in the scope of the Master's degree in Nursing in the Area of Specialization of Child and Pediatric Health Nursing, taught at the Institute of Health Sciences (Oporto Pole) of the Universidade Católica Portuguesa, having been developed in the course of the Curricular Unit 'Final Internship and Report'.

In the development of the document, the competencies acquired in the context of final stage, in accordance with those defined in the study plan, are presented gathered in four areas of activity: domain of professional responsibility, ethics and legal; mastery of continuous quality improvement; mastery of care management; mastery of the development of professional learning.

The primary objective of this report is related to description and reflexive analysis about the learning path trodden along the internship component, combining bibliographic research, with the purpose of demonstrating the competencies achieved in the different areas of activity, namely communication, parenting, care partnership, development-centered care, among others.

The provision of care in situations of special complexity, the development of a discourse based on the decision-making based on the capacity for reflection, allied to the constant search for the increase of a practice based on the most current scientific evidence, contributed to the acquisition of competencies of Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

**Keywords:** Specialist Nurse, Child and Pediatric Health, child/family binomial, parenting, skills



*Nenhuma  
pegada é tão pequena que não deixe a sua marca neste mundo.*



## AGRADECIMENTOS

*À Professora Doutora Constança Festas, pela sua preciosa mentoria de proximidade, sempre atenta e individualizada, dotada de incansável motivação e empenho e, acima de tudo, compreensão.*

*A todas as Enfermeiras tutoras, pelo seu acolhimento imediato, pela forma como me desafiaram e pelo exemplo e mestria, generosidade e preocupação.*

*A todas as colegas deste percurso, por terem caminhado a meu lado neste grande desafio.*

*Às equipas de Pediatria e, mais recentemente, à equipa de Neonatologia, por todos os dias vincarem a minha certeza de que é no mundo das crianças que eu quero crescer.*

*À Família que são amigos e aos Amigos que são família, pelos afetos que nos unem, pela partilha deste sonho recheado de lágrimas, sorrisos, histórias, confissões, noites mal dormidas e desafios. Grata pelo vosso colo e abraço, por me mostrarem e serem o caminho.*

*Aos meus pais, mãe e pai, por tudo o que sou e por serem as minhas Rochas firmes.*

*A ti, Nuno, pela incansável tolerância e apoio incondicional, pela mão que me guia sempre e que me ergue, por seres sal da terra e luz do meu mundo.*

*E ao amor, que floresceu durante esta caminhada e que vamos transformar em vida.*



*Dedico este trabalho a todas as crianças e seus pais,  
que me ensinaram e ensinam a ser Enfermeira.*



## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| APR      | Atendimento Pediátrico Referenciado   |
| CIPE     | Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem                      |
| CLE      | Curso de Licenciatura em Enfermagem   |
| EDIN     | <i>Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau</i>                           |
| EEESIP   | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica          |
| EESIP    | Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica                     |
| ESIP     | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica                                     |
| EIHSCP-P | Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos         |
| EMLA     | <i>Eutectic Mixture of Local Anesthetics</i>                                  |
| FLACC    | <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>                               |
| KIDSCARE | <i>Knock, Introduce, Determine, Safety, Clean, Advocate, Respond, Explain</i> |
| MEDLINE  | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>                |
| NHACJR   | Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco                       |
| NIDCAP   | <i>Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program</i>       |
| OBS      | Sala de Observações   |
| RN       | Recém-Nascido   |
| SUP      | Serviço de Urgência Pediátrica  |
| UCA      | Unidade de Cirurgia de Ambulatório  |
| UCIN     | Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais                                      |
| UDC      | <i>Universe of Developmental Care</i>   |



## ÍNDICE GERAL

|  |     |
|--|-----|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | 17  |
| <b>2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS</b> .....                 | 19  |
| 2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .           | 21  |
| 2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....                      | 59  |
| 2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS .....                                | 63  |
| 2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS<br>PROFISSIONAIS ..... | 67  |
| <b>3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b> .....     | 71  |
| <b>4. CONCLUSÃO</b> .....  | 73  |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....                                  | 75  |
| <b>APÊNDICES</b> .....   | 85  |
| APÊNDICE I: MANUAL SALA DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA .....                   | 86  |
| APÊNDICE II: DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PEDIATRIA .....                   | 132 |



## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho emerge no âmbito da Unidade Curricular *Estágio Final e Relatório*, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, e procura ilustrar o percurso desenvolvido ao longo do estágio.

A Unidade Curricular Estágio Final e Relatório comporta 30 *European Credit Transfer System*, o que corresponde a 750 horas totais de trabalho, 360 horas de contacto em contexto clínico de assistência de enfermagem à criança/família, 20 horas de frequência em seminários, onde foram desenvolvidos temas como processo de decisão clínica em enfermagem; orientações sobre a elaboração do relatório de estágio (conteúdo e forma); orientações sobre a discussão do relatório de estágio quanto aos aspetos formais e de conteúdo acerca da preparação e da realização das provas de defesa pública para a obtenção do grau de mestre em enfermagem e, ainda, as horas de orientação tutorial com o orientador. No Plano de Estudos estão preconizados os seguintes objetivos:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;

- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.

Para atingir estes objetivos, estão também definidas, no Plano de Estudos, um conjunto de competências específicas. A partir dessas competências, foram traçados objetivos específicos para cada contexto do estágio e sistematizadas as atividades desenvolvidas de modo a atingir as competências, que integram uma reflexão crítica suportada na evidência científica. O relatório agora apresentado pretende assim descrever todo este processo de aquisição de competências desenvolvidas ao longo de todo o processo formativo do Mestrado em Enfermagem e, também, explanar as competências desenvolvidas no estágio final que decorreu numa Unidade de Neonatologia, num Serviço de Urgência Pediátrica e num Serviço de Pediatria, no período entre 5 de novembro de 2020 a 9 de abril de 2021.

A elaboração deste relatório adota uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, acerca do percurso de aprendizagem trilhado ao longo da componente de estágio, fundamentada por pesquisa bibliográfica e, tendo em conta os objetivos específicos previamente propostos, demonstrando as competências adquiridas e as suas implicações na futura prática profissional.

O documento apresentado encontra-se dividido em capítulos, por forma a uma sistematização e compreensão mais clara. O primeiro capítulo diz respeito à aquisição das competências especializadas, subdividindo-se em quatro subcapítulos, nos quais apresento uma descrição detalhada do processo de desenvolvimento das várias competências. A divisão foi efetuada por domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; domínios estes com designação conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; em cada conjunto de competências agrego os respetivos objetivos, enuncio as atividades/estratégias desenvolvidas e a análise crítica da implementação e competências atingidas. No capítulo seguinte, avalio globalmente o estágio e quais as implicações na prática profissional. Por último, termino com a conclusão, realçando os aspetos gerais da experiência vivida em estágio, designadamente quanto às principais aprendizagens, dificuldades e desafios sentidos.

Na realização deste trabalho apresento a referenciação bibliográfica segundo a norma da *American Psychological Association*.

## **2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

Neste capítulo, iniciarei pela descrição das aprendizagens profissionais e académicas até à consecução do presente trabalho, que me permitiu a aquisição de um conjunto de competências definidas no Plano de Estudos. De seguida, abordarei de uma forma crítica e reflexiva, as estratégias e atividades desenvolvidas durante o estágio, sendo evidenciadas as aprendizagens desenvolvidas ao longo deste percurso, de forma a responder às 23 competências propostas pelo Plano de Estudos. Para as competências foram traçados objetivos específicos que serão alcançados através das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

O caminho percorrido enquanto enfermeira iniciou-se numa Unidade de Cuidados Continuados, assim que concluí o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). Passei ainda por um Serviço de Medicina e, em 2019, surgiu a oportunidade de trabalhar num Serviço de Pediatria Oncológica.

A vontade de trabalhar na área da Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica vem já desde há algum tempo e foi consolidada no CLE no Estágio Curricular de Pediatria. Aliado a este gosto, a área dos Cuidados Paliativos sempre despertou um grande interesse e, por isso, em 2018 ingressei no Curso de Pós-Graduação em Cuidados Paliativos Pediátricos no Instituto de Ciências da Saúde (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Assim que iniciei o meu trabalho no Serviço de Pediatria Oncológica e face à necessidade de saber, saber mais para melhor atuar, levou-me a ingressar no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Durante o percurso formativo do curso de Mestrado, as unidades curriculares teóricas revestiram-se de grande importância tendo-me permitido adquirir conhecimentos: sobre a saúde da criança na área do crescimento e desenvolvimento, as necessidades da criança, a deteção precoce e o encaminhamento de situações de risco, o Plano Nacional de Vacinação, a prevenção de acidentes, a saúde escolar, as políticas de saúde. Ainda, o conhecimento acerca da legislação e recursos e dos programas nacionais em vigor são importantes no desenvolvimento da nossa prática.

Foi fundamental perceber a Parentalidade enquanto transição e quais os fatores que a influenciam, aprender acerca do modelo de parceria de cuidados e dos seus pressupostos, as estratégias de comunicação utilizadas nos diferentes estádios de desenvolvimento. Quanto aos cuidados neonatais, aprender sobre os cuidados centrados no desenvolvimento, as técnicas de conforto ao recém-nascido (RN), a amamentação, muniu-me de conhecimentos que depois mobilizei para a prática. Destaco ainda que, a compreensão das especificidades da avaliação e controlo da dor em pediatria e as orientações técnicas descritas para cada estádio de desenvolvimento bem como, a consolidação teórica acerca do papel do enfermeiro de pediatria na assistência de enfermagem à criança com doença aguda, crónica, mental, terminal e em situação crítica ajudou ao desempenho da prática em contexto de estágio. Foi importante também perceber a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na identificação e intervenção precoce de situações de risco para a criança desde o nascimento, durante a vigilância de saúde e na escola, referenciando crianças/jovens para outros profissionais sempre que necessário. Na área da Psicologia, aprender sobre os padrões de funcionamento psicológico nas diferentes etapas do desenvolvimento da infância até à adolescência, estabelecendo as relações entre os processos de desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial e considerando os diferentes fatores que os favorecem e afetam, permitiu-me desenvolver uma atitude aberta e crítica perante os diferentes modelos que explicam o desenvolvimento, considerando que o desenvolvimento ao longo do ciclo vital é um campo científico constantemente renovado. Para além destas unidades curriculares teóricas, tive oportunidade de efetuar no 3º semestre do ano letivo 2019/2020 um estágio no âmbito da Unidade Curricular *A saúde da criança e família: vigilância e decisão clínica*. Este contexto de cuidados possibilitou-me desenvolver competências por forma a compreender, refletir e intervir no domínio dos cuidados de enfermagem a prestar à criança/adolescente e sua família: em contexto comunitário e em situação de saúde. Permitiu ainda desenvolver e demonstrar competências em educação para a saúde da criança e família, e desenvolver competências que contribuíram para a tomada de decisão no exercício profissional autónomo do EEESIP. Este contexto de estágio foi bastante enriquecedor pois pude perceber o papel do EEESIP no apoio, no suporte e no reforço positivo às ações parentais, sempre no superior interesse da criança. Desta forma, percebi que o enfermeiro acredita nas potencialidades dos pais, estimula a sua participação nos cuidados ao filho, capacita com criatividade, negocia com respeito pelas vontades dos pais e reforça positivamente todos os esforços e ganhos obtidos, no desenvolvimento harmonioso da criança e no desempenho saudável do papel parental.

No âmbito da Saúde Infantil, entendi que as áreas de atuação do enfermeiro são a vigilância, a promoção da saúde e a prevenção da doença nas diversas fases de vida, nomeadamente: da saúde do RN, da criança e do adolescente; os cuidados no domicílio; e a interligação e colaboração em rede com os outros serviços, setores e níveis de diferenciação. De salientar que, neste campo, o EEESIP assume um papel de destaque, no sentido de possibilitar um saudável desenvolvimento da criança e jovem e, no caso da existência de alterações, permitir uma deteção precoce da situação, com o respetivo e adequado encaminhamento.

## 2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O título Responsabilidade profissional, ética e legal evoca um domínio de competências que, no caso do enfermeiro especialista, inclui duas competências: [1] Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e [2] Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Assim sendo, este primeiro domínio procura partilhar as aprendizagens relacionadas com a capacidade de trabalho em equipa, com a aquisição de conhecimentos na área da comunicação com o/a RN/criança/jovem e família, com a obtenção de um nível mais aprofundado na área de especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica bem como demonstra o olhar crítico para os problemas da prática clínica. Também, procura evidenciar as tomadas de decisão fundamentadas no processo de tomada de decisão, à luz da evidência científica mais atual, e as responsabilidades sociais e éticas da profissão assim como, espelhar a abordagem de questões complexas e a respetiva adequação de métodos de análise destas situações, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

### COMPETÊNCIA

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

### **Objetivos**

- Conhecer a estrutura física e organizacional dos diferentes contextos assistenciais
- Compreender a dinâmica/funcionamento das diferentes áreas assistenciais

### **Atividades realizadas**

- Visitei os serviços
- Consultei de normas, guias e protocolos dos diferentes serviços
- Consultei dos manuais de acolhimento de cada serviço
- Observei da dinâmica e do funcionamento das distintas áreas assistenciais

### Reflexão

Atualmente, com o desenvolvimento tecnológico e científico, ninguém consegue reunir toda a experiência técnica nas várias áreas do conhecimento, sendo mais sustentável o trabalho em equipa.

Em saúde, o trabalho em equipa envolve multidisciplinariedade e interdisciplinaridade. A investigação sugere que os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares de cuidados de saúde que dependem de um trabalho em equipa e comunicação eficazes para garantir cuidados seguros aos doentes. O trabalho em equipa eficaz baseia-se na coesão dos trabalhadores e reduz os erros médico e de enfermagem, resultando numa maior satisfação dos doentes e na melhoria dos cuidados de saúde. Aliado a esta premissa, o trabalho em equipa eficaz não só melhora a eficiência e a segurança dos doentes, como leva a um local de trabalho mais saudável e feliz, reduzindo o *burnout* entre os profissionais de saúde (Costello, Rusell, & Coventry, 2021).

Nos diferentes contextos, no primeiro dia, fui recebida pelos enfermeiros gestores de cada serviço que me apresentaram aos elementos das equipas que estavam naquele momento no turno. Acompanhei o enfermeiro gestor numa visita guiada pelo serviço e pelas diferentes áreas de apoio. Durante a visita aos serviços, o enfermeiro gestor tinha a preocupação de explicar, de forma sumária, quais os circuitos em vigor uma vez que, fruto da pandemia, os serviços tiveram de adaptar as áreas em função dos planos de contingência bem como de algumas regras a nível do equipamento individual de proteção nomeadamente quanto à utilização de máscaras e a necessidade de troca.

No que respeita à apresentação da cultura organizacional das instituições, como cada serviço apresenta uma dinâmica característica, esta foi-me apresentada utilizando diferentes estratégias como disponibilidade para a consulta de documentos/normas/protocolos, em suporte de papel ou na própria plataforma digital da instituição.

No contexto do Internamento em Pediatria, assisti a uma sessão de acolhimento à instituição e a enfermeira gestora fez uma exposição mais detalhada acerca de como se organizava o

serviço, as diferentes áreas complementares (como a Consulta Externa, o Hospital de Dia e o Atendimento Pediátrico Referenciado) já introduzindo de forma sumária qual também a dinâmica destes âmbitos assistenciais.

Os manuais de acolhimento foram um excelente organizador de conhecimento uma vez que sistematizavam a informação relativa às regras em vigor e, no caso do Internamento, já com alteração em concordância com a pandemia nomeadamente quanto ao horário em que os pais/acompanhantes das crianças poderiam sair do serviço para se deslocarem à portaria de forma a levarem/trazerem bens que necessitassem (roupa, equipamentos de tecnologia, etc). Neste sentido, importa agora fazer uma breve contextualização dos contextos.

A Unidade de Neonatologia encontra-se enquadrada num centro hospitalar da região norte do país e comporta cuidados intensivos e cuidados intermédios. É constituída por várias áreas de trabalho das quais se destacam a área de internamento composta por 18 unidades. Este espaço encontra-se dividido em diferentes áreas de trabalho: seis unidades para cuidados intensivos, dez unidades destinadas a cuidados intermédios e duas unidades em quarto de isolamento.

No que diz respeito aos recursos humanos, relativamente à equipa de enfermagem, é composta pelo enfermeiro gestor e mais 36 enfermeiros, 10 dos quais EESIP e cinco enfermeiros a frequentar a referida especialidade, e um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que desenvolve o seu trabalho na sua área de especialidade.

Quanto às dinâmicas do serviço, são admitidos RN de alto risco, com patologia do foro médico (exceto enterocolites necrosantes e necessidade de hipotermia induzida) e do foro cirúrgico (exceto patologia cardíaca), com instabilidade hemodinâmica e necessidades de monitorização cardiorrespiratória contínua. Sobre o local de proveniência, a grande maioria advém diretamente da Sala de Partos ou do Serviço de Puerpério, mas também ocorrem transferências do Serviço de Pediatria, do Bloco Operatório, do Serviço de Urgência Pediátrica e de outras unidades hospitalares.

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) encontra-se enquadrado num centro hospitalar da região norte do país e comporta, neste momento, uma área destinada às crianças com sintomatologia respiratória, uma área para as crianças sem queixas respiratórias, uma sala de observações (OBS), uma sala de triagem e uma sala de emergência; para além disso, existem vários gabinetes médicos que também estão divididos em respiratórios e não respiratórios. Esta reestruturação teve que ver com a pandemia e, um aspeto a mencionar é o facto de os circuitos respiratório e não respiratório se intercetarem no corredor. A tentativa

de minimizar esta situação assenta em o circuito respiratório se fazer pelo lado esquerdo e o circuito não respiratório pelo lado direito.

Quanto à equipa de enfermagem, esta é composta por 27 enfermeiros, sendo que 20 desses enfermeiros são EESIP, portanto, uma equipa com um grau de diferenciação na área de Saúde Infantil e Pediátrica considerável, o que se reflete na assistência à criança/jovem e família.

Durante o estágio no contexto de Urgência Pediátrica percecionei que o SUP e o Serviço de Internamento se encontram em edifícios diferentes. Esta situação por vezes revela-se dificultadora uma vez que, numa necessidade de transferência entre estes serviços implica o transporte da criança de uma unidade para outra e, nomeadamente no período noturno, é constrangedor para a criança porque estamos a interferir no seu sono.

Quanto ao Serviço de Internamento em Pediatria, encontra-se integrado numa instituição de saúde hospitalar da região norte do país e está englobado com outros serviços: Consulta Externa; Hospital de Dia; Atendimento Pediátrico Referenciado (APR); todos eles pertencentes ao Serviço de Pediatria. Na área das consultas são atendidas crianças com patologias do crescimento e doenças endócrinas, perturbações do desenvolvimento, Neuropediatria e doenças alérgicas e respiratórias. O APR destina-se a todas as crianças inscritas nos Centros de Saúde da área de abrangência do Concelho e atende as crianças perante situações clínicas não emergentes e quando o médico de família/assistente, trabalhando em instituições públicas ou privadas, considere necessária uma observação no próprio dia, na Consulta de Pediatria. Também, caso a criança tenha nascido nessa instituição hospitalar e tenha menos de um ano de idade, os pais podem contactar o APR e proceder ao agendamento. Em situações emergentes, eventos traumatológicos e cirúrgicos, os pais devem dirigir-se ao Serviço de Urgência Pediátrica Integrada do distrito. Este atendimento referenciado permite aos pais de uma forma mais correta terem acesso ao serviço de saúde em âmbito hospitalar, evitando recorrer ao serviço de urgência numa situação de não urgência e/ou não emergente. Para além deste facto, permite uma assistência de saúde integrada conferindo-lhes um maior suporte aquando da necessidade de recorrer ao serviço de saúde.

Relativamente à equipa de enfermagem do internamento pediátrico, era constituída por 15 enfermeiros, dos quais 14 são EESIP. De realçar que este facto, na minha ótica e fruto do que presenciei in loco, revela-se de pertinência tal que era notório na prestação de cuidados e, acima de tudo, no olhar diferenciador do enfermeiro especialista na sua prática. Os EESIP desenvolviam atividades de vigilância, educação e promoção da saúde nas consultas

de doença crónica como a asma e a diabetes, tendo um impacto significativo nas crianças e suas famílias acompanhadas em consulta. Estas consultas de especialidade permitem o acompanhamento de todo o processo de transição e de vivência da doença crónica e são realizadas ao pormenor, sendo um papel autónomo do enfermeiro.

O serviço de internamento tem, neste momento, a possibilidade de admitir 17 crianças; anteriormente o serviço tinha capacidade para internar 30 crianças mas, com a pandemia e fruto da diminuição da lotação do serviço, viu diminuído o número de vagas. No total são seis enfermarias, sendo que uma tem capacidade para seis unidades. Existem enfermarias destinadas apenas aos lactentes, que se encontram mais próximo da central de enfermagem. Também, há dois quartos individuais para eventual necessidade de isolamento. A central de enfermagem situa-se a meio do serviço, com uma sala de preparação de medicação contígua; os procedimentos invasivos como punção venosa, inserção de cateter venoso periférico, entre outros são realizados numa outra sala designada como sala de procedimentos. Há também uma sala lúdico-pedagógica e uma área de refeições/convívio que se encontrava encerrada dado as medidas de contingência. Os outros serviços integrantes do serviço de Pediatria como Consulta Externa, Hospital de Dia, APR, distribuíam-se num outro piso. As consultas externas realizavam-se nos diversos gabinetes e o Hospital de Dia funcionava numa sala equipada com todo o material necessário à prestação de cuidados. No APR havia também definido um circuito de observação de crianças com sintomatologia do foro respiratório e outro circuito para as crianças sem sintomatologia sugestiva.

A interação com os diferentes elementos das várias equipas, fundamentalmente com os enfermeiros tutores, permitiu uma rápida e eficaz integração nos distintos contextos, promovendo assim uma benéfica aplicação do tempo, nomeadamente nos contextos em que o número de horas de contacto era de 90 horas. A visita guiada pelos diferentes serviços, a observação da dinâmica e do funcionamento das diferentes áreas assistenciais, bem como a consulta de documentos como manuais de acolhimento, normas, guias e protocolos com conseqüente alcance dos objetivos delineados, permitiu-me uma adaptação mais eficaz em cada contexto facilitando a minha capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

## COMPETÊNCIA

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

## **Objetivos**

- Desenvolver/ aprofundar estratégias de comunicação com RN/criança/jovem e família
- Refletir de forma crítica sobre o processo de comunicação com RN/criança/jovem e família

## **Atividades realizadas**

- Comuniquei com o RN/criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadió de desenvolvimento
- Comuniquei com o RN/criança/jovem e família respeitando as crenças religiosas, espirituais e culturais da criança/jovem e família
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação
- Dialoguei com os enfermeiros tutores sobre estratégias de comunicação

## **Reflexão**

A comunicação é uma parte fundamental do exercício de Enfermagem para que possa ser garantido o êxito dos procedimentos técnicos e da relação terapêutica, que concorrem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de Enfermagem. Ao longo do tempo, a comunicação tem adquirido um valor fundamental, tornando-se estratégica na qualidade e gestão dos problemas de Enfermagem; assume também importância na relação que se estabelece entre os diferentes intervenientes no processo de cuidar, mas também é um indicador da qualidade dos cuidados (Brás & Ferreira, 2016).

