



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA CRIANÇA COM
NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: INTERVENÇÃO
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Por

Joana Filipa Santos Mendes

LISBOA, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

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

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

-

PEDIATRIC NURSING PROMOTING SELFCARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH NEEDS

Por

Joana Filipa Santos Mendes

Sob orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

LISBOA, 2019

“The size of your success is measured by the strength of your desire, the size of your dream, and how you handle disappointment along the way.”

Robert Kiyosaki

AGRADECIMENTO

Agradeço às crianças e famílias com quem me cruzei durante este percurso formativo, demonstrando desde já toda a minha gratidão pelos contributos preciosos que trouxeram à construção da minha identidade enquanto Enfermeira.

À Professora Doutora Zaida Charepe, pela sabedoria e pela presença marcante que constitui na consolidação da Enfermagem enquanto disciplina. Pela disponibilidade, apoio na construção de ideias e orientação demonstrados.

À Professora Doutora Margarida Lourenço, pelo apoio, disponibilidade e energia positiva que partilhou comigo, num momento mais conturbado deste percurso.

Às Enfermeiras Orientadoras de estágio, pelos seus importantes contributos para a minha prática profissional e pela consideração manifestada pela minha opinião enquanto profissional.

Às equipas multidisciplinares dos Serviços, pelas oportunidades de crescimento e, sobretudo, pela competência e rigor no cuidado às crianças e famílias.

Aos colegas de turma, pelo espírito de equipa que desenvolvemos ao longo deste tempo e que nos foi tão útil em momentos atribulados.

Às amigas que esta experiência me doou e que viveram comigo todas as ansiedades, receios e conquistas.

Ao Tiago, por caminharmos lado a lado e nos apoiarmos mutuamente.

À minha Mãe, pela sua inesgotável força e capacidade de amar incondicionalmente.

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, o presente relatório visa analisar crítico-reflexivamente o desenvolvimento de competências decorrente do processo formativo.

Considerando que a intervenção especializada à criança/jovem e família visa a promoção da saúde, a prevenção de complicações e o autocuidado, em qualquer contexto de cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), estabeleceu-se como temática a Promoção do Autocuidado na criança/jovem, focado na criança com necessidades especiais de saúde. A definição baseou-se no interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências neste âmbito e o reconhecimento do referencial teórico de Orem (1985) como excelente orientador da prática profissional, compreendendo o autocuidado como resultado sensível aos cuidados de Enfermagem.

Desenvolveu-se uma *scoping review* pela metodologia *Joanna Briggs Institute* (2014), com a questão de revisão “Quais as intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde?”. Efetuou-se pesquisa nas bases de dados sciELO, CINAHL (via EBSCO) e MEDLINE (via EBSCO), incluindo artigos compreendidos entre 2013 e 2018, representantes de evidência científica recente.

A revisão de literatura evidenciou quatro áreas de intervenção de Enfermagem promotoras do autocuidado a criança/jovem: a avaliação das necessidades e necessidades de autocuidado; a educação para a saúde no sentido da prevenção de complicações, do esclarecimento sobre opções terapêuticas e de estratégias de gestão da doença/necessidade especial; a instrução e o treino de habilidades referentes ao autocuidado e, transversal às intervenções anteriores, o suporte emocional.

Considerando as áreas de intervenção identificadas e o referencial teórico de Orem (1985), planearam-se atividades para cada contexto de estágio, segundo a metodologia de projeto (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010).

No estágio de Cuidados de Saúde Primários foram desenvolvidas atividades inerentes à intervenção precoce na infância, prevenção/vigilância de maus-tratos infantis e colaboração no Curso de Massagem Infantil.

As atividades dinamizadas em Urgência Pediátrica foram ao encontro da prestação direta de cuidados à criança/jovem e família, considerando a atuação em situação de doença aguda, a maximização da saúde e a promoção do autocuidado. Tendo por base o referencial teórico em aplicação, elaborou-se um plano de cuidados direcionado ao adolescente com Diabetes *Mellitus* tipo 1 inaugural.

Em Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, a par da prestação de cuidados ao recém-nascido, desenvolveu-se um guia para pais, orientador dos cuidados ao recém-nascido no internamento, visando a parceria de cuidados.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, incidiu-se na prestação de cuidados à criança/jovem em situação de saúde complexa e foi elaborado um plano de cuidados com base na Teoria de Orem (1985) direcionado à criança com miopatia congénita.

O percurso formativo permitiu o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, com maior enfoque nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica das quais se destacam o aprofundamento de conhecimentos sobre os fenómenos de saúde-doença na criança/jovem, a identificação precoce de necessidades, a promoção do autocuidado e a parceria de cuidados. Transversalmente, possibilitou também a aquisição de competências requeridas para atribuição do grau de Mestre.

Palavras-chave: enfermagem, criança, autocuidado.

ABSTRACT

In the scope of the Master's Degree in Nursing in the area of specialization in Child and Pediatric Health Nursing of the Catholic University of Portugal, this report aims to analyze critically-reflexively the development of competencies arising from the training process.