A comunicação interpessoal pode proporcionar vários resultados num contexto de saúde. Um dos resultados mais significativos está associado ao seu valor terapêutico. Este tipo de comunicação acarreta uma intencionalidade dirigida para um objetivo específico. A comunicação terapêutica consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma relação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o utente, de modo a ajudá-lo a enfrentar os seus problemas. Através deste método de comunicação, o enfermeiro responde às necessidades explícitas e implícitas do

utente. É um processo consciente e deliberado com o intuito de promover o seu bem-estar, melhorar a forma de entendimento dos cuidados prestados, o que permite estabelecer uma relação terapêutica (Sequeira, 2016).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no que se refere à dimensão da comunicação enfermeiro-criança/família, importa referir que o EESIP “*comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.*”, relacionando-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e habilidades de adaptação desta comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem e família; ainda, facilita a comunicação expressiva de emoções (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Comunicar com a criança e família é um procedimento de carácter autónomo que permite ao enfermeiro a recolha de dados pertinentes à prestação dos cuidados, tendo em conta o estabelecimento de uma relação terapêutica com os mesmos, com foco nos seus objetivos de saúde e na promoção do bem-estar dos clientes. A entrevista é uma forma específica de comunicação direcionada para um objetivo.

O processo de comunicação com os pais deve ter em conta alguns aspetos como, encorajar os pais a falar, pois a entrevista para além de ser uma oportunidade de determinar a saúde da criança e as condições do seu desenvolvimento, é também uma oportunidade para obter informações sobre os fatores que influenciam a sua vida. O enfermeiro deve: direcionar o foco da entrevista e permitir liberdade máxima de expressão, usando perguntas amplas e sem restrição; recorrer à escuta ativa, visando a compreensão da pessoa que está a ser entrevistada; usar o silêncio, permitindo aos pais pensar, sentir e procurar novas respostas; ser empático, sendo empatia definida como a capacidade de compreender o que a outra pessoa está a experienciar; fornecer informação antecipada, visto que a forma ideal de intervir numa situação é lidar com ela antes que ela se torne um problema; evitar bloqueios à comunicação, designadamente formar conclusões precipitadas (Hockenberry & Wilson, 2014).

A forma de comunicar varia ao longo do ciclo vital da criança; os RN, as crianças e os adolescentes comunicam de forma diferente. Entre as 4-6 semanas, o lactente pára e pode voltar os olhos ao som a 15 cm do ouvido; aos 3 meses, atende e volta-se geralmente aos sons; aos 6 meses já consegue seguir os sons a 45 cm do ouvido, vocaliza monossílabos e dissílabos e dá gargalhadas; aos 9 meses, revela atenção rápida para sons perto e longe, localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido e repete várias sílabas ou

sons do adulto. Aos 12 meses, é capaz de responder rapidamente aos sons suaves, dá pelo nome e volta-se, vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível e compreende ordens simples como ‘dá’, ‘cá’ e ‘adeus’ (Direção-Geral da Saúde, 2013). Os lactentes compreendem sobretudo a comunicação não verbal; sorriem quando estão satisfeitos e choram quando não estão e reagem às atitudes não verbais dos adultos. Quanto às estratégias de comunicação, o primordial é identificar a necessidade da criança, e conseqüentemente, procurar aliviar o desconforto e reduzir a sua tensão. Nesta fase, as crianças acalmam quando são abraçadas, sentindo conforto através do som da voz, ainda que não compreendam o sentido das palavras (Hockenberry & Wilson, 2014). Na primeira infância tardia, aos 18 meses, usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais, mostra em si e num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos; aos 2 anos diz o primeiro nome, fala sozinho enquanto brinca, junta duas ou mais palavras construindo frases curtas, apresenta linguagem incompreensível mesmo pelos familiares, nomeia objetos. Neste período está em crescente nível de compreensão, os gestos precedem ou acompanham cada um dos marcos da linguagem até aos 30 meses mas depois da linguagem estar suficientemente desenvolvida os gestos desaparecem e o ritmo de aprendizagem das palavras aumenta (Direção-Geral da Saúde, 2013). No período pré-escolar, a linguagem torna-se mais sofisticada e complexa, tornando-se um principal modo de comunicação e interação social. Aos 3 anos, já é capaz de dizer o nome completo e o sexo; tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos e ainda tem dificuldade de articulação e revela imaturidade na linguagem; fazem muitas perguntas e usam o plural, pronomes corretos e o tempo verbal no passado, falam incessantemente independentemente de alguém estar a ouvir ou a responder. Aos 4 anos, sabem o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada; já apresentam uma linguagem compreensível e têm apenas algumas substituições infantis. Aos 5 anos, para além de saberem o nome completo, a idade, morada, habitualmente já sabem a data de nascimento; o vocabulário é fluente e a articulação geralmente correta, no entanto, pode haver ainda confusão em alguns sons (Direção-Geral da Saúde, 2013). As crianças com idade inferior a 5 anos são egocêntricas, as experiências dos outros não lhe interessam, por isso, devemos concentrar a comunicação na criança e informá-la a criança o que pode fazer e como se irá sentir; devemos deixar que ela examine e manipule os objetos com que ela entrará em contato (termómetro, ligadura, penso, etc). Devemos ter em atenção para não proferir frases que possam ser mal interpretadas pela criança como ‘mão furada’, ‘perder a cabeça’ (Lambert, Long, & Kelleher, 2012). O enfermeiro deve usar uma linguagem compatível com o nível desenvolvimento da criança, através de frases simples,

curtas, repitar palavras que sejam conhecidas pelas crianças e limitar as descrições a explicações concretas. A mensagem não verbal deve ser congruente com as palavras e acções, por exemplo, não sorrir durante um procedimento doloroso (Palazzi, Lorin, Turner, Ward, & Cabrera, 2015).

Na idade escolar, as crianças dependem menos do que vêem e mais do que sabem quando se defrontam com novos problemas; querem explicações e motivos para tudo: querem saber para o que é que um objecto existe, porque é utilizado, como funciona e qual a sua intenção. É fundamental informar o que vai acontecer, e porque está a ser feito a elas e sempre que sempre que possível implicá-la (deixar premir o botão do aparelho das tensões, colocar o adesivo, etc). Nesta idade, a criança preocupa-se um pouco mais com a sua integridade corporal e é muito sensível a qualquer ameaça física ou material. (Hockenberry & Wilson, 2014).

O contexto específico da Unidade de Neonatologia permitiu-me desenvolver fundamentalmente a comunicação não verbal e a interpretação da forma de comunicar do RN. Apesar de os bebés não falarem durante o primeiro ano de vida, é um facto que nascem aptos para comunicar através de um vocabulário de movimentos corporais, choro e respostas visuais, constituintes de uma linguagem complexa do seu comportamento (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Numa fase inicial, comecei por observar a forma como a enfermeira orientadora comunicava com o RN, efetuei pesquisa sobre a comunicação com o RN e mobilizei conhecimentos teóricos aprendidos. Aquando do contacto com o RN atendi à sua singular forma de comunicar, através do choro. O choro é a linguagem universal dos bebés e é através dele que exprimem as suas necessidades. É a forma mais precoce de comunicação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). É muito importante observar a tipologia do choro, pois, em função desta, é possível identificar o tipo de necessidade. Os RN comunicam também através do tónus muscular, do olhar, do movimento corporal, é desta forma que o RN exprime as suas necessidades, sentimentos e sensações. Estive ainda desperta para o estado de consciência em que o RN se encontrava, estádios de sono-vigília, por forma a respeitá-los. Tive oportunidade de observar os enfermeiros a atenderem a um ambiente calmo, reduzindo a iluminação, os ruídos e os toques incomodativos, o cuidado de falar num tom de voz calmo; o toque reconfortante, antes de tocar no bebé tive o cuidado de aquecer as mãos; o contacto constante, através do envolver, do aninhar e da contenção (Abadesso, 2020). Constatei que o toque é também muito privilegiado na Unidade de Neonatologia, recorrendo ao embalo e à massagem, mas, principalmente, ao contacto pele-a-pele (método canguru). De facto, a evidência científica demonstra que o método canguru

comparativamente com os cuidados neonatais convencionais, diminui significativamente o risco de mortalidade em RN de baixo peso e promove a amamentação, o crescimento/desenvolvimento do RN, a vinculação e a ligação mãe-filho (Chan, Valsangkar, Kajeepeta, Boundy, & Wall, 2016). No momento em que o RN é retirado da incubadora e transferido para o peito da mãe/pai é prevista uma certa instabilidade quer nos sinais vitais do RN quer no seu comportamento. Nesse sentido, verifiquei que quando a enfermeira retirava o RN da incubadora e o colocava em canguru, os sinais vitais estabilizavam e o seu comportamento reorganizava-se; esta observação é corroborada pelo estudo de Neu, Browne, & Vojir (2000), cujo objetivo era analisar o impacto da transferência do RN da incubadora para o meio exterior, quer pela equipa de enfermagem quer pela figura parental, no que respeita à estabilidade fisiológica e conservação de energia do mesmo. Este estudo foi conduzido em RN pré-termo ventilados mecanicamente que foram transferidos pelos intervenientes mencionados anteriormente. Foi observado que os RN apresentavam diminuição de saturações de oxigénio, aumento da frequência cardíaca e a manutenção da temperatura corporal. Os valores dos sinais vitais estabilizaram durante e após a prática do método canguru, comprovando-se que, independentemente de quem procede à transferência do RN, esta resulta na sua desorganização fisiológica e motora.

Os pais na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) experienciam sentimentos de impotência face às necessidades do seu filho, que são complexas, e também quanto à tecnologia usada nestas unidades. Assim, neste sentido, procurei envolver os pais nos cuidados, conhecer os seus sentimentos e preocupações, tendo em vista a tomada de decisão efetiva, através do desenvolvimento de uma relação franca e aberta (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

No sentido de desenvolver uma parceria com a criança e sua família, o enfermeiro deve recorrer à mnemónica KIDSCARE (*Knock, Introduce, Determine, Safety, Clean, Advocate, Respond, Explain*): bater à porta antes de entrar no quarto; apresentar-se pelo nome, função e o que irá ser feito; questionar como a criança/família gosta de ser chamada; demonstrar as normas de segurança e explicar as razões de as cumprir; lavar as mãos em frente à criança/família; dar atenção às preocupações da família, privilegiar as perguntas abertas para identificar as preferências da família; responder às questões colocadas (dar tempo para questões) dando a conhecer a sua disponibilidade e acessibilidade; explicar o que é que vai fazer e envolver as famílias (Merrigan, Steinmiller, Figueroa-Alymann, & Davis, 2016).

A efetiva comunicação e troca de mensagens depende das competências de relação interpessoal que envolvem o questionar, o explicar, o tranquilizar e sobretudo o escutar

(Lambert, Long, & Kelleher, 2012). Relativamente ao questionar, existem diferentes formas de colocar questões e que originam distintas respostas; a questão aberta normalmente iniciada por ‘O quê’, ‘Porquê’, ‘Como’ permite a exploração de uma perceção, de uma informação ou um sentimento, por exemplo, ‘Como te sentes?’, ‘O quê tu achas sobre comer alguma coisa?’ e ‘Como estás desde a operação?’; ao passo que respostas fechadas são tipos diretivos de exploração da situação como ‘Queres alguma coisa para as dores?’, ‘Não comeste nada?’ e ‘Foste operado?’. Explicar/transmitir informação precisa e abrangente é um direito individual, e um pré requisito para as crianças e pais para uma maior participação nas decisões de saúde que os afetam diretamente. Embora devam ter acesso a informações precisas e de fácil compreensão, a informação tipo e a quantidade da mesma que eles querem obter varia de acordo com as suas diferentes necessidades e desejos individuais de informação. Alguns pais/crianças podem procurar ativamente por informação. Outros podem criar resistência à informação até mesmo como uma estratégia de *coping*. A ansiedade e a preocupação podem comprometer a sua capacidade para absorver ou reter a informação. A competência comunicacional ‘Tranquilizar’ é amplamente utilizada; os enfermeiros frequentemente dizem à criança e sua família que a intervenção que estão a realizar irá fazer bem a eles e ao seu filho. Esta informação é retida por estes, pelo que os enfermeiros devem atender ao que é ser otimista, ou seja, garantias falsas ou prematuras podem resultar na marginalização das crianças e das famílias, ao não abordar questões que são do seu interesse (a falsa segurança protege o profissional); ao oferecer uma oportunidade da criança/família expressar os seus pontos de vista e sentimentos, é possível demonstrar como esses sentimentos são legítimos (a tranquilização adequada protege o cliente) (Lambert, Long, & Kelleher, 2012).

As crianças têm o direito de ser ouvidas e escutados os seus pontos de vista nas decisões que as irão afetar. Quando é permitido à criança expressar os seus pontos de vista, quando são ouvidas, e lhe são oferecidas opções realistas, o seu desejo de protestar é minimizado. Deve-se evitar interrompê-los esperando as pausas naturais para os questionar (Lambert, Long, & Kelleher, 2012).

Nos serviços de Urgência Pediátrica e internamento de Pediatria, na abordagem aos lactentes, atendi ao choro de forma adequada, usei uma voz calma e suave e falei diretamente com a criança. Na 1.<sup>a</sup> infância, entre os 2-3 anos, tive a atenção de me aproximar da criança com cuidado pois nesta faixa etária demonstra frequentemente receios e resistências à aproximação de terceiros, usei a denominação da criança para os objetos ou ações para que fosse mais fácil o seu entendimento, recorri ao conto de histórias para a preparação de um

procedimento antes dele acontecer. No período pré-escolar usei termos simples e falei honestamente; no período escolar, utilizei os livros e desenhos. Todas estas técnicas comunicacionais vão ao encontro do descrito na literatura (Lambert, Long, & Kelleher, 2012).

Recorrer à brincadeira foi também uma das estratégias adotadas já que *“brincar é a linguagem universal da criança. É uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta.”* (Hockenberry & Wilson, 2014). Para isso, no Serviço de Internamento pude assistir a uma prática implementada quando as crianças entram no Bloco Operatório, a técnica da distração, providenciando material lúdico-terapêutico (um tablet com vídeos e jogos do seu interesse) por forma a diminuir o medo inerente ao procedimento cirúrgico. Aquando da punção venosa, expliquei o procedimento no seu boneco e demonstrei-o no seu boneco (técnica da modelação/ensaio comportamental) (Direção-Geral da Saúde, 2012). O recurso ao imaginário para distrair a criança foi potenciado quer no Serviço de Urgência Pediátrica quer no Serviço de Internamento uma vez que estes apresentavam desenhos nos tetos e nas paredes (Hockenberry & Wilson, 2014). A interação/distração e o brincar são necessidades inerentes à própria criança e podem ser o instrumento mais efetivo, a utilizar pelos enfermeiros, para reduzir o medo/ansiedade induzida pela experiência de hospitalização. O brincar pode ser encarado como um modelo terapêutico promotor de uma dinâmica de interações, visto ser uma oportunidade de valorização das experiências individuais, uma possibilidade de escolhas, a livre expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos, estabelecendo a mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras, e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação aos adolescentes estes encontram-se num processo de desenvolvimento de identidade, de transição para a autonomia, de mudanças biológicas, cognitivas e psicossociais. Neste sentido, é crucial ouvir os adolescentes, promover a sua autoestima e a consciência do bem melhor, quer a nível pessoal que a nível coletivo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Para diminuirmos esta barreira na comunicação, e tal como a Sociedade Portuguesa de Pediatria considera serem os requisitos necessários para o atendimento ao adolescente, devemos ter em atenção que a empatia criada no primeiro contato é fundamental para uma abordagem posterior de sucesso. Nos diferentes contextos constatei que os enfermeiros cumprimentavam o adolescente em primeiro lugar e o diálogo era estabelecido preferencialmente com ele (o adolescente poderá ser observado numa primeira abordagem com os pais mas deverá ser sempre reservado um momento de privacidade com o

enfermeiro); a importância de saber o nome pelo qual o adolescente gosta de ser tratado (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005). Nesse sentido, a minha interação com o adolescente também assentou nestes princípios. No atendimento ao adolescente existem aspectos éticos que devem ser tidos em conta e assegurados com ele, nomeadamente a confidencialidade, a privacidade e o sigilo, que só poderão ser quebrados de acordo com os termos legais, se estritamente necessário. Os Enfermeiros, nomeadamente na oportunidade que tive de presenciar as Consultas de Diabetes e de Obesidade, recorriam à entrevista como uma parte essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente; esta metodologia vai ao encontro do encontrado na pesquisa bibliográfica que realizei (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Escutavam-no atentamente, mostrando interesse pelos seus problemas, adotavam sempre uma linguagem de fácil compreensão e abstinham-se de juízos de valor (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005). Os Enfermeiros conheciam o contexto familiar/escolar, a ocupação de tempos livres, consumos, sexualidade e incentivavam o adolescente a fazer escolhas responsáveis de estilos de vida saudáveis. Relativamente à comunicação que estabeleci com o adolescente, a premissa foi o respeito pelas suas convicções e a ausência de julgamentos, consciente de que não é correto interagir com um jovem como se de um adulto se tratasse, com a sabedoria e autocontrolo inerentes; nem como se fosse uma criança, em que as preocupações e expectativas são diferentes (Hockenberry & Wilson, 2014). Tal como Hockenberry & Wilson (2014) mencionam relativamente às diretrizes da comunicação com os adolescentes, a atenção dada ao adolescente deve ser completa, ou seja, ouvir muito mais do que falar, evitar julgar ou criticar, ser cordial, calmo, evitar questionamentos. Assim, procurei construir uma base de diálogo, dedicando algum tempo ao adolescente por forma a que este pudesse expressar as suas ideias e sentimentos, respeitei os seus pontos de vista não fazendo juízos de valor e elogiei aspectos positivos, respeite a sua privacidade.

Nesse sentido, o EEESIP deve ser capaz de estabelecer uma comunicação eficaz, construída num relacionamento assertivo, no sentido de satisfazer as necessidades avaliadas, do RN, criança, jovem e família.

Durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica tive a oportunidade de comunicar com famílias de diferentes etnias e culturas nomeadamente, uma mãe de etnia cigana que não percecionava a gravidade do motivo que a tinha levado a dirigir-se com a filha ao serviço de urgência. Tendo sentido necessidade de aprofundar a pesquisa na área da Enfermagem Transcultural percecionei que, segundo o *Sunrise Model* desenvolvido por Madeleine Leininger, a descoberta criativa sobre o indivíduo, as famílias e os grupos, assim como, o modo de cuidar, valores, expressões, crenças e ações ou práticas baseadas no estilo de vida

cultural é essencial para prestar um cuidado de Enfermagem eficaz, satisfatório e culturalmente congruente (Crespo, Rodrigues, Vicente, Amendoeira, & Figueiredo, 2014). Assim percebi que as dificuldades inerentes à comunicação estão relacionadas, principalmente, com a falta de conhecimento cultural, por parte dos enfermeiros, perante as crenças e as relações das pessoas culturalmente diversas na dimensão social, espiritual, cultural e comunitária. A comunicação neste contexto deve estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente. Importa, neste seguimento, compreender quais as estratégias a adotar para ultrapassar barreiras culturais e linguísticas, com pessoas culturalmente diversas. A literatura demonstra que as estratégias adotadas pelos enfermeiros, para ultrapassar a barreira da comunicação, podem integrar habilidades emocionais, cognitivas ou comportamentais. Quanto às emocionais, referem o respeito, a apreciação e o sentimento de conforto com as diferentes culturas, aprendizagem através do intercâmbio cultural, a capacidade comportamental sem preconceitos e a consciência dos valores culturais. Relativamente às cognitivas, referem a aquisição de conhecimentos sobre diferentes culturas e a capacidade de compreensão das diversas culturas. Por fim, quanto às comportamentais, referem a flexibilidade na comunicação verbal e não verbal, comunicação calma e sem sotaque (Reis, et al., 2020). Perante isto, desenvolvi uma comunicação mais assertiva com a família praticando a escuta ativa, compreendi as crenças de saúde e intervi de forma a incorporar os valores culturais da criança/família.

A longo do estágio foi possível aprofundar as minhas capacidades de comunicação com a criança/jovem e família. As competências de comunicação requerem aprendizagem, treino e melhoria contínua. Comunicar em Pediatria requer conhecimento, habilidade e atitude. Desde o contexto de Neonatologia, em que tive de aprender a comunicar com o RN e família em contexto de situação crítica, ao SUP, serviço este que exige um rápido reconhecimento de situações críticas e que requer intervenção e postura assertivas, ao serviço de internamento pediátrico onde pude criar uma relação de empatia mais estruturada, permiti-me comunicar com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

## COMPETÊNCIAS

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas

## **Objetivo**

- Desenvolver assistência de enfermagem especializada ao/à RN/criança/jovem e família

## **Atividades realizadas**

- Observei os enfermeiros tutores na prestação de cuidados especializados ao/à RN/criança/jovem e família
- Prestei cuidados de enfermagem específicos nas diferentes áreas assistenciais, tendo por base o processo de Enfermagem (colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação das intervenções)
- Documentei os cuidados de enfermagem de acordo com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

## **Reflexão**

Atendendo à diversidade de contextos com os quais contactei, a assistência especializada ao/à RN/criança/jovem e família baseou-se numa atuação participativa por forma a adquirir competências na prestação de cuidados. Assim, procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem desenvolvendo competências técnicas que, associado ao conhecimento, me permitiram prestar cuidados atempados e pertinentes.

Inicialmente, procurei observar os enfermeiros tutores na prestação de cuidados. Numa etapa seguinte, colaborei na prestação de cuidados especializados ao/à RN/criança/jovem e família. Por fim, prestei cuidados de enfermagem específicos nas diferentes áreas assistenciais.

No contexto de Neonatologia tive oportunidade de prestar cuidados ao RN com patologias diversas e múltiplos focos de atenção de enfermagem, dos quais destaco: Papel parental,

Amamentar e Conforto. Relativamente ao papel parental, evidencio algumas intervenções de enfermagem como: avaliar capacidade/conhecimento da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais); ensinar a mãe e/ou pai sobre desenvolvimento infantil, sobre eliminação urinária/intestinal, sobre gestão do regime terapêutico, sobre medidas de segurança; instruir a mãe e/ou pai a cuidar da higiene, sobre segurança do RN, a posicionar, sobre a eliminação urinária/intestinal, sobre desenvolvimento infantil; treinar a mãe e/ou pai a cuidar da higiene; treinar os pais na estimulação da eliminação intestinal. No que toca ao amamentar, desenvolvi intervenções de enfermagem tais como: avaliar o amamentar; avaliar a capacidade da mãe para amamentar; assistir no amamentar; instruir e treinar a amamentar; instruir e treinar a técnica de massagem da mama. Quanto ao conforto, pude implementar algumas intervenções autónomas de enfermagem como: colocar o RN em método canguru; colocar o RN ao colo; providenciar sucção não nutritiva; dar banho; trocar a fralda; posicionar.

No SUP tive oportunidade de prestar cuidados nas diferentes áreas que o constituem, desde a triagem, OBS, área destinada à sintomatologia respiratória e área destinada à sintomatologia não respiratória. Durante a permanência neste serviço não tive nenhuma situação de emergência. Relativamente aos focos de atenção de enfermagem, os mais frequentes foram Febre, Diarreia, Vômito, Dor e Queimadura. Relativamente à febre, os pais têm um papel central por isso a minha intervenção assentou em capacitá-los, fornecendo-lhes informação sobre sinais de alerta e tranquilizadores, avaliação da temperatura e administração de antipirético (Direção-Geral da Saúde, 2017). Em caso de diarreia forneci as seguintes informações aos pais: utilizar as soluções de hidratação oral para prevenir a desidratação e a recorrência da desidratação; aumentar a frequência das mamadas; reintroduzir a alimentação após 4 horas de reidratação (Soares & Carvalho, 2008). No caso dos vômitos, forneci informação acerca da necessidade de reidratação oral, através das soluções de reidratação oral, administrando pequenas quantidades, 10 a 20 ml de solução a cada 5-10 minutos, aumentando progressivamente o volume de acordo com a tolerância (Soares & Carvalho, 2008). Quanto à dor, será abordado numa reflexão posterior. No que diz respeito ao foco *Queimadura* forneci a informação de que a utilização de botijas de água quente deve ser criteriosamente vigiada e não deve colocar a botija na cama enquanto a criança aí se encontra (Direção-Geral da Saúde, 2012).

No que diz respeito ao internamento em Pediatria, tive a possibilidade de prestar cuidados a RN e a crianças/jovens com patologias do foro médico e cirúrgico. Os focos de atenção mais prevalentes neste contexto foram: Papel Parental; Conforto; Vinculação; Ligação Mãe-

Filho; Amamentar; Ferida cirúrgica; Hemorragia; Conhecimento. Relativamente aos cinco primeiros focos identificados, serão desenvolvidos a posteriori. Quanto aos restantes três focos: ferida cirúrgica; hemorragia e conhecimento; estavam presentes no plano de cuidados das crianças acometidas a algum procedimento cirúrgico, nomeadamente da área de Otorrinolaringologia. Neste sentido, as minhas intervenções incidiram na capacitação das crianças/jovens nos cuidados pós-operatórios: quanto à alimentação, medicação, recomendações para a alta e quais os sinais/sintomas de alerta e a necessidade de contactar a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

Posto isto, em todos os contextos efetuei registos com recurso a uma linguagem classificada, a CIPE, procurando categorizar os fenómenos, as ações e os resultados alcançados, evidenciando os ganhos em saúde.

Cada serviço apresenta as suas particularidades relativamente aos programas informáticos. No contexto de Neonatologia, efetuei a documentação dos cuidados no sistema BICU®, que até então era desconhecido para mim, sendo utilizado frequentemente nas unidades de cuidados intensivos. No contexto de urgência documentei os cuidados recorrendo ao sistema informático ALERT® que, na minha opinião, possui uma apresentação apropriada para o SUP pois evidencia um panorama geral de todos os doentes, utilizando um sistema de cores e minimizando a probabilidade de esquecimento da realização das intervenções. No contexto de internamento pediátrico realizei registo no SClínico® o que se apresentou como uma oportunidade de aprendizagem do que são os diferentes focos da prática da área da pediatria.

### **Objetivos**

- Promover a Parentalidade
- Promover a parceria de cuidados
- Promover o aleitamento materno

### **Atividades realizadas**

- Assisti os pais no exercício do papel parental
- Incentivei a presença dos pais junto do/da RN/criança/jovem
- Negocieei o envolvimento dos pais na prestação de cuidados
- Capacitei a família promovendo a tomada de decisão esclarecida
- Incentivei a amamentação

## Reflexão

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Silva A. P., 2007). A teoria das transições de Meleis assume que as pessoas que passam por uma transição estão mais vulneráveis a riscos que afetam a saúde. Propõe que assistir as pessoas a lidar com as transições é a missão dos enfermeiros e que a enfermagem deve funcionar como facilitadora das transições para promover o sentido de bem-estar (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

A transição para a parentalidade é uma das mais comuns e mais estudadas transições desenvolvimentais. Tornar-se pai e mãe é uma transição complexa e crítica porque é permanente e o grau em que os pais completam a transição com sucesso tem implicações na sua saúde e na saúde e desenvolvimento das crianças. (Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017)

De acordo com a CIPE, Parentalidade é definida da seguinte forma: “*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, 2016, pág. 71); já Papel parental define-se por “*Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.*” (International Council of Nurses, 2016, pág. 71). Assim, Parentalidade assenta no assumir das responsabilidades de ser mãe e pai ao longo do ciclo vital da criança para dar resposta às suas necessidades desenvolvimentais. Para isso, os pais adotam um papel ativo e eficaz, em que se sentem ligados à criança e possuem o conhecimento e as habilidades necessários para desempenhar o seu papel parental – papel de ser um pai ou uma mãe.

Atendendo a este conhecimento previamente adquirido na componente teórica do ciclo de estudos, durante a assistência ao/à RN/criança/jovem e família nos diferentes contextos de estágio, prestei cuidados tendo em conta que o processo de transição para todo o binómio alvo dos meus cuidados. Nos contextos de estágio, tive em consideração identificar qual a perceção dos pais acerca do papel parental. Através do diálogo com os pais permitiu-me identificar as suas necessidades de aprendizagem, pois a participação dos pais no processo

de cuidados ao seu filho dependerá das suas expectativas face à satisfação dessas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De forma mais relevante, nos serviços de neonatologia e de internamento em Pediatria, apoiei a transição para a parentalidade, através da avaliação das competências parentais essencialmente no domínio das necessidades desenvolvimentais, instruindo os pais mediante as necessidades detetadas e desenvolvendo cuidados antecipatórios adequados às diferentes fases de desenvolvimento da criança, de modo a promover o seu crescimento e desenvolvimento, estabelecendo uma parceria de cuidados e um planeamento da alta desde o momento da admissão.

No SUP pude apoiar a parentalidade através da orientação para o cuidado à criança/jovem neste serviço, mas também posteriormente no domicílio, com o objetivo de transmitir aos pais confiança no desempenho do seu papel.

No que diz respeito à parceria de cuidados, em ESIP destaca-se o modelo de cuidados pediátricos desenvolvido por Anne Casey, em 1988. Neste modelo de conceção, é considerada como inegável a contribuição dos pais durante a prestação de cuidados à criança hospitalizada, sendo encarados como prestadores de cuidados e a criança como o alvo dos mesmos (OE, 2015). Assim, este paradigma assenta na negociação e respeito pelos anseios dos pais/família e, as informações relativas à estrutura, dinâmica e recursos familiares apenas são considerados, como forma de avaliar a capacidade de orientação (OE, 2015).

Anne Casey define parceria de cuidados assente na filosofia de que os cuidados prestados à criança doente ou saudável, são melhor prestados pela sua família, através de diferentes níveis de assistência para que a equipa de profissionais da saúde seja desnecessária (Casey, 1995). Enquanto modelo de cuidados, integra os conceitos de criança, família, saúde, ambiente, cuidados familiares e cuidados de enfermagem e abrange quatro fases do processo de enfermagem – avaliação, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados. Remete-nos para duas premissas: (1) A criança é o alvo dos cuidados e (2) A família é a prestadora de cuidados.

Na prestação de cuidados, tive sempre em consideração a importância de integrar os pais, pelo que, procurei sempre incluir os pais, desde que assim o desejassem, na maioria dos cuidados prestados às crianças/jovens, tais como, os cuidados de higiene e conforto, assumindo o modelo de parceria de cuidados, onde os pais eram incentivados a participar e colaborar nos procedimentos, o que nos permitiu capacitá-los rumo à independência e ao bem estar da criança/jovem, indo ao encontro do critério de avaliação “*Negoceia a participação*”

*da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No contexto de neonatologia, atendendo a que os pais por vezes manifestam sentimento de insegurança na prestação de cuidados, a minha atuação prendeu-se com a capacitação dos pais, conforme a evolução da situação clínica do RN o permitia, integrando-os como os prestadores de cuidados em aspetos como tomar conta, alimentação, higiene e posicionamentos, no sentido de promover a vinculação e a ligação mãe/pai-filho.

Relativamente ao estágio em contexto de urgência, essencialmente na área assistencial de OBS, por se tratar de um serviço de internamento de curta duração, foi possível promover a parceria dos cuidados por um período de tempo mais longo, negociando com a família os cuidados prestar, de forma a fomentar a confiança e a integração no processo de melhoria da criança/jovem.

No internamento em pediatria, incluí os pais nos cuidados ao seu filho, se assim o desejassem, dando oportunidade de negociação prévia acerca do grau de participação nos cuidados. Ainda, permiti que fossem incluídos nas tomadas de decisão referentes aos cuidados a prestar ao RN/criança/jovem, ajudando-os a identificar os papéis que podem/devem desempenhar.

A negociação da parceria de cuidados é considerada o nível mais elevado de participação na prática de cuidados: os cuidados são centrados na pessoa com forte comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidados. Este processo implica que haja acordo mútuo entre ambas as partes e que os resultados sejam o mais benéficos possível para os envolvidos. Durante a prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio, considerei a família como parte integrante dos cuidados ao RN/criança/jovem, tendo em consideração a definição do papel do enfermeiro e do papel dos pais bem como do nível de participação dos pais nos cuidados (Sousa, Antunes, Carvalho, & Casey, 2013). Desenvolvi um processo de negociação, através da transmissão de conhecimentos e técnicas e disponibilizando apoio, procurando que fossem capazes de prestar os cuidados básicos.

Assim, o caminho para alcançar o desempenho de uma parentalidade positiva é através da colaboração entre os enfermeiros e a família no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados à criança.

No contexto de Neonatologia, na maior parte dos casos, o enfermeiro é aquele que maior tempo passou com o RN até então – o enfermeiro estava na sala de partos aquando do seu nascimento, admitia o RN na UCIN e os pais ainda não tinham tido a oportunidade de vivenciar a fase pós-natal e de reforçar a ligação mãe/pai-filho. Neste contexto de cuidados,

o desafio passava pela capacitação dos pais para o desempenho do seu papel, por forma a darem resposta às necessidades desenvolvimentais do RN: necessidades de sustento como alimentação (amamentação/aleitamento); durante a minha prática incentivei o aleitamento materno, sensibilizando que este deve constituir o regime alimentar exclusivo do bebé até aos 6 meses de vida, o que vai de encontro às recomendações da OMS; necessidades de eliminação, de higiene e conforto, segurança, desenvolvimento infantil, promoção da saúde e sono e repouso (Sousa P. , 2012). Assim, neste sentido, numa fase inicial, procurei integrar os pais nos cuidados de forma gradual, atendendo ao estado clínico do RN, e sempre de acordo com a disponibilidade demonstrada pelos pais, apenas tocam no seu filho, aprendem a abrir a incubadora; mais tarde, em parceria com o enfermeiro, trocavam a fralda; de salientar que o banho era agendado, sempre que possível, de acordo com a disponibilidade dos pais para que estes estivessem presentes e assim houvesse o ensino com vista à aquisição de competências.

Todo o ambiente em que se envolve uma UCIN é, por si só, gerador de stress. O internamento numa unidade de Neonatologia afigura-se como uma experiência que altera a expectativa dos pais já que o habitual era, após o parto, o RN permanecer junto da mãe no serviço de Puerpério e ter alta no mesmo momento da alta da mãe. Por este motivo, os pais percecionam a experiência global de internamento em Neonatologia como algo impactante, mas reconhecendo que a atuação dos enfermeiros é diferenciadora e fulcral na gestão desta transição (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015). Assim, procurei desmistificar o ambiente da UCIN, tornando-o acessível, facilitei a inclusão da família e dotei os pais de competências que lhes permitissem ser parceiros nos cuidados a um ser tão vulnerável como é o caso do RN.

No SUP, a minha prática assentou no envolvimento, na negociação e na partilha na tomada de decisão com os pais (Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon, 2018). Neste contexto pude constatar que os enfermeiros englobavam a família em todo o processo do cuidar, encorajando os pais a estarem presentes. A literatura diz-nos que, no caso de os pais não quererem estar presentes, deve ser fornecida a informação relacionada com o estado da criança. Esta última situação não foi percecionada uma vez que todos os pais demonstraram vontade de estar presentes na prestação de cuidados. Fruto da natureza urgente/emergente dos cuidados, percebi que, por vezes, os pais se sentem retraídos, por vezes angustiados, na prestação de cuidados. Ao perceber estes sentimentos, os enfermeiros integravam os pais nos cuidados, promovendo segurança e inclusão nos cuidados, procurando que participassem, por exemplo, na administração de terapêutica oral, na colaboração durante

um procedimento, no apoio emocional ao seu filho. Posto isto, procurei envolver sempre os pais nos cuidados, explicando em que consistia o procedimento e verificando se se sentiam confortáveis em colaborar na realização do mesmo.

No contexto de internamento tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem às crianças com situações médico-cirúrgicas. De modo a identificar os focos de atenção dos cuidados de enfermagem e enunciar os diagnósticos de enfermagem, tive oportunidade de aplicar a “*Escala de avaliação do conhecimento dos pais do RN sobre necessidades desenvolvimentais do filho*”, nomeadamente a mães de RN que estavam internados no Serviço de Pediatria, com o intuito de avaliar o conhecimento no desempenho do papel parental normal. Percebi que nestes casos em que o motivo de internamento residia na aquisição de competências alimentares do RN pré-termo, não se prevê a necessidade de incluir os pais num nível de participação muito para além dos cuidados que irão prestar habitualmente no domicílio pelo que os cuidados de enfermagem eram orientados no sentido da promoção/manutenção do papel parental desenvolvimental e da afetividade entre pais-criança. Por outro lado, tive oportunidade de contactar com crianças com doença crónica já diagnosticada. Neste caso, o internamento deveu-se a agudização da patologia de base; aqui, o objetivo de cuidados centrou-se na intencionalidade terapêutica de promover durante a hospitalização, o desempenho do papel parental dos pais que já habitualmente prestavam (cuidados de tipo complexo no domicílio) e que já lhes é reconhecido o conhecimento e a capacidade para o desempenho desse papel. Por outro lado, também assisti à necessidade de melhorar o desempenho do papel parental complexo no caso de um jovem com diabetes mellitus tipo 1 diagnosticado na infância e que deu entrada no APR com diagnóstico de cetoacidose diabética. A mãe não reconheceu os sinais de descompensação da doença e foi necessário abordar quais os motivos que levaram a este episódio. Neste sentido, a intervenção passou por inserir o jovem na monitorização da glicemia, na administração de insulina e explicar quais os sintomas de cetoacidose diabética e como agir. Também, para além do papel de autonomização do jovem, a intervenção com a mãe assentou na participação enquanto facilitador desta transição.

Relativamente ao aleitamento materno, no sentido de assistir no desempenho do papel de mãe, definido como “*Papel parental: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel das mulheres grávidas e mães.*” (International Council of Nurses, 2016, pág. 70), desenvolvi a minha

prática assente no respeito pela decisão informada da mulher em amamentar, no estabelecimento da lactação e na manutenção/apoio da amamentação.

O leite materno é o melhor alimento para o bebé, trazendo benefícios para a sua saúde a curto e longo prazo, bem como para a mãe. A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, não devendo ser dado nenhum outro alimento complementar ou bebida. Para além disso, a amamentação deve ser iniciada na primeira meia hora após o parto ou logo que possível. A partir dos seis meses de idade deve-se introduzir alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno, pelo menos, até aos dois anos de idade (World Health Organization, s.d.).

De forma mais relevante, no contexto de Neonatologia, pude assistir e desenvolver intervenções no sentido da promoção do aleitamento materno. Este serviço era constituído por seis enfermeiras conselheiras de amamentação e ainda, três enfermeiras assessoras de lactação, aspeto este que foi bastante enriquecedor nas experiências vivenciadas quanto à promoção do aleitamento materno. Assim, assisti ao apoio na amamentação, havendo uma preocupação de intervir precocemente incentivando o contacto pele a pele assim que a mãe chegasse à unidade, estimulando a presença da mãe junto do RN. Neste sentido, pude colaborar no aconselhamento nomeadamente relativo ao correto posicionamento no RN à mama, como segurar a mama, como estimular o bebé a pegar na mama, quais as posições para amamentar. Assim, desenvolvi intervenções de enfermagem autónomas tais como: avaliar a intenção de amamentar; avaliar o conhecimento sobre o amamentar, lactação, frequência das mamadas, extração e conservação do leite materno; vigiar a técnica de amamentação; monitorizar as mamadas; avaliar o posicionamento do RN para mamar. Ainda, instruí as mães acerca dos cuidados às mamas, e de como atuar no caso de surgirem complicações como mamilos fissurados, ingurgitamento mamário e mastite (Levy & Bértolo, 2012).

No serviço de Neonatologia, no sentido de promover a amamentação, assisti à colocação do bebé à mama mesmo ele ainda não sendo capaz de realizar uma mamada eficaz (por não estarem ainda reunidas as condições fisiológicas de aquisição de competências alimentares) enquanto lhe era administrado o leite materno/adaptado pré-termo por gavagem; esta prática tem como objetivo a estimulação e desenvolvimento do reflexo de sucção por parte do RN e de estimulação da produção de leite materno pela mãe. (Neto, 2014) Ainda acerca da estimulação da sucção não nutritiva observei o recurso à sacarose a 24%, leite materno ou adaptado pré-termo, especialmente durante a administração do leite por sonda orogástrica por gavagem, e constatei que estes são muito positivos para que o RN prematuro possa

desenvolver a musculatura da boca e da língua, o que facilita na aquisição de competências alimentares.

Importa ainda acrescentar que a experiência de aquisição de competências alimentares no RN foi possível de contactar também no Serviço de Internamento de Pediatria dado que, face ao número limitado de vagas na UCIN, tive oportunidade de contactar com alguns RN que estavam internados para aquisição destas competências.

No contexto de Neonatologia, pude ainda perceber que o mesmo RN era alimentado de diferentes formas ao longo das 24 horas. Isso deve-se aos sinais de prontidão que este evidencia como mamar na mão, movimentar a face contra a roupa da cama e abrir a boca; nestes casos a enfermeira oferecia o biberão ou colocava à mama se a mãe estiver presente. De referir que também atendi à contenção enquanto estava a alimentar por biberão por forma a que este se mantivesse sempre organizado, e que respeitei as pausas respiratórias para que o bebé não se descoordenasse; a cada 5 sucções seguidas estabelecia um tempo respiratório de forma a prevenir o cansaço e a manutenção da estabilidade fisiológica. (Neto, 2014)

Atendendo ao facto de o estágio no contexto de Neonatologia ter decorrido em pandemia, uma das dúvidas das mães que testaram positivo para o vírus SARS-CoV-2 era se podiam amamentar. Face à evidência, a minha intervenção baseou-se em transmitir a informação mais atualizada de que não há evidência suficiente e inequívoca de que o vírus possa ser transmitido pelas mães com COVID-19 através do leite materno, não existindo assim transmissão vertical no período neonatal através da amamentação (Che, et al., 2020). Assim, incentivei a que mantivessem a extração do leite materno em casa ou no internamento, devidamente armazenado e procedessem à entrega no serviço de Neonatologia através de um familiar.

Em todos os contextos foi-me possível observar que a participação ativa dos pais nos cuidados ao filho estimula o papel parental, diminui a angústia e tende a criar autoconfiança e segurança no desempenho do papel. Conforme pude constatar nos vários serviços e também na evidência, os pais, ao acompanharem a evolução da situação da criança, e ao presenciarem e participarem nos cuidados prestados, afastam-se de sentimentos como ansiedade e desamparo, o que ajuda a diminuir ou inviabilizar a ocorrência de conflitos entre os parceiros do cuidado e o distanciamento proveniente da atribuição de culpas (Lopes, 2012).

Ao longo do estágio pude desenvolver um nível aprofundado de conhecimentos através da assistência de enfermagem especializada ao RN/criança/ jovem e família; demonstrei

consciência crítica para os problemas relacionados com o cliente sendo que, no âmbito da parentalidade, desenvolvi a capacidade de identificar as necessidades de aprendizagem dos pais, fornecendo apoio e informação mediante as necessidades detetadas, recorrendo a uma negociação constante dos cuidados. O desenvolvimento de habilidades no âmbito da promoção do aleitamento materno criou oportunidades para aprofundar conhecimentos e apoiar o desempenho do papel maternal. Toda a pesquisa bibliográfica realizada permitiu-me desenvolver a tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas da prática de Enfermagem.

#### COMPETÊNCIAS

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

#### **Objetivo**

- Minimizar o impacto da hospitalização e da doença no/na RN/criança/jovem e família

#### **Atividades realizadas**

- Implementei medidas de assistência à criança/jovem e família de como lidar com a doença e hospitalização
- Identifiquei os fatores de stress da hospitalização
- Desenvolvi estratégias de minimização dos efeitos negativos da hospitalização face aos fatores de stress
- Maximizei o potencial de crescimento da situação de internamento hospitalar

#### **Reflexão**

A hospitalização de um filho é um evento gerador de sentimentos de stress, angústia e incerteza, mesmo que se trate de uma doença com menor gravidade ou de um internamento curto. Uma das necessidades identificadas pelos pais relativamente à hospitalização dos filhos é a informação (Sousa P. , 2012). A necessidade de informação sentida pela família,

quanto ao quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prognóstico, bem como da patologia, procedimentos e dos cuidados pós-alta a realizar à criança, quando não é eficazmente transmitida, causa insegurança e desconfiança nos pais/família (Andrade, et al., 2015). Para que isso não aconteça, são necessárias intervenções como a orientação antecipada (preparando as mudanças antecipadas através do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento) e o suporte emocional (Barros, Lourenço, Nunes, & Charepe, 2021). Assim, a minha prática assentou em intervenções como escutar ativamente, dar apoio aos pais das crianças/jovens internados, transmitir informação em tempo oportuno e de forma progressiva, não negar informação se a criança/jovem ou família a solicitavam, dar informação preparatória, prestar cuidados na admissão/acolhimento; facilitar a presença da família, estabelecer limites e promover o suporte à família, como técnicas para reduzir a ansiedade.

O impacto da hospitalização é percebido como um processo stressante e angustiante para a criança/jovem. Os estudos demonstram que, para além de experimentarem sentimentos de ansiedade e falta de confiança, as crianças/jovens revelam problemas ao nível psicológico a curto e a médio prazo. Para além da afetação psicológica, temos também sintomas físicos que se fazem notar como alterações no padrão do sono como insónias. (Fiona & Julie, 2018) A hospitalização de uma criança é um evento crítico, stressante, assustador e desconfortável para os pais e que pode ameaçar a estabilidade de toda a família. Os pais experienciam sentimentos de culpa, elevados níveis de ansiedade, stresse, medo, dúvida acerca de si enquanto pais e ausência de controlo devido à doença ou tratamento da criança. Relatam ainda difíceis experiências de incerteza durante o internamento do filho, que se aplicam mesmo a uma doença com pouca gravidade e internamentos de curta duração. (Sousa P. , 2012) Assim, acontecimentos como a hospitalização são desencadeadores de sofrimento e angústia, podendo desenvolver uma crise de identidade parental (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, nos três serviços foi possível vivenciar esta realidade através da observação e manifestação por parte dos pais, da vivência de momentos de ansiedade, sendo possível apoiar a parentalidade, orientando para o cuidado ao/à RN/criança/jovem, mas também posteriormente no domicílio, com o objetivo de transmitir aos pais confiança no desempenho do seu papel.

A presença dos pais 24 horas por dia no hospital veio transformar o modo de pensar e organizar os cuidados de Enfermagem. Ao tornar os pais parceiros nos cuidados reconhecemos que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua

participação na tomada de decisão no processo de cuidados. A presença dos pais não é uma opção, mas sim uma necessidade para a criança, família e equipa de saúde. A Carta de Criança Hospitalizada (1988) explana esta afirmação nos artigos 2º e 3º, respetivamente – *“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado. Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário.”* e *“Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho”* (European Association for Children in Hospital, 2016). Em Portugal, a Lei n.º 106/2009, relativamente ao acompanhamento familiar de crianças, refere que a *“criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua.”* (Assembleia da República, 2009)

No entanto, a hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise de identidade no desempenho do papel parental, com indefinição dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam. Dar atenção às suas expectativas, tendo em conta as necessidades e procurando a negociação de papéis, facilita a sua adaptação e reduz o potencial conflito entre os enfermeiros e os pais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto específico do internamento em Pediatria, procedi à colheita de dados privilegiando a manutenção da rotina da criança/jovem; no entanto, de referir que, fruto das contingências pandémicas, os serviços de Pediatria deixaram de ter visitas permitindo a manutenção do acompanhante, conforme consagrado na Lei. A visita de irmãos e familiares próximos apenas era considerada em situações de internamentos prolongados, situações graves e ameaçadoras, cirurgias ou procedimentos de elevado risco ou ameaça e cada caso era avaliado individualmente. Porém, durante o estágio de internamento em Pediatria não contactei com nenhum caso em que tivesse havido a necessidade de visitas pelos motivos atrás mencionados. No entanto este ponto foi discutido com a Enfermeira orientadora que explicou que a atuação seria no sentido de ir ao encontro destas diretivas.