Considering that the specialized intervention for the child/youth and family aims at the promotion of health, prevention of illness and self-care, at all contexts of Nursing care (Nurses' Order, 2011), Promotion of Self-Care of the child/youth focusing on the child with special health needs was defined as the main theme. The definition was based on the interest in deepening knowledge and developing skills in this field and also the recognition of Orem's theoretical framework (1985) as an excellent guide to professional practice, considering self-care as a result sensitive to Nursing care.

A scoping review was developed according to the Joanna Briggs Institute methodology (2014), to answer the review question "What are the nursing interventions that promote the self-care of children with special health needs?" Research at the databases sciELO, CINAHL (via EBSCO) and MEDLINE (via EBSCO) was made, including articles from 2013 to 2018, representatives of recent scientific evidence.

The literature review evidenced four areas of Nursing intervention promoting child/youth self-care: the assessment of needs and demands for self-care; health education for the prevention of complications, clarification about therapeutic options and strategies for managing the disease/special need; instruction and training of abilities related to the self-care and, transversal to the previous interventions, the emotional support.

Considering the areas of intervention identified and the theoretical reference of Orem (1985), activities were planned for each stage context, according to the project methodology (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010).

In the Primary Health Care internship, activities were developed in early childhood intervention, prevention and surveillance of child maltreatment and collaboration in the Infant Massage Course.

The dynamized activities in Pediatric Emergency focused the direct provision of care to the child/youth and family, considering the intervention in situation of acute illness, the maximization of health and the promotion of self-care. Based on the theoretical reference in application, a plan of care directed to the adolescent with Type 1 Diabetes Mellitus was inaugurated.

At the Neonatal Intermediate Care Unit, along with the provision of care for the newborn, a guide for parents was developed, guiding the care of the newborn in the hospital, aiming at the care partnership.

At the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit, activities included provision of care to the child/youth experiencing a complex health situation and we developed a care plan based on Orem's Theory (1985) to a child with congenital myopathy.

The training course allowed the development of skills of Specialist Nurse, with a greater focus on the specific competences of the Child and Pediatric Health Specialist Nurse, which highlights the deepening of knowledge about the health-illness phenomena in the child/youth, the identification of needs, the promotion of self-care and the care partnership. Transversally, it also enabled the development and competencies required for the attribution of the Master degree.

Keywords: nursing, child, self-care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA CRIANÇA/JOVEM COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE	21
1.1. Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 1985).....	21
1.2. Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na criança/jovem com necessidades especiais de saúde: <i>Scoping Review</i>	28
2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO.....	43
2.1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários	45
2.2. Contexto de Urgência Pediátrica.....	50
2.3. Contexto de Neonatologia	55
2.4. Contexto de Internamento de Pediatria.....	60
2.5. Contexto de Recurso Comunitário	64
2.6. Competências comuns de Enfermeiro Especialista	66
3. CONCLUSÃO.....	67
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES.....	75
Apêndice I: Instrumento de seleção de artigos para <i>Scoping Review</i>.....	77
Apêndice II: Póster apresentado ao 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, intitulado “Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado da Criança com Necessidades Especiais de Saúde: <i>Scoping Review</i>”	81
Apêndice III: Póster apresentado ao 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, intitulado “O papel do Enfermeiro na prevenção de maus tratos infantis: <i>Scoping Review</i>”	85
Apêndice IV: Trabalho desenvolvido no âmbito da Equipa de Intervenção Precoce na Infância	89
Apêndice V: Trabalho desenvolvido no âmbito do Curso de Massagem Infantil ...	109

Apêndice VI: Reflexões efetuadas em contexto de Urgência Pediátrica.....	133
Apêndice VII: Plano de Cuidados: Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 Inaugural	145
Apêndice VIII: Guia para pais: Cuidados ao Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais	163
Apêndice IX: Plano de Cuidados: Lactente com Miopatia Congénita	191
ANEXOS	199
Anexo I: Certificado do Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno	201
Anexo II: Certificado de Comissão Organizadora do 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem.....	205

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009) referente ao processo de seleção de artigos.....	32
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Estudos incluídos, quanto ao tipo de revisão, desenho de estudo e objetivo.....	33
Quadro 2. Análise dos artigos relativamente às intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde.....	35

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, o presente relatório pretende descrever o percurso formativo desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Visa descrever e analisar de forma crítico-reflexiva o percurso de desenvolvimento de competências profissionais de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, doravante designado de Enfermeiro Especialista, e as competências académicas preconizadas para o grau académico de Mestre.

Constituem-se resultados de aprendizagem as competências específicas do Enfermeiro Especialista estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018, pp. 19192): “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”; “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011) estabelece que a intervenção do Enfermeiro Especialista visa a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, independentemente do contexto em que se integrem as crianças e jovens. Considerando que os cuidados de enfermagem especializados têm como objetivo também a promoção das competências da criança/jovem visando a maximização e potencialização da saúde, apoiando e promovendo escolhas de vida saudáveis, reconhecimento e valorização das suas forças individuais e familiares como recurso para a gestão da sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A criança/jovem deve ser entendida como ser dependente dos cuidados proporcionados pela família para a satisfação das suas necessidades de crescimento e

desenvolvimento saudáveis, porém capaz de adquirir capacidades, conhecimentos e competências que lhe permitirão adquirir progressiva independência e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Por si, a criança/jovem é fonte de forças intrínsecas e extrínsecas valiosas, que devem ser consideradas na intervenção que vise a promoção do autocuidado (Alves & Costa, 2014).