Os estudos enfatizam a o desafio que os serviços atravessam a fim de se adaptarem a uma cultura de prática clínica em rápida mudança. Assim, nos hospitais recomenda-se manter em prática os princípios da abordagem do cuidado centrado na família (Mandetta & Balieiro, 2020). Neste sentido, e atendendo à necessidade de apropriação às circunstâncias atuais, expliquei ao acompanhante (maioritariamente eram as mães) o horário em que podiam sair

do serviço para fazerem troca dos bens que traziam do exterior com algum familiar. O serviço adquiriu uma rede Wi-Fi para que os pais que acompanhavam os seus filhos internados pudessem ter acesso à rede de internet do hospital através da atribuição da palavra chave e assim contactar com os familiares significativos para a criança/jovem. Para além disso, a sala lúdico-pedagógica continuou o seu funcionamento e aqui as crianças/jovens em idade escolar poderiam assistir às aulas transmitidas via online. Consciente das medidas de distanciamento e das regras sanitárias, mantive o incentivo no que toca à interação com outras crianças e outros pais presentes; a evidência mostra-nos que o estabelecimento de relações entre crianças e famílias constitui uma mais-valia, permite a partilha de experiências, distração, compartilha de sentimentos e angústias, criação de sentido de identificação e solidariedade com os pares; de notar que todas as crianças com idades superiores a 10 anos usavam máscara cirúrgica; nas crianças com idades superiores a 2 anos, dado se tratar de um ambiente hospitalar, era reforçado aos pais que estas deviam usar máscara quando fora do quarto, nomeadamente em espaços de circulação, como corredores. Ainda fruto desta vivência pandémica, pude constatar que as crianças em idade escolar manifestavam sentimentos de angústia. Os estudos até então falavam nesta temática na vertente da presença e participação parental nos cuidados à criança hospitalizada. Agora assistimos a uma mudança de paradigma. Para além dos sentimentos de solidão, o tédio, a raiva, a hostilidade, e o sono excessivo, comumente descritos na idade escolar, as crianças relatavam sentir saudades da restante família e dos seus pares e acrescentavam que não podiam ter visitas por causa do coronavírus. Neste sentido, procurei incentivar a participação nas aulas online, comunicar com os amigos e familiares através de videochamada por forma a colmatar os sentimentos de medo e apreensão.

Os pais são fundamentais na provisão das necessidades emocionais, físicas, sociais e de desenvolvimento da criança. A literatura demonstra-nos que o tipo de apoio, a qualidade e consistência das relações emocionais estabelecidas, e as experiências na infância afetam o desenvolvimento cerebral e as fundações da inteligência, saúde emocional e o desenvolvimento da inteligência social. Estes fatos tornam-se mais evidentes quando falamos de um RN internado numa unidade de cuidados intensivos, num ambiente naturalmente diferente e frequentemente separados dos pais. A parceria e colaboração são sustentadas na dignidade e respeito, na partilha de informações e na participação da família por meio das competências adquiridas na prestação de cuidados ao recém-nascido. Se no contexto normal das unidades neonatais, muitos pais reportam sofrimento, frustração, observando-se frequentemente ansiedade e depressão se não forem incluídos no cuidado ao

recém-nascido, em pandemia estes sentimentos estão hiperbolizados. Um estudo desenvolvido recentemente em 23 unidades neonatais de hospitais portugueses ou maternidades com unidades neonatais demonstrou, antes da declaração das medidas restritivas (15 de março de 2020), 15 unidades mantinham-se em regime de “porta aberta” possibilitando aos pais visitas 24h/24h, sete dias por semana; nove unidades permitiam a sua permanência mais de 12 e menos de 24 horas e duas entre mais de seis e 12 horas. Após a instauração das medidas de prevenção, das 15 unidades que inicialmente permitiam a presença dos pais 24 horas por dia, todos os dias da semana, agora apenas cinco tinham alterado o horário de permanência dos pais (Silva & Apóstolo, 2021). Os autores deste estudo alertam para o facto de algumas unidades neonatais terem adotado uma interpretação literal das orientações da DGS. No entanto, no contexto da Neonatologia, há um claro conflito entre a necessidade da presença dos pais a as condições atuais em que a prevenção da disseminação do SARS-CoV-2, mesmo que pouco provável, assume quase a relevância total. Ainda, acrescentam que as medidas implementadas a nível nacional vêm, na sua maioria, dar respostas às orientações da DGS, mas também às necessidades/dificuldades sentidas pelas instituições/unidades relativamente às condições existentes para assegurar com segurança a presença dos pais relativamente às distâncias de segurança e à redução do risco de disseminação do vírus dentro das unidades. Também são apontados como importantes fatores relacionados com a diminuição dos gastos de materiais de proteção individual (Silva & Apóstolo, 2021). Neste seguimento, no estágio de Neonatologia, deparei-me com esta realidade. O acompanhante do RN era a mãe que poderia permanecer junto do seu filho entre as 9h e as 24h e o pai apenas tinha uma hora de visita em dias alternados. No entanto, caso o RN estivesse com medidas de isolamento por suspeita de infeção por SARS-CoV-2 este não poderia estar acompanhado nem receber visitas. Para minimizar o impacto das restrições, o serviço disponha de um telemóvel adstrito às videochamadas que estes pais poderiam fazer para ver o seu filho. Assim, apesar da pandemia ter provocado desafios aos vários serviços, os esforços levados a cabo pela equipa no sentido de minimizar este impacto foram reconhecidos pelos pais.

Nos serviços de Urgência Pediátrica e de internamento em Pediatria, pude identificar situações onde as crianças apresentavam sinais de stress associados à hospitalização como ansiedade de separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor. Nestes contextos pude constatar que as crianças experimentavam medo perante uma situação desconhecida ou potencialmente ameaçadora, pelo que procurei desenvolver interações que transformassem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva. Para tal promovi o

desenvolvimento de estratégias de coping através da explicação sobre a necessidade de hospitalização, envolvendo as pessoas presentes, explicando de que forma as crianças poderiam ajudar e colaborar no procedimento, procurando que estas não perdessem o controlo da situação. Na triagem, sendo a primeira interação que os enfermeiros desenvolvem com a criança e seus pais, foi possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações.

No sentido de maximizar o potencial benefício de hospitalização, procurei desenvolver um conjunto de estratégias de confronto do medo, da ansiedade e da dor, fomentar as relações pais-filhos através da consciência das necessidades dos seus filhos e da possibilidade de reestruturar o relacionamento. Promovi oportunidades educacionais para os pais e filhos no que toca ao crescimento e desenvolvimento da criança, da doença; consciencializei a criança/jovem de que a experiência da hospitalização pode proporcionar uma oportunidade para treinar o seu autocontrolo e capacidades de enfrentamento e fomentei as relações sociais com outras crianças em situações problemáticas (Batalha L. M., 2017).

### **Objetivo**

- Desenvolver competências de diagnóstico e intervenção de enfermagem na área do controlo da dor

### **Atividades realizadas**

- Avaliei a dor com recurso às escalas de avaliação da dor
- Implementei estratégias não farmacológicas e farmacológicas no tratamento e controlo da dor na criança
- Pesquisei sobre cuidados atraumáticos

### **Reflexão**

A dor constituiu um foco de atenção da prática dos enfermeiros. Definida pela CIPE como *“Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.”* (International Council of Nurses, 2016, pág. 54).

Quanto à dor em Pediatria, existem muitos mitos e crenças, nomeadamente que: os RN não sentem dor, estando comprovado que os RN têm capacidade neurológica para perceber a dor ao nascimento, incluindo os prematuros; as crianças sentem menos dor que os adultos, no entanto, a evidência demonstra que as crianças mais novas percebem a dor com mais intensidade que os mais velhos; as crianças esquecem a dor, corroborado por alterações comportamentais após atos dolorosos (Batalha L. M., 2010).

As crianças desde muito cedo são capazes de identificar o local e intensidade da sua dor, desde que sejam encorajadas a fazê-lo e lhes sejam proporcionados os instrumentos de avaliação (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Neste seguimento, de acordo com as orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, a Direção-Geral da Saúde (2010) alerta-nos para que a atenção na dor pediátrica tenha que ser diferenciada dos restantes grupos etários e realça como norma de boa prática os seguintes aspetos: acreditar sempre na criança que refere dor; sempre que possível, privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos; dar tempo à criança para manifestar a sua dor; atender ao comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; conversar com a criança (a partir dos 3 anos)/pais/cuidador principal; observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; efetuar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta; manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança; utilizar com rigor as instruções metodológicas específicas de cada instrumento; em situação de dor intensa a prioridade deve ser dada ao tratamento em detrimento da sua avaliação (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Durante o estágio nos diferentes contextos pude constatar que os enfermeiros procediam à avaliação e ao registo da dor, tendo em conta as escalas adequadas à idade e estadió de desenvolvimento; valorizavam os relatos de dor e respostas comportamentais de dor. Deste modo, a avaliação e tratamento da dor foram também uma preocupação minha permanente nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Relativamente à avaliação, foram aplicadas as escalas de acordo com as diretrizes definidas pela Direção Geral da Saúde (2010) e pela Ordem dos Enfermeiros (2008): no RN apliquei a escala de dor de EDIN – *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau* (que avalia cinco indicadores: rosto, corpo, sono, interação e reconforto); em crianças com idade inferior a 4 anos, utilizei a FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*); entre os 4 e os 6 anos, empreguei a Escala de faces de Wong-Baker; e a partir dos 6 anos, utilizei a escala numérica. Em todos os contextos assistenciais, o registo foi realizado informaticamente, permitindo que a atuação em caso de dor fosse assegurada com efetividade (Direção-Geral da Saúde, 2010).

As respostas das crianças à dor dependem de fatores como a idade, etapa de desenvolvimento, personalidade e ambiente da criança. Nos recém-nascidos e lactentes, verifiquei que a expressão facial era de desconforto, apresentavam choro intenso e os sinais vitais alteravam-se nomeadamente a frequência cardíaca e respiratória aumentavam. As crianças até aos três anos choravam e gritavam, demonstravam grande ansiedade e usavam palavras para a dor como ai, ui, dói, expressão facial alterava-se com os músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados; a expressão corporal era de agitação, agressividade, proteção da zona dolorosa. As crianças em idade pré-escolar já conseguiam exprimir a dor, manifestando alterações comportamentais como agitação e agressão física e evidenciando grande preocupação com perda de parte do corpo (por ex. quando têm uma ferida), demonstravam medo das agulhas e procedimentos médicos; nesta idade acreditam na dor como punição e misturam factos reais com ficção, apresentando pensamento mágico em relação à dor (Oliveira, et al., 2018). As crianças em idade escolar conseguem descrever a sua dor, podendo fazer associação entre a dor e a causa, gostam e precisam de explicações sobre os procedimentos; quanto à expressão corporal, ficavam numa posição fetal, imóveis e rígidas, cerrando os punhos; em termos comportamentais podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos ou agressivos e apresentar alteração do padrão de sono (Oliveira, et al., 2018). Os adolescentes questionam ‘Porquê a mim?’, necessitam de manter a autoestima e beneficiam com o ensino de técnicas de controlo da dor; por vezes não demonstravam comportamentos da dor por vergonha (Oliveira, et al., 2018).

No que se refere ao controlo e tratamento da dor, devem ser implementadas medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas. Nos diferentes contextos verifiquei que os enfermeiros tinham em consideração a adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas.

As estratégias farmacológicas aplicadas nos contextos de Serviço de Urgência Pediátrica e de Internamento foram a aplicação do anestésico tópico EMLA® (*Eutectic Mixture of Local Anesthetics*) antes do procedimento, exemplo, inserção de catéter venoso periférico e nas punções venosas; nos casos de dor aguda administrei fármacos analgésicos e/ou sedativos previamente protocolados ou segundo prescrição médica.

Relativamente às intervenções não farmacológicas (intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais) para controlo da dor recorri: à administração de sacarose a 24%; à sucção não nutritiva; à amamentação, incentivando que o lactente permanecesse ao seio materno durante e após o procedimento como venopunção, punção do calcanhar e punção lombar; ao reforço positivo, técnica que promove o elogio da criança da criança ou recompensa após

procedimento doloroso, que pode ser um autocolante ou um certificado, acompanhado de um elogio e parabenização pela coragem; à modelação/ensaio comportamental, através da demonstração do procedimento no boneco da criança; à distração, recorrendo a vídeos, histórias, canções, desviando assim a atenção da criança; e à imaginação guiada (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No contexto de Neonatologia, desenvolvi intervenções no sentido de gerir os estímulos ambientais e de recorrer a medidas de conforto por forma a reduzir o stress. Neste sentido, tive em consideração: o controlo da luz e do ruído, procurei agrupar os cuidados respeitando os ciclos de sono-vigília; realizar manipulação mínima no caso de RN gravemente doentes; colocar o RN numa posição agradável mobilizando-o regularmente (Direção-Geral da Saúde, 2012). No realização de procedimentos dolorosos: utilizei de forma sistemática a contenção (manual ou com lençol) ou o método canguru, tive em consideração selecionar o material que causasse menos dor como, por exemplo, utilizando a lanceta automática ao invés da manual aquando da punção do calcanhar, na punção venosa nunca recorria a garrote de borracha/tecido mas sim ao garrote manual; a punção do calcanhar era apenas efetuada para a pesquisa de glicemia capilar evitando puncionar este local para a colheita de sangue. Nos contextos de Urgência Pediátrica e internamento em Pediatria, procurei: planear os procedimentos invasivos, agrupando-os; preparar e informar previamente a criança acerca dos procedimentos quanto ao que se vai passar e o que vai sentir, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo; preparar, informar e instruir os pais sobre o seu envolvimento durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança, alertando para o facto de o objetivo da sua participação não ser para restrição física (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, quantificar e objetivar a dor, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde, facilitando a tomada de decisão homogénea, adaptar de forma personalizada o tratamento da dor, avaliar a eficácia das técnicas de analgesia e estabelecer uma relação de confiança com a criança. Assim, a minimização da dor e ansiedade influenciam eventuais medos futuros relativamente aos cuidados de saúde. Através de medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas, a dor da criança é aliviada e promovido o seu conforto.

Apesar de se recorrer a estratégias no sentido de promover uma prestação de cuidados de enfermagem ao binómio criança/família o menos traumática possível, muitas vezes existem alguns procedimentos prestados que são dolorosos, desagradáveis e traumáticos. Era preocupação dos enfermeiros intervir na diminuição da dor corporal e na redução do stress

psicológico por forma a aumentar o bem-estar da criança. Neste seguimento importa introduzir um novo conceito: cuidados atraumáticos.

Cuidados atraumáticos são cuidados terapêuticos e humanizados, promovidos pelos enfermeiros, que não causem dano e que utilizem uma panóplia de intervenções cuja finalidade é eliminar ou reduzir o desconforto físico e/ou psicológico das crianças e família. (Hockenberry & Wilson, 2014) Para a implementação dos cuidados não traumáticos, os enfermeiros devem controlar os fatores internos e externos que comprometam o propósito de prevenir ou minimizar o stress psicológico e físico, envolvidos nos procedimentos a prestar às crianças/famílias. Esta orientação para a prática de cuidados assenta em três princípios fundamentais: evitar a separação da criança e da família; promover a sensação de controlo; minimizar as intervenções invasivas e dor.

Durante a minha prática pude comprovar que os enfermeiros desenvolviam a sua prática baseando-a em cuidados atraumáticos. Sempre que possível, era evitada a hospitalização e/ou reduzida a sua duração nomeadamente o recurso ao Hospital de Dia, em que as crianças recorriam durante o dia para realizar o seu tratamento e regressavam a casa à noite para dormir. Também, no sentido de as crianças e pais aderirem e participarem no processo de tratamento, os enfermeiros informavam-os acerca dos procedimentos que iam realizar o que se constituía como essencial para permitir a mobilização de estratégias de enfrentamento adequadas para fazer face ao acontecimento potencialmente ameaçador. De salientar que pude perceber que o comportamento dos pais tem influência no stress da criança durante os procedimentos dolorosos. Neste sentido, procurei instruir os pais para que, durante o procedimento, distraíssem a criança em vez de a tentar sossegar, consolá-la ou utilizar palavras de conforto como ‘não te preocupes, está tudo bem’, uma vez que estas estratégias só aumentam a ansiedade da criança.

Outra dimensão dos cuidados atraumáticos prende-se com o encorajar a presença e a participação dos pais nos cuidados, já amplamente discutida anteriormente. Na prática procurei ainda adequar o ambiente e interagir adequadamente com a criança e com os pais. Os cuidados atraumáticos visam estimular o controlo da criança, minimizando a sua angústia psicológica, que inclui diversas emoções como o medo, a ansiedade, a raiva, a tristeza, a decepção, a vergonha ou até a culpa. Nestas situações geradoras de stress, nomeadamente em contexto de doença, pretende-se com os cuidados não traumáticos que os enfermeiros minimizem o impacto negativo destas emoções e/ou promovam nas crianças o controlo das mesmas, e desta forma conseguem controlar mais eficazmente a dor e o sofrimento. Assim,

podemos concluir que o alívio da dor é um direito das crianças, um dever dos enfermeiros e um indicador de qualidade dos serviços de saúde.

### **Objetivo**

- Promover os cuidados centrados no desenvolvimento

### **Atividades realizadas**

- Aprofundei conhecimentos e competências na área dos cuidados centrado no desenvolvimento do RN
- Prestei cuidados centrados no desenvolvimento do RN segundo as linhas orientadoras do Programa de Cuidados Individualizados e de Avaliação do Desenvolvimento Neonatal (NIDCAP)

### **Reflexão**

A prematuridade é um fenómeno importante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal e, apesar dos avanços ao nível dos cuidados neonatais, mantém-se associada a um maior risco de comprometimento neurodesenvolvimental. Todas as experiências sensoriais inesperadas e intensas a que um RN é sujeito, num período particularmente crítico e vulnerável do desenvolvimento cerebral, tem impacto na estrutura do cérebro em desenvolvimento (Als, et al., 2012).

O recente modelo Universo dos Cuidados Desenvolvimentais (UDC - *Universe of Developmental Care*) (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, & Franck, 2008), alicerçado na Teoria Sinactiva do Desenvolvimento, vem favorecer um novo enquadramento das práticas de cuidados desenvolvimentais baseadas em evidências. Os seus autores estabelecem cinco medidas centrais (“*core measures*”), em que cada uma representa um núcleo organizado de cuidados que reconhecem as necessidades holísticas da díade RN-família em interação com o ambiente: (1) Ambiente terapêutico: inclui o ambiente físico, humano e organizacional, que influencia a qualidade e consistência dos cuidados; (2) Prevenção, avaliação e gestão da dor e stress: a investigação sobre a dor neonatal sugere que a vulnerabilidade para a dor e stress no RNP tem implicações aos níveis físico, psicológico e comportamental; (3) Proteção do sono: o sono desempenha um papel crítico no desenvolvimento sináptico, aprendizagem e memória; (4) Atividades de vida diária adequadas à idade (incluem as atividades que suportam o posicionamento, as atividades orientadas para a alimentação do RN e os cuidados à pele): estas atividades afetam variáveis fisiológicas, o sono, a mobilidade funcional das

articulações, o processamento sensorial e o neurodesenvolvimento do RN prematuro; (5) Cuidados centrados na família: o papel da família na vida do RN prematuro é insubstituível e tem impacto, a curto e a longo prazo, nos eventos fisiológicos e psicoemocionais do mesmo.

No contexto da Neonatologia, pude atender ao ambiente terapêutico, gerindo a luminosidade e o ruído. Quanto à prevenção, avaliação e gestão da dor e do stress, pude constatar os benefícios do toque positivo, nutritivo ou afetivo; é um tipo de toque com a intenção de entrar em sintonia, de alívio e relaxamento, de transmissão de afeto (Bond, 2003). Neste seguimento promovi a contenção do RN e o método canguru como exemplos de experiências táteis positivas que devem ser facilitadas ao RN prematuro internado, de uma forma intencional e sistematizada. Pude verificar na reação dos RN que estes rapidamente se acalmavam e reorganizavam. Para a realização destas intervenções, além do respeito pelas necessidades do RN, atendi ao envolvimento e participação dos pais.

Relativamente à proteção do sono, respeitei os estados de sono-vigília do RN e, também, capacitei os pais a desenvolver um papel ativo nas rotinas de sono, o que promovia a transição para casa e o apoio na normalização de um padrão de sono saudável; o que vai ao encontro do encontrado na literatura: o sono das crianças passa por alterações significativas ao longo do primeiro ano de vida e é influenciado pelos comportamentos parentais/dos cuidadores (Mindell, Li, Sadeh, Kow, & Goh, 2014).

Quanto às atividades de vida diária adequadas à idade, a minha intervenção focou-se no desenvolvimento de atividades parentais e cuidados promotores da vinculação, objetivando a construção do sentido de competência e confiança dos pais: expliquei que o RN deve ser movimentado de forma lenta e com contenção e que, apesar de verem muitas vezes o seu filho na UCIN a cumprir decúbitos como ventral, lateral direito e/ou esquerdo, em casa, para dormir, apenas podem colocá-lo em decúbito dorsal devido ao risco de síndrome de morte súbita do lactente.

O conceito de cuidados no desenvolvimento reconhece as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos RN prematuros e das suas famílias, e foca-se em minimizar potenciais complicações a curto e longo prazo associadas a internamento em unidades de cuidados intensivos (Chandebois, et al., 2021).

A filosofia do programa NIDCAP assenta nos cuidados centrados no desenvolvimento. O NIDCAP (“*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*”) visa a proteção e promoção do desenvolvimento do RN internado e procura assegurar o melhor envolvimento da família nos cuidados. Estudos levados a cabo por Heidelise Als permitiram

descobrir que a linguagem dos RN poderia ser interpretada pelo seu comportamento; ainda, estes estudos levaram à elaboração da Teoria Sinactiva do Desenvolvimento, que explica o desenvolvimento do recém-nascido e a forma como este interage com o ambiente através da interpretação do seu comportamento. A compreensão desses comportamentos pode ser usada para guiar os enfermeiros e os pais, no sentido de apoiarem o RN, minimizar o impacto das experiências vividas na unidade de cuidados intensivos, com o intuito de melhorar o desenvolvimento cerebral e minimizar as sequelas a longo prazo (NIDCAP, s.d.).

A aplicação do programa NIDCAP compreende a realização de observações sistematizadas, com recurso a uma grelha de observação do comportamento e de sinais fisiológicos do RN, antes, durante e após os cuidados, recolhendo informação acerca das capacidades e fragilidades do mesmo. Através destas informações são elaboradas recomendações para os cuidados, de forma a apoiar o RN, respeitando as suas características individuais. Estas recomendações são delineadas em colaboração com os profissionais de saúde, envolvendo a família (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, s.d.).

Neste percurso os pais aprendem a conhecer as características individuais dos seus filhos e desenvolvem competências para melhor responderem ao RN, porventura exigente e, com características e necessidades muito particulares, e que se podem manter durante alguns anos e mesmo para toda a vida.

As experiências sensoriais nas UCIN têm um impacto negativo no desenvolvimento cerebral, nomeadamente no que concerne ao ambiente (exposição à luz, ao ruído) e às intervenções, que frequentemente são dolorosas, factos que se associam à diminuição das experiências positivas, que perderam com o nascimento prematuro (Guimarães, 2015). Vários estudos efetuados, com RN prematuros, mostram os efeitos positivos do programa NIDCAP na saúde geral e no desenvolvimento de RN prematuros e de alto risco com melhoria da estrutura e função cerebral; menos dias de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais; aumento de peso de forma mais célere; melhoria do resultado comportamental na infância e na idade escolar; menor número de dias de ventilação invasiva e menores necessidades de aporte de oxigénio; a otimização de competências parentais; e a satisfação dos pais. Estas evidências científicas permitem perceber que o NIDCAP é um poderoso instrumento de trabalho cuja importância se torna indiscutível (NIDCAP, s.d.). Baseado no conceito da competência do RN, este programa dá suporte à autorregulação durante o desenvolvimento, prevenindo a sobrecarga de estímulos sensoriais e dolorosos, garantindo a presença e prestação de cuidados pelos pais e fazendo com que o bebé se sinta em segurança.

Apesar da UCIN onde decorreu o estágio não ser uma unidade certificada no programa NIDCAP, pude constatar que são aplicadas as suas linhas de orientação e, também eu, pude dar continuidade aos cuidados nessa vertente. Nesse sentido, e também após discussão sobre esta temática com a enfermeira tutora, observei a reação do RN face à minha manipulação; quando o RN se desorganizava, o “simples” toque no sentido de confortar exercendo alguma contenção tinha um efeito imediato quer no seu comportamento quer a nível da monitorização cardiorrespiratória. Importa reiterar que toda a manipulação efetuada era criteriosamente ponderada e limitada ao essencial; também, notei que, entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, havia uma articulação neste mesmo sentido.

Como vimos anteriormente, os RN prematuros são expostos a estímulos externos negativos, que constituem verdadeiros desafios para o seu cérebro imaturo. Alguns exemplos desses estímulos são a luz, o ruído, a dor e o toque das mãos frias (por parte dos profissionais). Por forma a diminuir o impacto destes estímulos e estando consciente de que o comportamento adotado no interior da UCIN interfere diretamente com o RN, no que respeita ao contacto, procurei aquecer as mãos antes de tocar no RN, realizei contenção com as mãos aquando da sua manipulação e contenção em ninhos e em rolos de posicionamento (com toalhas e lençóis), que promovem a sua organização comportamental através da simulação do espaço intrauterino. Quanto aos estímulos sonoros, promovi o silêncio, evitei conversas desnecessárias, tive em atenção fechar as portas da incubadora cuidadosamente, não pousar objetos em cima da incubadora, atender e desligar os alarmes prontamente. Na unidade não há nenhum sonógrafo, no entanto, existe um projeto desenvolvido por uma enfermeira no âmbito da sua tese de Mestrado para implementar este dispositivo na UCIN. Para diminuir os estímulos luminosos, reduzir a incidência das luzes sobre o RN cobrindo a incubadora com uma manta, optando pela luz natural durante o dia e o uso de candeeiros com luz indireta ao invés da luz do teto durante a noite.

Assim, a minha atuação neste conjunto de competências visou cuidar do/da RN/criança/jovem e família, em situações de particular exigência decorrente da sua especial complexidade, mobilizando recursos oportunamente e recorrendo a um largo espectro de abordagens, tendo minimizado o impacto da hospitalização, desenvolvido competências de diagnóstico e intervenção na área do controlo da dor e promovido os cuidados centrados no desenvolvimento.

## 2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O título melhoria contínua da qualidade evoca um domínio de competências que se designa no perfil de competências comuns dos enfermeiros especialistas em duas competências: [1] Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e [2] Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim sendo, este segundo domínio procura partilhar as aprendizagens relacionadas com o papel do enfermeiro especialista no sentido de promover o seu próprio processo de desenvolvimento pessoal e profissional, mobilizando conhecimento da sua formação inicial, experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada. Acrescenta-se que, neste domínio, são evidenciadas as atividades que o enfermeiro especialista desenvolve no sentido de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos pares, através da identificação de necessidades formativas e da promoção de formação em serviço. Também, procura denotar a análise que o enfermeiro especialista executa de problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem bem como as suas capacidades de comunicar informação resultante da prática clínica e da investigação, quer para público especializado quer para o público em geral.

### COMPETÊNCIAS

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional
- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada

### **Objetivos**

- Desenvolver competências de autodesenvolvimento pessoal e profissional
- Mobilizar conhecimento proveniente do percurso profissional para a prática clínica

### **Atividades realizadas**

- Apliquei conhecimentos adquiridos ao longo do processo académico
- Participei numa sessão de formação em serviço acerca da uniformização da prática/ cuidados na circuncisão

## Reflexão

A melhoria contínua dos cuidados de enfermagem correlaciona-se com o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. A formação contínua, na academia, permite a obtenção de diferentes graus académicos e, como tal, a aquisição de novas e mais responsabilidades nas diversas áreas de atuação por parte dos enfermeiros. Também, a formação em contexto de trabalho se revela como uma estratégia. Proporciona aos enfermeiros uma mudança e reflexão crítica, elementos fundamentais para a prestação de cuidados. Nesta linha de pensamento, a formação não se deve aplicar a processos simples de aquisição e acumulação de conhecimentos (Fonseca, 2015), deve, no que à enfermagem diz respeito, ser uma crescente aquisição de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados. E, como Vieira (2017) refere “*O direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade leva o enfermeiro a comprometer-se com a atualização contínua dos seus conhecimentos (...)*” (Vieira, 2017).

Neste sentido, é claro que a atuação do enfermeiro está alicerçada na prática baseada na evidência e, neste contexto, o Enfermeiro especialista, assume um papel de especial responsabilidade como força motivadora do grupo, no sentido de uma prestação de cuidados de qualidade.

Assim, e indo ao encontro da capacidade de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade esperada do enfermeiro especialista, tive em consideração a mobilização de conhecimentos de todas as unidades curriculares frequentadas ao longo deste ciclo de estudos, tendo-me munido de documentação fornecida no decurso dos dois semestres anteriores. Não descurei ainda o prévio percurso académico, que se iniciou no curso de licenciatura e depois no curso de pós-graduação em Cuidados Paliativos Pediátricos e, também, de toda a trajetória profissional.

No contexto de internamento em Pediatria, tive a oportunidade de participar numa formação sobre “*Circuncisão: convergência de procedimentos*” que se revelou bastante útil uma vez que o objetivo era o desenvolvimento de um protocolo tendo em vista a uniformização de práticas. Foram abordados aspetos como quais as patologias que levavam a este procedimento, cuidados pré e pós-operatórios nomeadamente no que toca a capacitar os pais na prestação dos cuidados principalmente da instalação de fimoses/parafimoses que poderão levar à necessidade de circuncisão.

De forma a atingir os objetivos a que me propus, através da minha participação ativa e da constante preocupação em desenvolver uma prática assente na evidência científica mais

atual, mobilizando conhecimentos prévios e adquirindo novos acerca da área da saúde infantil e pediátrica, o que me permitiu manter o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

#### COMPETÊNCIAS

- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade
- Promover formação em serviço na área da especialização
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica

#### **Objetivo**

- Desenvolver competências na área de formação ao grupo de pares

#### **Atividades realizadas**

- Identifiquei as áreas que podiam ser alvo dum processo de formação em serviço
- Elaborei um plano de formação para a equipa de enfermagem
- Realizei sessão de formação em serviço a pares
- Elaborei um manual acerca da nova sala de emergência do Serviço de Urgência Pediátrica
- Produzi sessão de formação em serviço sobre os distúrbios alimentares em Pediatria

#### **Reflexão**

No contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, após ter analisado com a enfermeira tutora quais as necessidades formativas do serviço, surgiu a oportunidade de desenvolver uma ação de formação em serviço sobre a nova sala de emergência. Esta necessidade teve que ver com o facto de o início do estágio coincidir com a mudança de instalações do serviço de urgência pelo que imperou inventariar toda a sala e desenvolver um documento ao qual os profissionais pudessem ter acesso por forma a se apropriarem da disposição do material.

Uma vez que se mantinha a indicação de suspensão das formações em serviço, surgiu a ideia de desenvolver um manual em formato e-book que poderia ser consultado por todos os profissionais à distância. Também, à posteriori e assim que a pandemia permitisse, poderia ser transposto para uma formação em serviço com visita guiada pela sala de emergência (Apêndice I).

No contexto de Internamento em Pediatria, tive oportunidade de fazer o diagnóstico das necessidades de formação, através do diálogo com os enfermeiros do serviço, quer os enfermeiros responsáveis pela formação quer com os restantes enfermeiros. Nesse sentido, foi proposto desenvolver uma formação em serviço subordinada ao tema '*Distúrbios alimentares em Pediatria*', tendo sido abordados aspetos relacionados com o conceito de distúrbios alimentares e, mais concretamente, foi desenvolvida a temática da obesidade infantil, tido como um diagnóstico muito prevalente nas crianças/jovens que passavam pelo serviço de internamento. De referir que o facto de ter tido oportunidade de assistir a consultas desenvolvidas nas Consultas Externas do Departamento de Pediatria aliado à pesquisa efetuada, muniu-me de um maior conhecimento de como podemos desenvolver a nossa prática enquanto EEESIP. Para obter informação acerca da aprendizagem dos conhecimentos transmitidos, foi realizada a atividade diagnóstica, recorrendo a um questionário avaliativo no início da sessão. No fim da sessão foi novamente aplicado o mesmo questionário, no sentido de verificar se os conhecimentos tinham sido adquiridos. De referir que a formação foi desenvolvida numa plataforma online (Microsoft Teams) e a disponibilização dos questionários foi efetuada pela Enfermeira responsável pela formação uma vez que, como aluna, não tinha acesso à plataforma onde este questionário foi inserido e de onde surgiram as respostas. Também, por forma a avaliar a formação em geral, foi aplicado um questionário de avaliação. Os enfermeiros descreveram a formação como tendo sido muito útil na aquisição de conhecimentos, nomeadamente quanto ao papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil no combate à obesidade. Todos os aspetos do planeamento, execução e avaliação encontram-se no Apêndice II.

Assim sendo, ao refletir sobre estas aprendizagens, aprendi que a existência de um sistema de melhoria contínua nos serviços é crucial, para garantir a procura permanente da excelência no exercício profissional, o que contribui para a máxima eficácia da qualidade dos cuidados. De forma a atingir o objetivo a que me propus, tive a preocupação em identificar os temas e as situações que ainda necessitavam de ser exploradas nos serviços, realizando pesquisa bibliográfica, dialogando com os enfermeiros com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados. Quer no serviço de urgência pediátrica quer no serviço de

internamento em pediatria, identifiquei duas áreas com necessidade formativa, o que me possibilitou desenvolver as competências acerca da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, na perspectiva da identificação das necessidades formativas e, conseqüentemente, no desenvolvimento da formação em serviço.

### 2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Este domínio inclui duas competências: [1] Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; [2] Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Assim sendo, este terceiro domínio procura partilhar as aprendizagens relacionadas com a capacidade do enfermeiro especialista em liderar equipas de prestação de cuidados, o seu papel na colaboração e no processo de gestão de um serviço. Também, procura evidenciar o exercício da supervisão dos cuidados, zelando sempre pela qualidade dos cuidados prestados.

#### COMPETÊNCIAS

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

#### **Objetivos**

- Compreender o papel desempenhado pelo EEESIP na gestão de cuidados em cada contexto
- Conhecer a dinâmica do processo de integração de novos profissionais nos diferentes contextos
- Compreender o processo de gestão de cuidados nas diferentes áreas assistenciais
- Adquirir competências sobre gestão e liderança de recursos humanos e materiais

#### **Atividades realizadas**

- Identifiquei os benefícios e a importância do EESIP
- Cooperei no processo de integração de novos profissionais e de alunos da Licenciatura em Enfermagem
- Participei no processo de gestão de cuidados em vigor nas diferentes áreas assistenciais
- Analisei de forma crítica o método de trabalho praticado nos diferentes contextos de estágio
- Participei na dinâmica de gestão de recursos humanos e materiais necessários para o cuidado à criança/família

### Reflexão

Dentro de uma organização de saúde, os enfermeiros são o maior grupo profissional e é expectável que a sua prestação de cuidados seja de qualidade, promovendo a autonomia e uma vida mais saudável aos seus clientes (Fradique & Mendes, 2013).

O grande desafio para os enfermeiros consiste em avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como assegurar, em tempo útil e com custos adequados, o acesso a cuidados de qualidade. Segundo Chiavenato (2014) a liderança envolve o processo de influenciar e dirigir o comportamento das pessoas em direção ao alcance de objetivos e revela-se indispensável em todos os tipos de organizações (Chiavenato, 2014).

As teorias sobre estilos de liderança comportamental referem se aquilo que o líder faz, ou seja, a liderança era estudada em termos de estilos de comportamento do líder em relação aos seus subordinados, podendo estes ser autoritário, liberal e democrático (Sousa & Santo, 2010). Segundo os mesmos autores na liderança autoritária o líder impõe as suas decisões ao grupo, na liderança liberal, delega as suas decisões no grupo refletindo-se a sua ausência de controlo e na liderança democrática, estimula a participação democrática das pessoas, orientando e conduzindo o grupo. Por último, nas teorias situacionais de liderança é destacado que cada situação requer um tipo de liderança, assumindo-se que para toda e qualquer situação, não existe um único estilo de liderança válido, antes devendo o líder ajustar o tipo de liderança a cada situação por forma a atingir a eficácia dos seus colaboradores (Cardoso, Ramos, & D'Innocenzo, 2011). Nesta abordagem de acordo com os mesmos autores, o desafio é saber qual o estilo a aplicar em cada situação, com quem e em que circunstâncias, porque na prática o líder utiliza os três tipos de liderança em função da situação e dos colaboradores.

Transversal a todos os contextos, a responsabilidade da gestão de recursos materiais também se enquadra nas funções do EEESIP. Desta forma, pode colaborar na gestão de stocks de material, na verificação da sua manutenção, na requisição de medicação em falta, adequando os recursos às necessidades de cada serviço. Percebi que, quanto à gestão de recursos humanos, é da responsabilidade do EEESIP proceder às alterações de horário, redistribuição dos turnos pelos elementos da equipa em situações de atestado médico e a elaboração diária dos planos de trabalho.

No contexto de internamento em Pediatria, tive contacto com alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo-me possível colaborar quer na sua integração quer na sua orientação, apoiando-os quando necessário, percebendo desta forma a importância do papel do EEESIP nesta área pois os alunos de hoje são os enfermeiros do futuro e considero que a competência do enfermeiro orientador bem como o tipo de orientação dada tem influência significativa na forma como estes estudantes se irão desempenhar o seu papel de enfermeiros.

Relativamente ao método de trabalho praticado nos diferentes contextos de estágio, pude constatar que, no contexto da Neonatologia, a metodologia de trabalho empregue é o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro tem atribuído um determinado número de RN e se centra no cuidado ao RN de uma forma individual e holística, valorizando as suas necessidades e personalizando os cuidados, contando com a colaboração da restante equipa sempre que necessário. O enfermeiro desenvolve o seu plano de cuidados para cada um dos RN e presta cuidados centrados na família, considerando-os parceiros no cuidar, negociando a sua participação nos cuidados com o intuito de os capacitar para desenvolverem as competências parentais, satisfazendo simultaneamente as necessidades do RN e avaliando o desenvolvimento da parentalidade. Durante o estágio percebi que este método de trabalho se afigura como o ideal para este serviço porque permite aplicar o modelo da parceria de cuidados de forma mais concisa. O facto de ser um método centrado na pessoa facilita o desenvolvimento de uma ética do cuidado, havendo uma preocupação constante com a promoção do desenvolvimento do prematuro e o respeito pela sua vulnerabilidade.

No contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, verifiquei que a metodologia de trabalho instituída é o método individual. A distribuição dos enfermeiros por turno é elaborada previamente pelo enfermeiro gestor do Serviço de Urgência e tem em conta o número de enfermeiros adstritos ao turno que têm o curso do Protocolo de Manchester, ficando um enfermeiro na triagem, um enfermeiro na área de observação, um enfermeiro na área dedicada aos doentes respiratórios e um enfermeiro na área dedicada aos doentes não

respiratórios – esta organização teve que ver com a necessidade de adequação à atualidade pandémica; ainda de acrescentar que a sala de emergência está assegurada por todos os enfermeiros presentes em cada turno de trabalho. De realçar que, durante a pandemia, muitas vezes era necessário recorrer à metodologia de trabalho funcional ou de tarefa para dar resposta às circunstâncias que iam surgindo no serviço. Em todos os turnos, era destacado um enfermeiro responsável, EESIP, cuja função era, para além de estar alocado a uma área de assistência, fazer a verificação diária da sala de emergência e dar resposta a qualquer tipo de necessidade do foro de pedido de material, medicação, organização do serviço.

Quanto ao serviço de Internamento em Pediatria, a metodologia de trabalho adotada era também o método de trabalho individual. Neste serviço realço a organização do sistema gestão dos recursos materiais através da filosofia Kaizen, em que todos os profissionais estavam familiarizados com as regras de retirar o material para reposição posterior.

Como pude atentar, o método de trabalho individual foi transversal a todos os contextos. Considero que este tipo de método de trabalho se afigura como o mais benéfico nestas áreas assistenciais ao/à criança/jovem e família uma vez que o enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados que presta de uma forma integral e personalizada, prestando cuidados de uma forma holística. Ao centrar-se na pessoa verifico que se tratar de um excelente método para a implementação do processo de enfermagem, visto que é através deste processo que são aplicados na prática dos cuidados os fundamentos teóricos de enfermagem, de forma a satisfazer as necessidades da criança/família, exigindo do enfermeiro uma prática crítico-reflexiva.

Torres & Monte (2011) defendem que a melhoria contínua da qualidade assistencial, pela rapidez no acesso aos serviços de saúde, em que existe uma gestão eficaz, com ganhos em eficiência, pela responsabilização dos custos em saúde, pela gestão dos recursos humanos e materiais existentes, deve sempre assegurar o princípio da equidade e a sustentabilidade económico-financeira do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, um sistema de saúde eficaz dependente de sistemas estruturados e articulados que promovem a eficiência dos serviços e a satisfação da população (Torres & Monte, 2011).

Ao refletir sobre estas aprendizagens, considero ter atingido os objetivos a que me propus, tendo para isso observado e discutido de uma forma crítica o papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados em cada contexto e no processo de integração de novos profissionais, implicando uma capacidade de gestão e de liderança. Assim, concluo que o EESIP possui características como a capacidade de comunicação, de empatia, de liderança e de criatividade para conseguir atender às questões colocadas pelas crianças/jovens e famílias e pela equipa

de trabalho, no sentido do bem-estar de toda a comunidade e, conseqüentemente, na garantia da qualidade dos cuidados prestados.

## 2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O título desenvolvimento das aprendizagens profissionais evoca um domínio de competências que se designa no perfil de competências comuns dos enfermeiros especialistas em duas competências: [1] Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e [2] Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim sendo, este quarto domínio procura demonstrar as aprendizagens relacionadas com a capacidade de incorporar na prática a evidência válida e relevante, demonstrando compreensão quanto às implicações dos resultados da investigação na prática. Para além disso, procura evidenciar o impacto dos processos de tomada de decisão e das intervenções assentes em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitadores nos processos de aprendizagem e agentes ativos no campo da investigação.

### COMPETÊNCIAS

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

### **Objetivos**

- Desenvolver a práxis alicerçada na prática baseada na evidência
- Refletir acerca de temáticas passíveis de serem investigadas nos diferentes contextos

### **Atividades realizadas**

- Realizei pesquisa bibliográfica sobre diferentes temas
- Observei e refleti de forma crítica acerca dos cuidados prestados, tendo por base a evidência científica

- Partilhei os resultados de pesquisa relevantes e atualizados com os pares
- Integrei a evidência científica na prestação de cuidados
- Identifiquei as áreas com necessidade de investigação nos diferentes contextos assistenciais

### Reflexão

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva, aplicando o conhecimento de disciplinas do domínio das ciências da saúde, para uma lógica progressivamente mais conceptual, usando o conhecimento da disciplina que é criado e representado a partir da investigação e da teoria da enfermagem (Silva A. P., 2006). A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação, como é o caso da parentalidade. O exercício do papel parental requer competências. Ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental afigura-se como uma dimensão pró-ativa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde.

Uma prática de Enfermagem baseada na evidência é, sem dúvida, a incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis (Peixoto, Pereira, Martins, Martins, & Barbieri, 2017).

No contacto com os diferentes profissionais, mas, essencialmente, em discussão com os pares foram várias as temáticas refletidas. No contexto de Neonatologia, tive oportunidade de discutir aspetos relacionados com o programa NIDCAP, com a inexistência da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCP-P) – conforme está consagrado na Portaria 66/2018, que determina que todos os serviços de Pediatria nacionais devem constituir uma equipa desta natureza. No contexto de internamento em Pediatria, percebi a articulação que havia entre o serviço e o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), conversando com a enfermeira que constitui o núcleo; abordei ainda temas como a dor e a possibilidade de integrarem o Kalinox<sup>TM</sup> (medicamento analgésico em apresentação de gás, composto por 50% de oxigénio e 50% de protóxido de azoto) como estratégia farmacológica para alívio da dor nos procedimentos dolorosos.

No decurso do estágio a necessidade de mais pesquisa foi sentida pelo que realizei pesquisa bibliográfica em bases de dados como repositório VERITATI, b-on, Scielo, PubMed, MEDLINE, EBSCO. Consultei ainda os documentos da Direção-Geral de Saúde e da Ordem

dos Enfermeiros bem como os consensos em Neonatologia. Todas estas ferramentas permitiram-me adquirir conhecimento sobre quais as fontes credíveis para obter respostas aquando de pesquisa, sendo esta uma busca intencional e orientada, permitindo aceder à evidência científica mais atual e fidedigna.

Relativamente à investigação, o serviço de internamento em Pediatria contemplava uma forte ligação com vários investigadores na área de Enfermagem e acolhia dinâmicas de investigação que influenciavam os processos assistenciais. De entre os vários projetos, o serviço contribuiu para a elaboração de uma investigação-ação sobre o exercício do papel parental durante a hospitalização de um filho e para a produção de evidência sobre parceria de cuidados e negociação. O facto deste contexto estar ligado diretamente à produção de conhecimento afigurou-se como uma mais valia para mim, instigando à prestação de cuidados tendo em conta as evidências científicas mais atuais. De notar que os enfermeiros, para além de aplicarem na prática, documentavam de forma criteriosa e rigorosa todos os aspetos relacionados com a intencionalidade terapêutica das suas intervenções.

Toda esta visão focada nas necessidades da criança/família e aliada ao desenvolvimento de uma prática sustentada pelas melhores evidências científicas, capacitaram-me a promover e participar na investigação em serviço, a incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, demonstrando compreensão relativamente às implicações que a investigação acarreta na prática baseada na evidência.



### **3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

No culminar do estágio importa analisar as aprendizagens alcançadas ao longo deste percurso, como estas resultaram na aquisição de novas competências e, fundamentalmente, as implicações geradas e a gerar na prática profissional.

O meu contacto com o mundo da Pediatria, até se ter iniciado este ciclo de estudos, era ainda parco. Nesse sentido, o contacto com os diferentes contextos assistenciais veio reforçar a importância que se constituiu este processo de formação, pela necessidade de aplicar competências em diferentes âmbitos, pela imposição no investimento de novas áreas do saber, pela possibilidade de partilha entre profissionais e pela capacidade de abrir horizontes. A riqueza das experiências e vivências proporcionadas ao longo deste percurso, suscitaram o entusiasmo pelo constante e desafiante aprofundamento de saberes e atitudes, que dão lugar a uma prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica de Excelência.

No decurso deste processo, em paralelo, fui consolidando o meu caminho no mundo da Pediatria e senti-me cada vez mais empoderada para o exercício da minha prática diária. Senti que, também eu, estava a vivenciar uma transição, embora não sensível aos cuidados de Enfermagem, mas que me estava a mudar e a tornar diferente. O contacto com novas vivências e o desenvolvimento de novas competências transformam a minha praxis. Das mudanças pessoais e profissionais conseguidas pela prática, questionada por esta consciência crítica, posso afirmar que o alicerce teórico necessário a uma prática de Enfermagem Especializada, credível e visível, constituiu também ele um poderoso contributo. É fundamental ter conhecimento sobre o que vamos atuar.

Considero que a frequência deste ciclo de estudos implicou o surgimento de um ‘novo’ profissional no seio de uma equipa, com consequentes mudanças no grupo que integra – levar para a prática a evidência mais atual. É determinante a existência de uma formação continuada tendo em vista o desenvolvimento profissional, estimulando a integração de uma descrição mais detalhada da natureza dos cuidados de Enfermagem, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade.

Enquanto aspirantes a enfermeiros especialistas é-nos solicitado um exercício profissional alicerçado num elevado grau de conhecimentos, consolidado na humanização dos cuidados, diferenciando-se pela tomada de decisão e pelos cuidados prestados, particularmente em situações mais complexas, incorporando os quatro domínios da profissão.

Assim, no futuro, procurarei desenvolver a minha prática valorizando a prática baseada na evidência, na tomada de decisão no exercício profissional autónomo enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

#### 4. CONCLUSÃO

O presente relatório teve a preocupação de sistematizar os objetivos desenvolvidos ao longo dos diferentes contextos de estágio, conseguidos através de atividades definidas, nas competências descritas pelo Plano de Estudos e agora atingidas. Através da metodologia crítica e reflexiva adotada foi possível a concretização de uma reflexão acerca do trabalho produzido.

A componente teórica do curso revestiu-se de grande importância, no fornecimento de um conjunto de conhecimentos que posteriormente mobilizei, implicando uma capacidade de compreensão e de resolução de problemas em temas específicos da área de especialização. As particularidades dos contextos de estágio representaram um desafio, nomeadamente no contexto de Neonatologia, o cuidar de extremos prematuros; no SUP, a singularidade do processo de triagem; no internamento de Pediatria, o enfoque no exercício do papel parental. A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica distingue-se por uma filosofia de cuidados assente num modelo concetual centrado no binómio criança/jovem e família, assumindo por isso, que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, sendo considerados parceiros no cuidar. O exercício da Parentalidade envolve mudança, ajustamento e aprendizagem de capacidades essenciais para a tomada de decisão parental, que leva a um aumento da confiança por parte dos pais. Esta confiança adquirida exige dos enfermeiros uma abordagem de apoio positiva, baseada nos pontos fortes e no potencial parental para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança.

Os enfermeiros são desafiados a inovar nos cuidados e a responder de modo mais efetivo, pois novos mães e pais determinam novas necessidades em cuidados de enfermagem. A Parentalidade positiva foi incorporada como foco de atenção e identificada como área de atenção relevante para a enfermagem, 'Parentalidade Efetiva'. Assim, podemos afirmar que a função do EEESIP é apoiar os pais nas diferentes transições ao longo do ciclo vital, desenvolvendo intervenções de enfermagem promotoras de uma parentalidade efetiva, dotando os pais de conhecimentos e capacitando-os para o desenvolvimento das competências parentais.

O estágio permitiu-me o desenvolvimento de competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, mas também possibilitou a aquisição e consolidação de conhecimento e habilidades nos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos diferentes contextos, considero que fui capaz de aplicar os conhecimentos, compreender e solucionar problemas, em situações novas; intervir em casos complexos, atendendo às implicações e responsabilidades éticas e sociais subsequentes; fundamentar as minhas decisões, albergando a prática em evidência científica na área da ESIP; comunicar de uma forma assertiva e fundamentada. Chegada ao término deste caminho, considero que os objetivos propostos pelo plano de estudos deste ciclo de estudos foram globalmente atingidos.

Posto isto, não poderia deixar de mencionar que, os estágios decorreram durante uma pandemia o que se constituiu como um verdadeiro desafio. A incerteza do amanhã tomou agora um sentido mais concreto e se, em alguns momentos, se tornou castrador, noutras revelou-se como uma mudança, um paradigma novo, tendo permitido momentos de resiliência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadesso, C. (2020). *Como Confortar um Bebê nos Cuidados Intensivos*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Als, H., Duffy, F. H., Mcanulty, G., Butler, S., Lightbody, L., Kosta, S., . . . Warfield, S. K. (fevereiro de 2012). NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. *32*(10), pp. 797-803.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Policy Statement: Patient and Family Centered Care and the Role of the Emergency Physician Providing Care to a Child in the Emergency Department. *118*(5), pp. 2242-2244.
- Andrade, R. C., Marques-Camargo, A. R., Leite, A. C., Matimiano, R., Santos, B. D., Pan, R., . . . Nascimento, L. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado. *17*(2), pp. 379-394.
- Assembleia da República. (14 de setembro de 2009). Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 178 — 14 de Setembro de 2009. *Lei n.º 106/2009*.
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review. *20*(61), pp. 539-596.
- Batalha, L. M. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Batalha, L. M. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar. *Manual de estudo - versão 1*.
- Bond, C. (2003). Positive Touch and massage in the neonatal unit: a British approach. *7*(6), pp. 477-486.

- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). *A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura*. 2.
- Câmara, G., Goes, A. R., Bourbon, M., Nunes, L., Bragança, G., Cargaleiro, H., . . . Loureiro, I. (2012). Sinais de alerta para o risco de obesidade. *Papa Bem: Alimentar e Educar*.
- Cardoso, A. (2003). *Representação dos conceitos centrais da enfermagem – num contexto de saúde materna e obstetrícia*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Cardoso, M. L., Ramos, L., & D'Innocenzo, M. (2011). Coaching: a reference model for the practice of nurse-leaders in the hospital context. *45(3)*, pp. 730-737.
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Edições Afrontamento.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *22*, pp. 1058-1062.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*, 1058-1065.
- Chan, G. J., Valsangkar, B., Kajeepeta, S., Boundy, E. O., & Wall, S. (junho de 2016). What is a kangaroo mother care? Systematic review of literature. *6(1)*.
- Chandebois, L., Nogue, E., Bouschbacher, C., Durand, S., Masson, F., Mesnage, R., . . . Cambonie, G. (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) implementation. pp. 1-11.
- Che, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., . . . Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *395*, pp. 809-815.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (Vol. 2.<sup>a</sup> Edição). Editora Campus.

- Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J. R., . . . Doorenbos, A. (2018). Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. *27(1)*, pp. 52-58.
- Costello, M., Rusell, K., & Coventry, T. (2021). Examining the average scores of nursing teamwork subscales in an acute private medical ward. *20(84)*.
- Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU: Evidence-Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*. Springer Publishing Company.
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Figueiredo, M. d. (2014). Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: análise segundo o Método Sintético de McEwen e Wills. *2(5)*, pp. 128-145.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar* (Vol. 2.<sup>a</sup> edição). Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos linhas de orientação para Profissionais e Educadores.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
- Direção Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020.
- Direção Geral de Saúde. (2020). Vamos por a Alimentação Saudável ON em Casa. *Cuidados alimentares e atividades para crianças em tempos de COVID-19*.
- Direção-Geral da Saúde. (14 de dezembro de 2010). Orientação da Direcção-Geral da Saúde N.º 014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direcção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (18 de dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação n.º 022/2012*.
- Direção-Geral da Saúde. (18 de dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). *Orientação n.º 024/2012*.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Recomendações Gerais para a População em Períodos de Frio Intenso. *Norma n.º 017/2012*.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma n.º 010/2013*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. *Norma n.º 017/2017*.
- Direção Geral da Saúde. (14 de junho de 2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Direção Geral da Saúde. (18 de junho de 2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa.
- European Association for Children in Hospital. (2016). *The EACH charter with annotations*. EACH European Association for Children in Hospital.
- Ferreria, C. A., Balbino, F. S., Balieiro, M. M., & Mandetta, M. A. (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *32(1)*, pp. 107-113.
- Fiona, P. L., & Julie, Z. L. (2018). How nurses can support hospitalized: a descriptive literature review.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de Enfermagem.
- Fradique, M. d., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *3(10)*, pp. 45-53.
- Gibbins, S., Hoath, S. B., Coughlin, M. E., Gibbins, A., & Franck, L. (julho de 2008). The Universe of Developmental Care: A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive care Unit. *8(3)*, pp. 141-147.

- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *24*(3), pp. 99-102.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Lusociência.
- Hornberger, L. L., & Lane, M. A. (2021). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *147*(1).
- Instituto Ricardo Jorge. (2019). Childhood Obesity Surveillance Initiative. *COSI Portugal*.
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE: Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, Versão 2015*. Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *23*(4), pp. 237-240.
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. A. (2015). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *31*(3), pp. 187-194.
- Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communication skills for children's nurses*. Glasgow: McGraw Hill.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno.
- Lopes, N. M. (2012). *Parceria nos cuidados nos serviços de Pediatria: perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mandetta, M. A., & Balieiro, M. M. (2020). A pandemia da COVID-19 e suas implicações para o cuidado centrado no paciente e família em unidade pediátrica hospitalar. *20*, pp. 77-84.
- Manguy, A.-M., Joubert, L., Oakley, E., & Gordon, R. (2018). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *38*, pp. 46-52.

- Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo, M. d. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. *2*, pp. 40-49.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). Experience Transitions: An emerging middle-range theory. *23*, pp. 11-28.
- Merrigan, K., Steinmiller, E. A., Figueroa-Alymann, A., & Davis, K. F. (2016). Kids care: a behavioral model to strengthen patient and family partnerships. *42*(2).
- Mindell, J. A., Li, A. M., Sadeh, A., Kow, R., & Goh, D. Y. (outubro de 2014). Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. *5*.
- Ministério da Saúde. (21 de abril de 1998). Decreto-Lei n.º 104/98. *Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1739-1757.*
- Neto, F. (2014). *A Transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Neu, M., Browne, J. V., & Vojir, C. (2000). The Impact of Two Transfer Techniques Used During Skin-to-Skin Care on The Physiologic and Behavioral Responses of Preterm Infants. *49*(4), pp. 215-223.
- NIDCAP. (s.d.).
- Nunes, J. M. (2010). *Comunicação em Contexto Clínico*. Lisboa.
- Nunes, L. A. (2014). *Promoção da Saúde da criança/do jovem e família de*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- OE. (2015). Guia Orientador de Boa Prática. *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., . . . Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor. *Guia Orientador de Boa Prática, Série I(1)*. Cadernos OE.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Volume I, 1(3), Série I*. Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guia Orientador de Boa Prática. *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Volume II, 2(3)*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Guia Orientador de Boa Prática(6), Série I*. Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização. *Guia Orientador de Boa Prática(8), Série I*. (C. OE, Ed.)
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de junho de 2015). Regulamento n.º 351/2015. *Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). Regulamento n.º 422/2018. *Diário da República n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). Regulamento n.º 422/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica(133), 2.ª série, 19192-19194*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: Diário da República n.º 133/2018 - II Série.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista(26), 2.ª série, 4744-4750*. Diário da República.
- Owens, K. (2001). The NICU experience: a parent's perspective. *20(4)*, pp. 67-69.

- Palazzi, d. L., Lorin, M. I., Turner, T. L., Ward, M. A., & Cabrera, A. G. (2015). *Communicating with Pediatric Patients and their Families: The Texas Children's Hospital guide for Physicians, Nurses and other Healthcare Professionals*. Texas Children's Hospital: Baylor College of Medicine.
- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2017). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016: Livro de Comunicações* (pp. 26-34). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Reis, A., Gaspar, A. M., Branco, C., Pedro, C., Nunes, D., & Alves, N. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas - uma scoping review. *8*(1), pp. 215-222.
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. d., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *IV*(4), pp. 137-146.
- Rito, A. I., Baleia, J., Pirata, C., Santos, D., & Chiote, I. (2020). Excesso de peso e obesidade parental e perceção do aumento de peso infantil, durante o confinamento em contexto da pandemia da COVID-19, em Portugal. *Impacto da pandemia em Portugal*, *12*(8).
- Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., . . . Breda, J. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *12*, pp. 226-243.
- Scapini, A. I., & Luna, I. J. (2019). *Mudanças na Comunicação ao longo da Terapia de Aborgaem Sistêmica: um estudo de caso* (2 ed., Vol. 10). Londrina: Estudos Interdisciplinares em Psicologia. doi:10.5433/2236-6407.2019v10n2p210
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Silva, A. P. (2006). *Sistemas de informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Formasau.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. 55(1 e 2).
- Silva, E., & Apóstolo, J. (fevereiro de 2021). Presença dos pais nas unidades de neonatologia portuguesas durante a pandemia COVID-19. 2.<sup>a</sup> série(34), pp. 39-45.
- Silva, E., & Apóstolo, J. (fevereiro de 2021). Presença dos pais nas unidades de Neonatologia portuguesas durante a pandemia COVID-19. 2.<sup>a</sup> série(34), pp. 39-45.
- Soares, H., & Carvalho, I. (2008). *Orientações clínicas Ambulatório em idade pediátrica*. Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP).
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Nacer Prematuro em Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. (s.d.).
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2005). *Requisitos para o Atendimento ao Adolescente*.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (novembro de 2020). As grávidas, as crianças e a pandemia COVID-19. Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente.
- Sousa, A. M. (2015). *Cuidar da Criança/Família em Processo de Doença Aguda: A Comunicação como Intervenção Terapêutica de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Sousa, J. P., & Santo, E. (2010). Uma análise dos estilos de liderança organizacional. 6(1).
- Sousa, P. (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.
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. 25(2), pp. 24-28.
- Torres, A., & Monte, A. P. (2011). A articulação de cuidados de saúde primários e hospitais e o seu impacto a nível regional. pp. 1607-1619.

- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência* (3.<sup>a</sup> edição ed.). Universidade Católica Editora.
- Whiting, S., Buoncristiano, M., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pattison, M., Hyska, J., . . . Breda, J. (2020). Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015/2017. *14*(1), pp. 32-44.
- WHO. (2020). *Childhood overweight and obesity*.
- Williams, J., Buoncristiano, M., Nardone, P., Rito, A. I., Spinelli, A., Hejgaard, T., . . . Brinduse, L. (2020). A Snapshot of European Children’s Eating Habits: Results from the Fourth Round of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). *12*(8).
- World Health Organization. (s.d.). *Breastfeeding*.
- World Obesity. (2021). COVID-19 and Obesity: The 2021 Atlas. World Obesity Federation.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Família: Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. Roca.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I: MANUAL SALA DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA



SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

# MANUAL SALA DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA



JANEIRO DE 2021

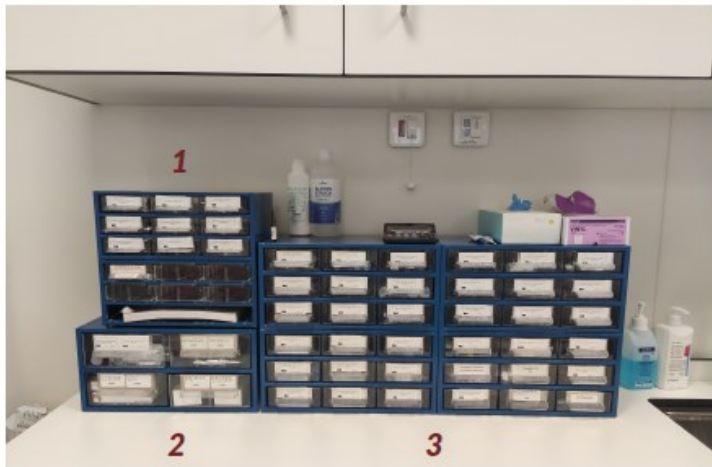


# SALA DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA





# TERAPÊUTICA





## CAIXA 1

---

Estupefacientes  
Medicação justificada  
Antídotos

## CAIXA 2

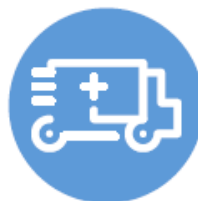
---

Nebulizações

## CAIXA 3

---

Medicação diversa





## CAIXA 1

---

- Cetamina 500 mg/10 ml Sol Inj Fr 10 ml IM IV
- Clonazepam 1 mg/ml Sol Inj
- Diazepam 5 mg/2,5 ml Sol rect cânula 2.5ml
- Diazepam 10 mg/2,5 ml Sol rect cânula 2.5ml
- Diazepam 10 mg/2 ml Sol Inj Fr 2 ml IM IV
- Midazolam 15 mg/3 ml Sol Inj Fr 3 ml IM IV Retal
- Midazolam 50 mg/10 ml Sol Inj Fr 10 ml IM IV Retal
- Morfina 10 mg/1 ml Sol Inj IM IV SC Epic IT



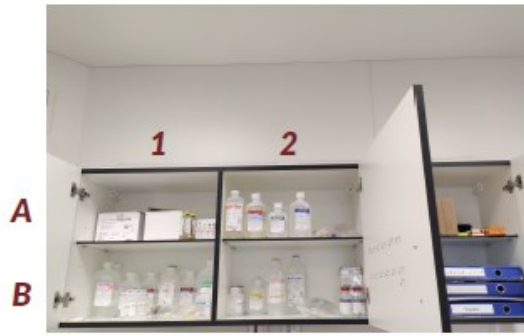


## CAIXA 1

---

- Petidina 50 mg/2 ml Sol Inj Fr 2 ml IM IV SC
- Azul de Metileno 2,5 % Sol Inj Fr 2 ml IV SC
- Biperideno 5 mg/ml Sol Inj Fr 1 ml IM IV IL (Akineton)
- Flumazenilo 0,5 mg/5 ml Sol Inj Fr 5 ml IV
- Obidoxime chloride 250 mg/ml Sol Inj Fr 1 ml IM IV (Toxogonin)
- Acetilcisteína 200 mg/ml Sol Inj Fr 25 ml IV
- Naloxona 0,4 mg/ml Sol Inj Fr 1 ml IM IV SC
- Livro de estupefacientes





# Soroterapia Material





# PORTA 1

---

## Prateleira A

- Hemoculturas em meio aeróbio
- Conjunto de válvula expiratória com membrana e cobertura
- Sensor de fluxo
- Gluconato de cálcio 10 % Sol Inj Fr 10 ml IM IV
- Cloreto de potássio 75 mg/ml Sol Inj Fr 10 ml IV





# PORTA 1

---

## Prateleira B

- Glucose 50 mg/ml com Cloreto de Sódio 9 mg/ml Sol Inj Fr 1000 ml IV
- Glucose 50 mg/ml com Cloreto de Sódio 4,5 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV
- Glucose 50 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV
- Glucose 50 mg/ml Sol Inj Frasco/Saco 250 ml IV
- Glucose 55 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml IV
- Glucose 100 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV
- Glucose 300 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV
- Lactato de Ringer Sol Inj Fr 1000 ml IV
- Paracetamol 10 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml





## PORTA 2

---

### Prateleira A

- Gelatina + Cloreto de sódio + Hidróxido de sódio Sol Inj Fr 500 ml IV (Gelofusine)
- Polieletrolítico S + Glucose 50 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml (Poli-G)
- Manitol 200 mg/ml Sol Inj Fr 250 ml IV
- Água para preparações Injetáveis Sol Inj Fr 500 ml IV
- Água para preparações Injetáveis Sol Inj Saco 100 ml NEsp
- Hidroxietilamido 60 mg/ml + Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV (Voluven)





## PORTA 2

---

### Prateleira B

- Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml IV
- Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol Inj Fr 250 ml IV
- Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV
- Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol Inj Fr 1000 ml IV
- Cloreto de sódio 9 mg/ml Sol Inj Saco 1000 ml IV
- Bicarbonato de sódio 14 mg/ml Sol Inj Fr 500 ml IV
- Bicarbonato de sódio 84 mg/ml Sol Inj Fr 100 ml IV

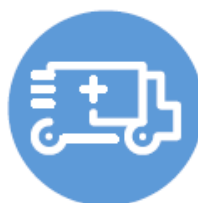




# GAVETA 1

---

- Sistema de soro para máquina perfusora
- Sistema de soro opaco para máquina perfusora
- Sistema de sangue
- Prolongadores com torneira 25 cm
- Prolongador 200 cm
- Prolongador com linha azul 150 cm
- Prolongador opaco 150 cm
- Seringa para máquina perfusora 50 cc
- Mini-Spikes
- Transfer
- Saco coletor de urina





## GAVETA 2

---

- Seringas 2 ml, 5 ml, 10 ml
- CVP 18 G, 20 G, 22 G, 24 G
- Agulha 20 G, 21 G, 25 G
- Kit de gasimetria
- Obturadores
- Compressa TNT 10x10 cm
- Compressa TNT 7,5x7,5 cm
- Prolongador Neonatal
- Adesivo branco (Mefix)
- Adesivo castanho





## PORTA 3

---

### Prateleira A

- Stock Sistemas de aspiração fechado
- Ambú
- Reservatório ambú

### Prateleira B

- Máscara laríngea n.º 1 e 2
- TET's variados





## PORTA 4

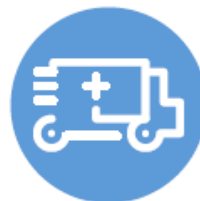
---

### Prateleira A

- Máscaras faciais
- Câmaras expansoras
- Bougie (fios guia)
- Mandril
- Copo de colheita de urina

### Prateleira B

- Lençóis
- Bata
- Cobertor
- Imobilizador pélvico
- Pulseiras de contenção
- Sacos transparentes





## PORTA 5

---

- Copo humidificador
- Saco para aspiração
- Cateter Mount
- Humidificador Nebulizador





# ARMÁRIO





# GAVETA 1

---

## DRENAGEM TORÁCICA

Frasco de drenagem

Redyvac

Trocarte 8, 10, 12, 14, 16, 24, 28

Válvula Heimlich

Conexões

Adaptador

Campo esterilizado

Kit de drenagem

Tubuladura

Seringa 100ml

Conexões várias





## GAVETA 2

---

KIT DE CATETERISMO ARTERIAL/VENOSO  
CENTRAL/ UMBILICAL/INTRAÓSSEA  
/PRESSÃO INTRA CRANIANA

Kit de monitorização de pressão  
arterial/venosa

Kit de monitorização venosa

Kit de monitorização arterial

CVC 2 vias 4 Fr

CVC 3 vias 7 Fr

Dispositivo de medição de PIC

Catéter arterial 3 Fr

Catéter umbilical 2.5 Fr

Cáteter umbilical 4 Fr

Agulha intraóssea de adulto

Agulha intraóssea pediátrica





## GAVETA 2

---

KIT DE CATETERISMO ARTERIAL/VENOSO  
CENTRAL/ UMBILICAL/INTRAÓSSEA  
/PRESSÃO INTRA CRANIANA

Aplicador de intraóssea pediátrica

Kit de emergência de cricotomia

Lidocaína 2 %

Iodopovidona dérmico

Agulhas EV e SC

Bisturi 11

Bisturi 24

Torneira de 3 vias

Heparina 25 000 UI

Sedas 3-0

Seringa 10

Seringa 5





## **GAVETA 2**

---

KIT DE CATETERISMO ARTERIAL/VENOSO  
CENTRAL/ UMBILICAL/INTRAÓSSEA  
/PRESSÃO INTRA CRANIANA

Luvas esterilizadas 6

Luvas esterilizadas 6.5

Luvas 7

Luvas 7.5

Luvas 8

Pensos Tegaderm

Torneira de 3 vias

Manga de pressão

Compressas TNT 20\*15

Compressas TNT 10\*10





## **GAVETA 3**

---

### KIT DE ENTUBAÇÃO VESICAL

Foley silicone 6, 8, 12, 14, 16, 18 Fr

Sonda reta 16 Ch

Tampa

Seringa 2 ml

Seringa 5 ml

Seringa 10 ml

Seringa 100 ml

Cloridrato de tetracaína (bisnaga)

Saco coletor de urina pediátrico

Saco coletor de urina adulto

Debitómetro urinário

Conector universal

Suportes para saco coletor





## GAVETA 4

---

### KIT DE ENTUBAÇÃO GÁSTRICA

Sondas de alimentação n.º 5 e n.º 8

Sondas nasogástricas do tipo Levin n.º 10,  
n.º 12, n.º 14, n.º 16, n.º 18

Sonda gástrica 2 vias n.º 18 e n.º 21

Seringa de alimentação 100 ml

Seringa 2 ml

Seringa 10 ml

Clamps

Sacos coletores pediátricos

Lubrificante anestésico (cloridrato de  
tetracaína)

Carvão ativado





## GAVETA 8

---

### AMBÚS/MÁSCARAS FACIAIS

Máscaras 00

Máscaras 0

Máscara 1

Máscara 2

Máscara 3

Máscara 4

Máscara 5

Ambus neonatal

Ambu pediátrico

Ambu adulto





# GAVETA 10

---

## KIT DE DESINTOXICAÇÃO

Sonda gastroduodenal tipo Levin 8 Fr, 10 Fr,  
12 Fr, 14 Fr, 16 Fr

Sonda gástrica 18 Fr 2 vias

Sonda gástrica 21 Fr 2 vias

Clamps

Lidocaína bisnaga

Sistemas de soro

Saco coletor de urina 1500 ml

Saco plástico

Sal

Carvão ativado

Seringas 100 ml





# GAVETA 11

---

## CAMPOS

Campo sem óculo (n.º6)

Campo de pensos (n.º32)

Pano cirúrgico

Campo com óculo





# GAVETA 12

---

## LUVAS E COMPRESSAS ESTERILIZADAS

Luvas esterilizadas 6.5

Luvas esterilizadas 7

Luvas esterilizadas 7.5

Luvas esterilizadas 8

Compressas TNT 20\*15

Compressas TNT 10\*10

Compressas TNT 7.5\*7.5





## GAVETA

---

STOCK DE MÁSCARAS LARÍNGEAS E TET'S

Máscaras laríngeas n.º 1, n.º 1 ½, n.º 2, n.º 2 ½, n.º 3, n.º 4

TET sem balão n.º 2, n.º 2.5, n.º 3, n.º 3.5, n.º 4, n.º 4.5

TET com balão n.º 4, n.º 5, n.º 5.5, n.º 6, n.º 8





# GAVETA

---

## KIT NEONATAL

Sondas de aspiração n.º 6, n.º 8, n.º 10, n.º

12

TET n.º 2.5, n.º 3, n.º 3.5, n.º 4

Lâmina reta 00

Lâmina reta 0

Lâmina reta 1

Máscara facial 00

Máscara facial 0

Máscara facial 1

Tubo Guedel 00 (ISO5)

Tubo Guedel 0 (ISSO 5.5)

Fita de nastro

Catéter umbilical 2.5

Catéter umbilical 4



# CARRO DE APOIO





# GAVETA 1

---

Seringas 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml

Obturadores

Transferes

Mini-spikes

Máquina de glicemia

Fitas test

Lancetas

Agulha PL 22G 0,72x50 mm

Agulha PL 22G\*1 1/2 0,70x40 mm

Agulha PL 22G\*3 1/2 0,70x88 mm

Agulha PL 25G 0,53x30 mm

Tubos de colheita

Kit de gasimetria

Agulhas hipodérmicas 20 G

Agulhas hipodérmicas 25 G





# GAVETA 1

---

CVP 18G

CVP 20 G

CVP 22G

CVP 24 G

Sacos coletores de urina

Compressas TNT 7,5x7,5 cm

Garrote

Tiras de adesivo branco (Mefix)

Tiras de Parafilm

Penso adesivo transparente IV3000 7x9 cm

Curitas

Termómetro

Penso transparente com  
compressa 10\*9 cm





## GAVETA 2

---

Fita de nastro

Pinça de Maguil

Fios guia

Máscaras faciais

Laringoscópio n.º 1, n.º 2, n.º 3, n.º 4

Máscara Laríngea n.º 1, n.º 1.5, n.º 2, n.º 2.5,  
n.º 3, n.º 4

TET sem cuff n.º 2, n.º 2.5, n.º 3, n.º 3,5, n.º 4,  
n.º 4.5, n.º 5, n.º 5.5

TET com cuff n.º 4, n.º 4,5, n.º 5, n.º 5.5, n.º 6,  
n.º 6.5, n.º 7, n.º 7.5, n.º 8





## GAVETA 3

---

Máscara Laríngea n.º 1, n.º 1.5, n.º 2, n.º 2.5,  
n.º 3, n.º 4

TET sem cuff n.º 2, n.º 2.5, n.º 3, n.º 3,5, n.º 4,  
n.º 4.5, n.º 5, n.º 5.5

TET com cuff n.º 4, n.º 4,5, n.º 5, n.º 5.5, n.º 6,  
n.º 6.5, n.º 7, n.º 7.5, n.º 8





# GAVETA 4

---

Catéter Mount

Conexões de reservatório de O2

Reservatório O2

Filtros

Peça em T

Tubo Guedel 00 (ISO 5)

Tubo Guedel 0 (ISO 5,5)

Tubo Guedel 1 (ISO 6,5)

Tubo Guedel 2 (ISO 8)

Tubo Guedel 3 (ISO 9)

Tubo Guedel 4 (ISO 10)

Tubo Guedel 5 (ISO 12)





## **GAVETA 5**

---

Máscara de alto débito adulto

Máscara de alto débito pediátrico

Máscara de Venturi adulto

Máscara de Venturi pediátrico

Cânula nasal adulto

Cânula nasal pediátrico

Máscara de nebulização adulto

Copo nebulizador

Máscara de nebulização pediátrica



# FRIGORÍFICO





# GAVETA 1

---

Glucagen

Lidocaína 2% + Adrenalina 1/100 000 SC

Lopinavir + Ritonavir

Dexametasona 5 mg/ml Sol Inj IM IV IA IS

Insulina Actrapid

Brometo de rocurónio 10 mg/ml Sol Inj Fr  
5ml IV

Isoprenalina 0,2 mg/ml





## **GAVETA 2**

---

Tubos de estudo metabólico  
Canetas pré cheia de glargina

## **GAVETA 3**

---

Sonda nasogástrica 16 Fr  
Sonda nasogástrica 18 F

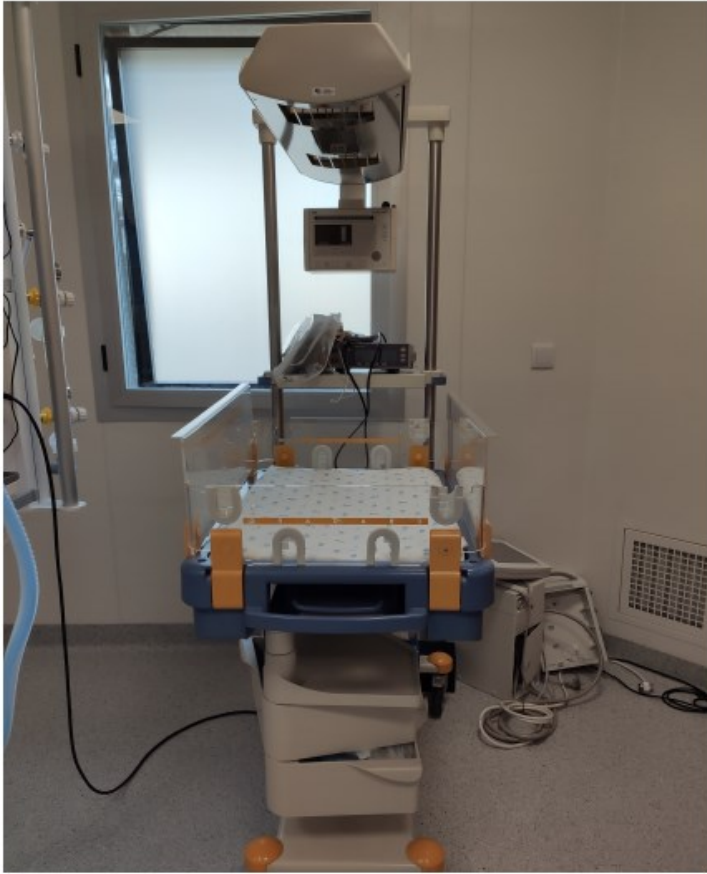














SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA



APÊNDICE II: DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PEDIATRIA



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA·PORTO

**DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PEDIATRIA – planeamento de uma Ação de  
Educação para a Saúde**

Mestranda: Sara Rocha n.º 396419033

Docente: Doutora Constança Festas

Porto, março de 2021

## Índice

|   |     |
|---|-----|
| <b>Introdução</b> .....   | 136 |
| <b>1. Análise da situação</b> .....                                     | 137 |
| <b>2. Formulação dos objetivos</b> .....                                | 138 |
| <b>3. Seleção de conteúdos</b> .....                                    | 139 |
| <b>4. Metodologia/ Seleção de Estratégias</b> .....                     | 145 |
| <b>5. Organização e programação da atividade</b> .....                  | 145 |
| <b>6. Plano da atividade</b> .....                                      | 146 |
| <b>7. Avaliação</b> .....   | 149 |
| <b>Conclusão</b> .....  | 151 |
| <b>Referências Bibliográficas</b> .....                                 | 152 |
| <b>Apêndices</b> .....  | 154 |
| Apêndice I: Diapositivos .....  | 155 |
| Apêndice II: Questionário.....  | 161 |
| Apêndice III: Avaliação da reação dos participantes à formação.....     | 166 |
| Apêndice IV: Avaliação das aprendizagens efetuadas pelos formandos..... | 168 |

## **Siglas, abreviaturas e acrónimos**

|       |   |
|-------|---|
| AES   | Ação de Educação para a Saúde                               |
| COSI  | <i>Childhood Obesity Surveillance Initiative for Europe</i> |
| EESIP | Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica      |
| IMC   | Índice de Massa Corporal                                    |
| OMS   | Organização Mundial de Saúde                                |
| PCA   | Perturbações do Comportamento Alimentar                     |

## **Introdução**

O presente trabalho emerge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa, no contexto da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, num serviço de internamento de Pediatria, foi detetada a necessidade de realização de uma Ação de Educação para a Saúde (AES) sobre distúrbios alimentares em pediatria.

Os distúrbios alimentares caracterizam-se por distúrbios na alimentação ou comportamentos relacionados, que resultam numa alteração no consumo ou absorção de nutrientes, prejudicando significativamente a saúde física e o comportamento psicossocial.

O objetivo desta AES será fornecer informação mais atual aos pares de forma a capacitá-los para lidar com crianças/jovens com diagnóstico de distúrbio alimentar, nomeadamente obesidade, e qual o seu papel na intervenção também com a família.

Com a realização desta ação de educação para a saúde pretendo atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências comunicacionais para grupo de pares;
- Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada;
- Desenvolver competências acerca da avaliação da aprendizagem numa AES para um grupo de pares;
- Responder a uma necessidade formativa do serviço.

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

## 1. Análise da situação

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) constituem um grupo de perturbações com psicopatologia crónica potencialmente grave, que habitualmente tem início na adolescência. Caracterizam-se por distúrbios na alimentação ou comportamentos relacionados, que resultam numa alteração no consumo ou absorção de nutrientes, prejudicando significativamente a saúde física e o comportamento psicossocial. Associam-se frequentemente a outros distúrbios psiquiátricos, como perturbação depressiva, ansiedade e distúrbios associados ao uso de substâncias ilícitas. (Hornberger & Lane, 2021)

Associada a uma perturbação designada por *binge eating*, temos a obesidade infantil. A obesidade infantil é considerada pela OMS um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XXI. As crianças com excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade de desenvolver diabetes ou doenças cardiovasculares, numa idade jovem. A prevalência de excesso de peso nas crianças portuguesas tem vindo a diminuir nos últimos anos, no entanto há ainda muito trabalho a desenvolver nesta área.

De facto, no contexto de Pediatria esta realidade era algo evidente havendo inclusive uma consulta destinada à obesidade infantil no serviço de Consulta Externa. Após diagnóstico das necessidades de formação e através do diálogo com os enfermeiros do serviço, quer os enfermeiros responsáveis pela formação quer com os restantes enfermeiros, foi proposto desenvolver uma formação de serviço subordinada ao tema ‘Distúrbios alimentares em Pediatria’.

## **2. Formulação dos objetivos**

Neste capítulo abordarei os objetivos desta AES, que será uma intervenção realizada para o grupo de pares. Esta AES decorre de um dos objetivos traçados, aquando do início do estágio e, fundamentalmente, da aquisição de competências necessárias do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Com a realização desta atividade pretendo atingir os seguintes objetivos gerais:

- Dotar os enfermeiros do serviço de Pediatria de conhecimento mais atual relativamente aos distúrbios alimentares;
- Abordar a temática da obesidade infantil em Portugal;
- Elucidar para o papel do EESIP na prevenção da obesidade infantil, promoção e adesão ao tratamento

Quanto aos objetivos educacionais, no final da sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- Conhecer qual a evidência mais atual face aos distúrbios alimentares;
- Identificar quais os distúrbios alimentares mais frequentes na idade pediátrica;
- Deter conhecimento acerca da obesidade infantil em Portugal;
- Capacitar as crianças/jovens e famílias para a adesão de hábitos de vida saudáveis no sentido de prevenir a obesidade infantil;
- Prestar cuidados a crianças/jovens tendo em vista a promoção e adesão ao tratamento da obesidade infantil.

### 3. Seleção de conteúdos

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

1. Conceito de distúrbios alimentares
2. Obesidade infantil
  - a. Em Portugal
  - b. Sinais de alerta
  - c. Fatores de risco
  - d. Intervenções nacionais no combate à obesidade infantil
  - e. Importância da família na prevenção da obesidade infantil
  - f. Papel do EESIP
  - g. Em tempos de COVID-19

Os distúrbios alimentares são doenças graves e potencialmente fatais que afetam os indivíduos ao longo do ciclo vital, com um impacto particular em idade pediátrica, quer a nível físico quer a nível do desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes. Nestas faixas etárias os cuidados podem ser complexos e os recursos para o tratamento de distúrbios alimentares são muitas vezes limitados (Hornberger & Lane, 2021).

Um dos distúrbios alimentares frequentes é o *binge eating* que se caracteriza por episódios recorrentes de comer compulsivamente e está diretamente associado à obesidade.

A obesidade infantil atinge uma dimensão tão grande que a Organização Mundial de Saúde o considera como um dos mais sérios desafios de saúde pública do século XXI. Como sabemos, as crianças com excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade de permanecer obesas na idade adulta e de desenvolver doenças não transmissíveis, como diabetes ou doenças cardiovasculares, numa idade jovem (WHO, 2020).

Definir obesidade na criança e adolescente é mais complicado do que nos adultos, pois no adulto o aumento do índice de massa corporal (IMC) ocorre de forma progressiva e lentamente. No caso da criança e do adolescente o IMC vai-se alterando com a idade, existe um aumento durante o primeiro ano, diminui na infância até aos 5 e 6 anos e aumenta posteriormente entre a infância e a adolescência. Entre os 6 aos 10 anos é a fase onde existe maior fragilidade para se desenvolver obesidade, pois nesta faixa etária as crianças desenvolvem competências em vários domínios, tornando-se fundamental que se inicie a prevenção o mais cedo possível (Rito, et al., 2019).

Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil. Mais de 30% das crianças entre os 6 e 8 anos apresentam excesso de peso e destas cerca de 14% são obesas (Direção Geral da Saúde, 2017).

O estudo COSI é um sistema de vigilância do estado nutricional infantil das crianças em idade escolar (entre os 6 e os 8 anos), que produz dados comparáveis entre os países europeus e que permite monitorizar a obesidade infantil a cada 2-3 anos um sistema de vigilância, integrado no estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative for Europe* (COSI/OMS Europa).

Nos últimos 11 anos, de 2008 a 2019, este estudo concluiu que existe uma tendência invertida quer na prevalência de excesso de peso, quer em relação à obesidade infantil.

A primeira ronda de recolha de dados decorreu no ano letivo 2007/2008, no qual 13 países europeus participaram. Na quinta ronda, ano letivo de 2018/2019, aumentou para 44 países participantes. O COSI/OMS Europa é atualmente o maior estudo europeu da OMS, com mais de 300 000 crianças participantes (Instituto Ricardo Jorge, 2019).

Relativamente ao estado nutricional, entre 2008 e 2019, Portugal tem vindo a apresentar consistentemente um decréscimo de prevalência de excesso de peso e obesidade infantil. De 2008 para 2019, verificou-se uma redução de 8,3% na prevalência de excesso de peso (37,9% para 29,6%) e uma redução de 3,3% na obesidade infantil – de 15,3% para 12%.

Quanto ao estado nutricional por sexo, tanto o excesso de peso como a obesidade infantil são mais prevalentes entre os rapazes, ou seja, estes apresentam uma percentagem de 29,6% de excesso de peso e de 13,4% de obesidade. Destaca-se a prevalência de 4,1% para a obesidade severa, nos rapazes, comparativamente com as raparigas (Instituto Ricardo Jorge, 2019).

De acordo com os critérios da OMS, verificou-se que a prevalência da obesidade infantil aumentou com a idade, à semelhança das rondas anteriores. Em 2018/2019, 15,3% de crianças com 8 anos tinham obesidade, incluindo 5,4% de obesidade severa, comparativamente com as crianças de 6 anos que apresentaram 10,8% de obesidade, incluindo 2,7% de obesidade severa (Direção Geral da Saúde, 2019).

No que toca ao estado nutricional por região, a prevalência não é igual também a nível geográfico, contudo é de realçar que todas as regiões portuguesas apresentaram uma diminuição tanto das taxas de excesso de peso como de obesidade infantil, entre os anos de 2008 e 2019 (Instituto Ricardo Jorge, 2019).

Relativamente aos hábitos alimentares em Portugal, de acordo com um artigo publicado na revista *Nutrients* em 2020, verificou-se que 63,1% das crianças come fruta fresca todos os

dias, 37,7% das crianças ingere todos os dias vegetais e 59,9% das crianças nunca bebe refrigerantes (Williams, et al., 2020).

No que concerne à atividade física, em Portugal, 87% das crianças com idade entre os 6-9 anos praticam atividade física pelo menos uma hora por dia. Quanto ao meio de transporte preferido, apenas 17,7% das crianças com idade entre os 6-9 anos se deslocam para a escola a pé ou de bicicleta. Relativamente à percentagem de crianças que não pratica nenhum desporto, é de 48% (Whiting, et al., 2020).

De facto, a obesidade infantil é algo que se vai estabelecendo ao longo do tempo. Por isso, é essencial acompanhar o crescimento da criança e estar atento ao surgimento de alguns sinais de alerta como: peso acima do percentil 95 e ganho de peso muito rápido, com aumento do percentil do peso a ultrapassar linhas de percentil, por exemplo, passar de um percentil próximo do 25 para outro próximo do 50, do 50 para o 75 e assim por diante, em crianças dos 0 aos 2 anos. A partir dos 2 anos, dois sinais de alerta são IMC acima do percentil 85 e ganho de peso rápido, com aumento do percentil do IMC a ultrapassar linhas de percentil na direção do percentil 85, que representa o excesso de peso, por exemplo, passar de um percentil próximo do 25 para outro próximo do 50, do 50 para o 75, e assim por diante (Câmara, et al., 2012).

As taxas elevadas de obesidade infantil são uma realidade extremamente preocupante, sendo fundamental que se aposte na prevenção, que se deve iniciar o mais precocemente possível. Nos últimos anos, em Portugal, tem-se verificado um decréscimo ao nível das taxas de obesidade infantil e de excesso de peso. No entanto estas ainda continuam elevadas o que constitui um problema de saúde para as nossas crianças e jovens com repercussões notórias na vida adulta. Assim, a prevenção é o caminho para o sucesso.

Portugal tem feito um trabalho exaustivo no combate à obesidade infantil, exemplo disso são os inúmeros programas de saúde, planos estratégicos desenvolvidos por várias entidades nomeadamente: uma das metas de saúde do Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020 é ‘Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020’. De referir que os indicadores relativos à obesidade infantil em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso são difíceis de monitorizar. Relativamente à obesidade infantil, a recolha de indicadores é morosa, sendo monitorizados de 3 em 3 anos em crianças em idade escolar. Em Portugal a Direção Geral de Saúde realiza a monitorização com a colaboração de todas as Administrações Regionais de Saúde. Em 2018 o Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabeleceu como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição

para a Saúde Pública, sublinhando que para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistemática e integrada. Assim, no âmbito do Plano Nacional de Saúde em vigor e para reforçar a dinâmica de resposta aos principais problemas de saúde da população portuguesa, foram criados 12 programas de saúde prioritários dos quais destaco o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (Direção Geral de Saúde, 2015).

Os pais possuem importante papel na formação do hábito alimentar infantil. É fundamental avaliar o ambiente, sobretudo o familiar, no comportamento alimentar em idades precoces e no excesso de peso infantil.

Tendo por base o pressuposto analisado, anteriormente, as intervenções para redução de excesso de peso infantil devem focar a família e o domicílio para a promoção de práticas alimentares parentais positivas, tendo em vista o papel da modelagem parental no comportamento alimentar das crianças.

Tem de haver sensibilização para as mudanças nos estilos de vida das famílias e os pais devem ser empoderados e capacitados sobre a alimentação saudável, de modo a haver uma contribuição positiva para o futuro das crianças.

Uma das razões que contribui para o aumento da obesidade infantil é o excesso de peso das crianças não ser reconhecido por alguns pais. Por isso, é fundamental que os pais identifiquem o excesso de peso dos seus filhos, para que se torne possível atuar com vista à redução das taxas de obesidade infantil, garantindo que a família se encontra pronta e motivada para esta mudança de comportamento.

Uma das possíveis soluções para o tratamento da obesidade infantil, com sucesso, será o envolvimento da família nas alterações aos hábitos diários, tanto no redirecionamento para as melhores escolhas alimentares, como no estímulo à prática de exercício físico evitando assim centrar o tratamento apenas na criança. De relembrar que na infância o conhecimento e a aprendizagem ocorrem principalmente por imitação (Direção Geral da Saúde, 2019).

O tratamento da obesidade é difícil, assentando essencialmente na dieta, exercício físico e mudanças comportamentais. O EESIP desempenha um papel de extremo relevo na promoção da adesão e manutenção do tratamento. O Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável instiga a uma abordagem de intervenção cada vez mais direcionada para a modificação dos ambientes alimentares, procurando não só capacitar os cidadãos para uma alimentação mais saudável, mas também procurando modificar a oferta alimentar disponível de modo a facilitar as escolhas mais saudáveis (Direção Geral da Saúde, 2019).

A família é responsável pela transmissão e modelação de comportamentos saudáveis, devendo ser reconhecido o seu papel de destaque no processo de tratamento. A evidência científica considera a família como um foco essencial na mudança de comportamentos dos seus filhos, devendo os profissionais de saúde desenvolver uma parceria de cuidados, por forma a alcançarem-se resultados positivos. A intervenção do EESIP nesta área evidencia os cuidados centrados na família como filosofia de cuidados da Enfermagem Pediátrica, delineando a família como ambiente da criança/jovem, debatendo-se na interdependência criança/jovem/família e ambiente, intervindo nos vários domínios: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação promovendo o desenvolvimento das competências da criança/ jovem e da família na maximização da sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Torna-se fulcral que enquanto enfermeiros especialistas encaremos os pais/família como os prestadores de cuidados de excelência, respeitando-os e valorizando a sua experiência e presença nos cuidados à criança/jovem, levando assim a uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Após o decreto de pandemia em março de 2020, devido ao vírus SARS-CoV-2, com o objetivo de abrandar a sua taxa de transmissão, foi implementado o confinamento obrigatório, restringindo a circulação de pessoas e orientando as famílias a reservarem-se por um longo período nas suas habitações.

O confinamento trouxe às crianças uma alteração drástica no seu estilo de vida, tendo estes jovens que lidar com o ensino em casa, o stress, a ausência de atividades estruturadas e de interação social, bem como uma maior exposição a ecrãs, diminuindo os níveis de atividade física e verificando-se também uma alteração no horário de sono e nos hábitos alimentares. Estes fatores estão identificados como sendo de alto risco para o desenvolvimento, ou agravamento, da obesidade e excesso de peso nas crianças. Como consequência do confinamento, e de tudo o que este implica, espera-se um impacto na saúde física e mental das crianças (World Obesity, 2021).

Assim, num estudo levado a cabo pelo INSA cujo objetivo era avaliar a prevalência de excesso de peso e obesidade parental no período de pré-confinamento e durante o confinamento em contexto da pandemia da COVID-19 e ainda a sua perceção sobre o aumento de peso em crianças integrantes de um projeto de base comunitária. Concluiu-se que o aumento da prevalência de obesidade parental reportado neste estudo de mais 5,1% em mães e de 4,4% em pais, no espaço de 3-4 meses durante o período de confinamento agrava o ambiente obesogénico em que as crianças se desenvolvem, já que uma criança de

pais obesos tem duas vezes mais probabilidade de ter obesidade do que uma criança com pais normoponderais. Adicionalmente, a despreocupação da maioria dos pais pelo possível ganho de peso infantil, evidenciada neste estudo, é mais um fator que pode estar na gênese do aumento ou agravamento da obesidade infantil (Rito, Baleia, Pirata, Santos, & Chiote, 2020).

Neste sentido, a Direção Geral de Saúde criou um manual que descreve brevemente a importância da alimentação na saúde e desenvolvimento das crianças; apresenta algumas regras simples para uma alimentação saudável para este grupo etário e que são para qualquer altura do ano; alguns cuidados especiais a ter neste período, como por exemplo a atenção particular que deve ser dada à publicidade alimentar nos meios digitais, pois nestes dias as crianças passam muito tempo em frente ao ecrã e; por fim, a oportunidade desta ocasião para uma aprendizagem comum sobre como preparar refeições familiares de qualidade (Direção Geral de Saúde, 2020).

#### **4. Metodologia/ Seleção de Estratégias**

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

#### **5. Organização e programação da atividade**

Esta intervenção surgiu após diagnóstico da necessidade formativa dos enfermeiros do serviço de Pediatria. Neste sentido, inicialmente efetuei um diagnóstico das necessidades de formação, com o propósito de analisar eventuais lacunas ou discrepâncias existentes entre o perfil de competências detido por um indivíduo ou conjunto de indivíduos e o respetivo perfil de competências desejado, resultando na elaboração de formação de natureza corretiva e/ou prospetiva.

A data de realização desta AES será o dia 11 de março de 2021 pelas 16 horas, no serviço de internamento pediátrico.

Os recursos utilizados na realização desta AES serão os seguintes:

- Recursos Humanos: uma mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde (Porto), da Universidade Católica Portuguesa;
- Recursos Físicos: uma sala de tratamentos do serviço;
- Recursos materiais: um computador portátil, com recurso à plataforma Microsoft Teams.
- Recursos Financeiros: suportado pela mestranda de Enfermagem.

## 6. Plano da atividade

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Tema                    | Distúrbios alimentares em Pediatria  |
| Data                    | 11 de março de 2021  |
| Local                   | Sala de tratamentos do serviço de internamento pediátrico  |
| Duração Total da Sessão | 45 minutos   |
| Grupo-alvo              | Enfermeiros do serviço de Pediatria  |
| Dinamizadores           | Sara Rocha, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica   |
| Objetivos Gerais        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dotar os enfermeiros do serviço de Pediatria de conhecimento mais atual relativamente aos distúrbios alimentares;</li><li>• Abordar a temática da obesidade infantil em Portugal;</li><li>• Elucidar para o papel do EESIP na prevenção da obesidade infantil, promoção e adesão ao tratamento.</li></ul>  |
| Objetivos Educacionais  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer qual a evidência mais atual face aos distúrbios alimentares;</li><li>• Identificar quais os distúrbios alimentares mais frequentes na idade pediátrica;</li><li>• Deter conhecimento acerca da obesidade infantil em Portugal;</li><li>• Capacitar as crianças/jovens e famílias para a adesão de hábitos de vida saudáveis no sentido de prevenir a obesidade infantil;</li><li>• Prestar cuidados a crianças/jovens tendo em vista a promoção e adesão ao tratamento da obesidade infantil.</li></ul> |

| Plano de sessão: Distúrbios alimentares em Pediatria |   |  |  |        |
|--|---|--|--|--------|
| Fases da Sessão                                      | Conteúdos   | Métodos/ Técnicas  | Recursos   | Tempo  |
| Introdução   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da problemática a ser abordada e dos objetivos da sessão;</li> <li>• Apresentação do formador</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador/ PowerPoint</li> </ul> | 5 Min  |
| Desenvolvimento                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem dos temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conceito de distúrbios alimentares</li> <li>○ Obesidade infantil <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Em Portugal</li> <li>▪ Sinais de alerta</li> <li>▪ Fatores de risco</li> <li>▪ Intervenções nacionais no combate à obesidade infantil</li> <li>▪ Importância da família na prevenção da obesidade infantil</li> <li>▪ Papel do EESIP</li> <li>▪ Em tempos de COVID-19</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Interativo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador/ PowerPoint</li> </ul> | 30 Min |

|           |  |   |   |        |
|-----------|--|---|---|--------|
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos conteúdos abordados</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositivo</li> <li>• Método ativo</li> <li>• Discussão orientada</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador/PowerPoint</li> </ul> | 10 Min |
|-----------|--|---|---|--------|

## 7. Avaliação

A avaliação da formação possibilita a monitorização sistemática de determinada intervenção formativa, recorrendo para o efeito a padrões de qualidade de referência, consistindo um auxílio na tomada de decisão. Assim, de forma a obter informações se os formandos atingiram os objetivos educacionais inicialmente propostos, será realizada no início da sessão a avaliação diagnóstica recorrendo a um questionário avaliativo (Apêndice II). Este mesmo questionário será novamente realizado no final da sessão com a finalidade de comparar os resultados, permitindo deste modo verificar se os conhecimentos foram apreendidos.

Deste modo é necessário estabelecer indicadores de avaliação exatos, ou seja, definir elementos observáveis de cumprimento dum critério de avaliação. Os indicadores estabelecidos são os seguintes:

— Indicador de avaliação n.º 1

$$\frac{\text{n.º de respostas certas ao questionário entregue no início da sessão}}{\text{n.º total de questões}} * 100 = \% \text{ de respostas certas para cada pergunta}$$

— Indicador de avaliação n.º 2

$$\frac{\text{n.º de respostas certas ao questionário entregue no final da sessão}}{\text{n.º total de questões}} * 100 = \% \text{ de respostas certas para cada pergunta}$$

— Indicador de avaliação n.º 3

$$\frac{\text{total de respostas certas (avaliação inicial)}}{\text{total de respostas}} * 100 = \text{média de respostas certas (\%)}$$

— Indicador de avaliação n.º 4

$$\frac{\text{total de respostas certas} \\ (\text{avaliação final})}{\text{total de respostas}} * 100 = \text{média de respostas certas (\%)}$$

Torna-se ainda relevante referir que existe uma sequência na avaliação da formação: o nível I avalia a reação dos participantes à formação (Apêndice III); o nível II avalia as aprendizagens efetuadas pelos formandos (Apêndice IV); o nível III avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e o nível IV avalia os resultados da formação.

Devido à duração do contexto de estágio ser de 180 horas apenas serão realizados os níveis I e II, recorrendo aos instrumentos acima mencionados.

## **Conclusão**

A elaboração do planeamento da AES permitiu uma organização e estabelecimento de prioridades formativas, com o intuito de dar resposta aos objetivos inicialmente estabelecidos.

Baseando o trabalho na evidência científica mais atual foi objetivo desta AES foi fornecer informação mais atual aos enfermeiros de um serviço de Pediatria de forma a capacitá-los para lidar com crianças/jovens com diagnóstico de distúrbio alimentar, nomeadamente obesidade, e qual o seu papel na intervenção também com a família.

Após a realização desta atividade atingi os objetivos propostos inicialmente tais como: desenvolvimento de competências comunicacionais para grupo de pares; desenvolvimento de competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo, através da utilização da técnica de discussão orientada; desenvolvimento de competências acerca da avaliação da aprendizagem numa AES para um grupo de pares; resposta a uma necessidade formativa do serviço.

## Referências Bibliográficas

- Câmara, G., Goes, A. R., Bourbon, M., Nunes, L., Bragança, G., Cargaleiro, H., . . . Loureiro, I. (2012). Sinais de alerta para o risco de obesidade. *Papa Bem: Alimentar e Educar*.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos linhas de orientação para Profissionais e Educadores.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.
- Direção Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020.
- Direção Geral de Saúde. (2020). Vamos por a Alimentação Saudável ON em Casa. *Cuidados alimentares e atividades para crianças em tempos de COVID-19*.
- Hornberger, L. L., & Lane, M. A. (2021). Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *147*(1).
- Instituto Ricardo Jorge. (2019). Childhood Obesity Surveillance Initiative. *COSI Portugal*.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de julho de 2018). Regulamento n.º 422/2018. *Diário da República n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Rito, A. I., Baleia, J., Pirata, C., Santos, D., & Chiote, I. (2020). Excesso de peso e obesidade parental e perceção do aumento de peso infantil, durante o confinamento em contexto da pandemia da COVID-19, em Portugal. *Impacto da pandemia em Portugal*, *12*(8).
- Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., . . . Breda, J. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *12*, pp. 226-243.

Whiting, S., Buoncristiano, M., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pattison, M., Hyska, J., . . . Breda, J. (2020). Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015/2017. *14*(1), pp. 32-44.

WHO. (2020). *Childhood overweight and obesity*.

Williams, J., Buoncristiano, M., Nardone, P., Rito, A. I., Spinelli, A., Hejgaard, T., . . . Brinduse, L. (2020). A Snapshot of European Children’s Eating Habits: Results from the Fourth Round of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). *12*(8).

World Obesity. (2021). *COVID-19 and Obesity: The 2021 Atlas*. World Obesity Federation.







**SUMÁRIO**

1. Conceito de distúrbios alimentares
2. Obesidade infantil
  1. Em Portugal
  2. Sinais de alerta
  3. Fatores de risco
  4. Intervenções nacionais no combate à obesidade infantil
  5. Importância da família na prevenção da OI
  6. Papel do EESIP

## 1. DISTÚRBIOS ALIMENTARES - conceito

Caracterizam-se por **distúrbios na alimentação** ou **comportamentos relacionados**

1. Anorexia nervosa
2. Bulimia nervosa
3. *Binge eating*
4. Outras perturbações



## 2. OBESIDADE INFANTIL

### 2.1. Em Portugal

- Portugal é um dos países Europeus com maior prevalência de Obesidade Infantil;
- Mais de 30% das crianças entre os 6 e 8 anos apresentam excesso de peso e destas cerca de 14% são obesas.

| Grupo etário              | Pé-obesidade | Obesidade |
|---------------------------|--------------|-----------|
| Crianças (<10 anos)       | 17,3 %       | 7,7 %     |
| Adolescentes (10-17 anos) | 23,6 %       | 8,7 %     |
| Adultos (18-64 anos)      | 36,5 %       | 21,6 %    |
| Idosos (65-84 anos)       | 41,8 %       | 39,2 %    |

(Camolas et al, 2017)

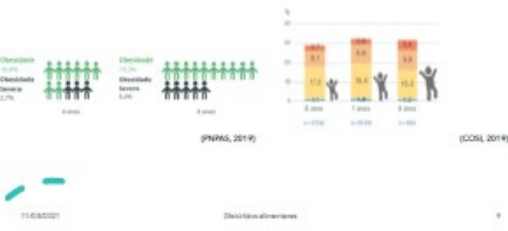
## 2.1. Em Portugal



## 2.1. Em Portugal



## 2.1. Em Portugal



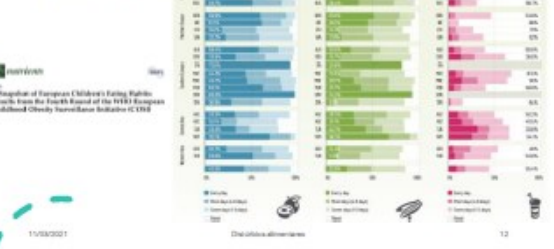
## 2.1. Em Portugal



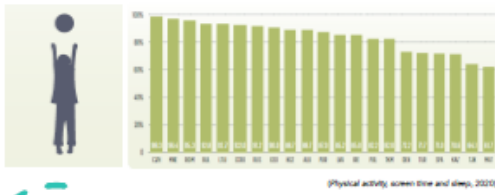
## 2.1. Em Portugal



## 2.1. Em Portugal



## 2.1. Em Portugal

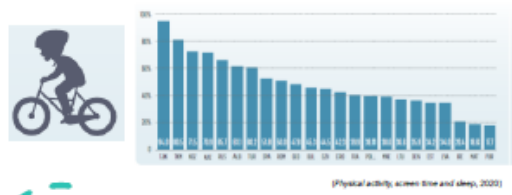


11/03/2021

Diabetes alimentares

13

## 2.1. Em Portugal

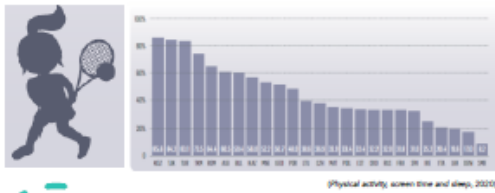


11/03/2021

Diabetes alimentares

14

## 2.1. Em Portugal



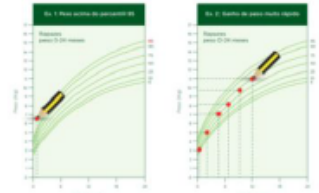
11/03/2021

Diabetes alimentares

15

## 2.2. Sinais de alerta

- Dos 0 aos 2 anos  
(Escola Nacional de Saúde Pública, 2015)



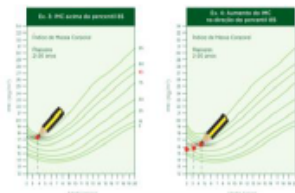
11/03/2021

Diabetes alimentares

16

## 2.2. Sinais de alerta

- A partir dos 2 anos  
(Escola Nacional de Saúde Pública, 2015)



11/03/2021

Diabetes alimentares

17

## 2.3. Fatores de risco

- Obesidade dos pais ou de um dos pais, em familiares próximos;
- Ganho de peso excessivo da mãe no início e durante a gravidez;
- Diabetes não controlada durante a gravidez;
- Fumar durante a gravidez;
- Nascer com peso elevado;
- **Ganhar peso muito rapidamente;**
- Ter o peso no percentil acima do P95 no 1.º ano de vida;
- Já ter sido obesa anteriormente;
- Alimentação por biberão com leite artificial nos 1.ªs meses de vida;
- Introdução de outros alimentos para além do leite antes dos 4 meses.

(Escola Nacional de Saúde Pública, 2015)

11/03/2021

Diabetes alimentares

18

## 2.4. Intervenções nacionais no combate à obesidade infantil



**10** RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SEGURA NA GRAVIDEZ

GUIA INFORMATIVO  
QUAIS OS NUTRIENTES IMPORTANTES PARA A SAÚDE DA CRIANÇA?

**11/03/2021** Direção Alimentares 20

A [...] promoção dos hábitos alimentares saudáveis é, em última instância, da responsabilidade dos pais, afinal os primeiros e principais educadores." (DGS, 2019, p.115)

**11/03/2021** Direção Alimentares 21

## 2.6. Papel do EESIP

**Cuidados Centrados na Família**

- A família como foco da prática
- Uma forma de cuidar das crianças e das suas famílias dentro dos serviços de saúde que assegure que os cuidados são planeados em torno de toda a família, e não apenas da criança/pessoa individual, e em que todos os membros da família são reconhecidos como beneficiários de cuidados.

**Modelo da Parceria de Cuidados**

- Anne Casey (1993)
- Para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e ninguém melhor que os pais para os desenvolverem.

**11/03/2021** Direção Alimentares 22

## Em tempos de COVID-19

- Prevenir a propagação » adoção de medidas » rotinas alteradas
  - Menos atividade física
  - Alterações no comportamento de compra de alimentos por parte dos encarregados de educação



## Em tempos de COVID-19

VAMOS Pôr A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA

**1**

- Preparar refeições
- Almoço
- Jantar

**2**

- 1 porção de fruta
- 1 porção de leite
- 1 porção de legumes
- 1 porção de pão

**11/03/2021** Direção Alimentares 24

Em tempos de COVID-19

**VAMOS PÔR A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA?**

11/04/2021

3

4

Distribuição alimentar

Em tempos de COVID-19

**VAMOS PÔR A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA?**

11/04/2021

5

6

Distribuição alimentar

Ensinar os mais novos a comerem bem e a cozinhar saudável!

Concluindo

- EESSIP | relação privilegiada | binómio criança/família | parceria de cuidados.
- Obesidade infantil | capacitação dos pais ou famílias e das próprias crianças | importância de adoção de estilos de vida saudáveis | hábitos alimentares saudáveis, promovendo a sua saúde e bem-estar.

11/03/2021

Distribuição alimentar

Obrigado

**Salt Awareness Week**

8 - 14 March 2021

**More Flavour, Less Salt!**

WASH



## ATIVIDADE DE DIAGNÓSTICO

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO “*DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PEDIATRIA*”

#### Grupo I

Relativamente às seguintes afirmações, classifique-as em **VERDADEIRO** ou **FALSO**:

- Os distúrbios alimentares, como é o caso da anorexia e da bulimia nervosas, não têm repercussões na saúde física nem no comportamento psicossocial.
- O tratamento do excesso de peso e obesidade infantil nem sempre é uma tarefa fácil.
- As intervenções de enfermagem no acompanhamento das crianças com excesso de peso e obesidade infantil devem abordar apenas a alimentação saudável.
- A relação existente entre os enfermeiros e a população infantil é um fator facilitador na abordagem do excesso de peso e obesidade infantil.
- No processo de perda de peso, a família não faz parte do foco de ação.

#### Grupo II

1. Escolha as opções que estão corretas relativamente à obesidade infantil.
  - a. É uma doença aguda.
  - b. Tem múltiplas causas.
  - c. É de mais fácil definição nas crianças em detrimento dos adultos.
  - d. Entre os 6 aos 10 anos é a fase onde existe maior fragilidade para se desenvolver obesidade.
2. Identifique dois fatores que aumentam a obesidade infantil.
  - a. Alimentação saudável.
  - b. Sedentarismo.
  - c. Não ingerir açúcar.
  - d. Influência familiar inadequada.
3. Escolha as afirmações corretas relativamente à alimentação saudável.
  - a. As refeições não devem ser variadas.
  - b. Os hábitos alimentares saudáveis só se devem iniciar na idade adulta.
  - c. A Roda dos Alimentos deve ser utilizada como referência.
  - d. A água é um elemento fundamental à manutenção de uma vida saudável.
4. Que comportamentos os pais devem tomar para prevenir a obesidade infantil?
  - a. Nos primeiros anos de vida o conhecimento e a aprendizagem fazem-se por imitação.

- b. Estimular o sedentarismo das crianças.
- c. Devem ser os primeiros educadores no que toca à nutrição.
- d. Ter consciência do peso real das suas crianças.
- e. Dar às crianças doces e gorduras e diminuir a ingestão de hortaliças e legumes.

## ATIVIDADE DE AVALIAÇÃO

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO “*DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM PEDIATRIA*”

#### Grupo I

Relativamente às seguintes afirmações, classifique-as em **VERDADEIRO** ou **FALSO**:

- Os distúrbios alimentares, como é o caso da anorexia e da bulimia nervosas, não têm repercussões na saúde física nem no comportamento psicossocial.
- O tratamento do excesso de peso e obesidade infantil nem sempre é uma tarefa fácil.
- As intervenções de enfermagem no acompanhamento das crianças com excesso de peso e obesidade infantil devem abordar apenas a alimentação saudável.
- A relação existente entre os enfermeiros e a população infantil é um fator facilitador na abordagem do excesso de peso e obesidade infantil.
- No processo de perda de peso, a família não faz parte do foco de ação.

#### Grupo II

5. Escolha as opções que estão corretas relativamente à obesidade infantil.
  - a. É uma doença aguda.
  - b. Tem múltiplas causas.
  - c. É de mais fácil definição nas crianças em detrimento dos adultos.
  - d. Entre os 6 aos 10 anos é a fase onde existe maior fragilidade para se desenvolver obesidade.
6. Identifique dois fatores que aumentam a obesidade infantil.
  - a. Alimentação saudável.
  - b. Sedentarismo.
  - c. Não ingerir açúcar.
  - d. Influência familiar inadequada.
7. Escolha as afirmações corretas relativamente à alimentação saudável.
  - a. As refeições não devem ser variadas.
  - b. Os hábitos alimentares saudáveis só se devem iniciar na idade adulta.
  - c. A Roda dos Alimentos deve ser utilizada como referência.
  - d. A água é um elemento fundamental à manutenção de uma vida saudável.
8. Que comportamentos os pais devem tomar para prevenir a obesidade infantil?
  - a. Nos primeiros anos de vida o conhecimento e a aprendizagem fazem-se por imitação.

- b. Estimular o sedentarismo das crianças.
- c. Devem ser os primeiros educadores no que toca à nutrição.
- d. Ter consciência do peso real das suas crianças.
- e. Dar às crianças doces e gorduras e diminuir a ingestão de hortaliças e legumes.

**Apêndice III: Avaliação da reação dos participantes à formação**

|  | <i>Distúrbio Alimentares</i><br><i>11/03/2021</i> |          |          |          |          |
|--|---|----------|----------|----------|----------|
| <b>Escala:</b>                                 | <i>1</i>  | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> |
| <b>AVALIAÇÃO - DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA</b> |   |          |          |          |          |
| <b>1.1 Objetivos da ação</b>                   |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>1.2 Conteúdo da ação</b>                    |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>1.3 utilidade dos conteúdos</b>             |   |          |          |          | 10       |
| <b>1.4 estrutura do programa</b>               |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>1.5 motivação e participação</b>            |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>1.6 atividade dos participantes</b>         |   |          | 1        | 1        | 9        |
| <b>1.7 relacionamento dos participantes</b>    |   |          | 1        | 1        | 9        |
| <b>1.8 correspondeu às expectativas</b>        |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>1.9 instalações e equipamentos</b>          |   |          | 1        | 1        | 9        |
| <b>1.10 Documentação</b>                       |   |          | 1        | 1        | 9        |
| <b>1.11 meios audiovisuais</b>                 |   |          | 1        | 1        | 9        |
| <b>1.12 utilização dos recursos didáticos</b>  |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>1.13 apoio dos formadores</b>               |   |          |          | 2        | 9        |
| <b>1.14 apoio administrativo</b>               |   |          | 1        | 3        | 7        |
| <b>AVALIAÇÃO - FORMADOR</b>                    |   |          |          |          |          |
| <b>2.1 domínio do assunto</b>                  |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>2.2 métodos relativamente aos objetivos</b> |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>2.3 Linguagem utilizada</b>                 |   |          |          | 1        | 10       |
| <b>2.4 Empenho</b>                             |   |          |          |          | 11       |
| <b>2.5 Relacionamento com os participantes</b> |   |          |          | 1        | 10       |

**Apêndice IV: Avaliação das aprendizagens efetuadas pelos formandos**

A partir dos indicadores de avaliação mencionados, em relação ao indicador de avaliação n.º 1, verifiquei que 92% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no início da sessão.

Quanto ao indicador de avaliação n.º 2, verifiquei que 93% corresponde ao total de respostas certas para cada pergunta, relativamente ao questionário entregue no final da sessão.