O surgimento de necessidades especiais de saúde, quer seja antecipado ou inesperado, representa para a família uma alteração significativa da sua estrutura e dinâmica relacional e funcional, sendo considerado um momento causador de ansiedade e sentimento de incapacidade de resposta às necessidades da criança (Neves & Cabral, 2009; Alves & Costa, 2014). Por sua vez, a criança/jovem com necessidades especiais de saúde poderá potencialmente ver desequilibrado ou desviado do curso normal e expectável, o seu percurso de desenvolvimento e crescimento, enfrentando desafios marcantes como hospitalizações frequentes ou dependência de tecnologias para manutenção da sua saúde (Silveira & Neves, 2011; Alves & Costa, 2014).

Pelo conjunto de condições que implica elevada dependência de cuidados de saúde, tendencialmente complexos e por vezes associados a tecnologia de salvaguarda da sobrevivência, a criança/jovem com necessidades especiais de saúde representa, enquanto foco de atenção do Enfermeiro Especialista, um desafio para o desenvolvimento de competências (Silveira & Neves, 2011). Tomando em consideração a identificação desta área como sendo de especial relevância para o Enfermeiro Especialista, definiu-se para este percurso formativo a temática específica Promoção do Autocuidado na Criança com necessidades especiais de saúde.

Com vista à obtenção de um nível adequado de desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista e considerando a temática em estudo, foram realizados estágios em diferentes contextos de prestação de cuidados: Cuidados de Saúde Primários em Unidade de Cuidados na Comunidade e Cuidados Hospitalares, nas valências de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. Face às necessidades de formação identificadas e o interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas do projeto de aprendizagem estabelecido, foi também realizado um estágio em Instituição Particular de Solidariedade Social de apoio à criança /jovem com doença crónica.

O referencial teórico que fundamentou a definição de objetivos e a implementação dos projetos de estágio estabelecidos foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (1985). Orem (1985) estabelece o autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pelo indivíduo com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, consistindo em uma função reguladora humana que assegura a integridade estrutural e a funcionalidade. A autora defende que os cuidados de Enfermagem são necessários quando o indivíduo não possui as capacidades para fazer face às suas exigências de autocuidado, contemplando as alterações da saúde como uma das circunstâncias que podem levar a um déficit de autocuidado (Orem, 1985; Queirós, Vidinha & Almeida Filho, 2016). No caso da criança/jovem, Orem (1985) entende que a incapacidade de os pais/responsáveis responderem às necessidades de autocuidado da criança/jovem justifica a intervenção de Enfermagem.

Este relatório de estágio encontra-se organizado em cinco capítulos, sendo o primeiro o enquadramento teórico-conceitual da temática em estudo e o segundo o capítulo alusivo à análise crítico-reflexiva do percurso formativo realizado. No decorrer deste último capítulo, efetua-se a correspondente análise face ao desenvolvimento de competências considerando três âmbitos: competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências preconizadas para atribuição do grau académico de Mestre.

Para a formatação e referenciação bibliográfica, foi mobilizada a Norma da American Psychological Association na sua 6^a edição (2010).

1. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA CRIANÇA/JOVEM COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

O presente capítulo visa sistematizar o enquadramento teórico e conceitual que fundamentou o percurso desenvolvido nos diferentes contextos de prestação de cuidados de Enfermagem à criança/jovem e família. Considerando que o referencial teórico mobilizado ao longo do percurso foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (1985), este capítulo encontra-se organizado inicialmente pela abordagem do conceito autocuidado e a descrição da Teoria que lhe está subjacente, seguidamente pela contextualização dos pilares dos cuidados em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica e, posteriormente, apresenta-se um capítulo reservado à *Scoping Review* realizada no sentido de identificar quais são as intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado na criança/jovem com necessidades especiais de saúde.

1.1. Teoria do Déficit de Autocuidado (Orem, 1985)

A fundamentação da prática de cuidados requer dos Enfermeiros o reconhecimento da pertinência das teorias de Enfermagem, bem como a avaliação da sua congruência e a integração dos conceitos metaparadigmáticos (Fawcett, 1984), garantindo a prática profissional guiada e sustentada por referenciais teóricos sólidos e construtores da Enfermagem enquanto disciplina (Ribeiro, Martins, Trochin & Forte, 2018; Bender, 2018). Por norma, o Enfermeiro opta por se fundamentar teoricamente em conceções que melhor se adequem à realidade que experiencia, transferindo para o contexto de cuidados os pressupostos e conceitos da teoria que lhe conferir uma efetiva resposta à sua prática profissional (Ribeiro et. al, 2018).

A Teoria do Déficit de Autocuidado (Orem, 1985), de acordo com o nível de estrutura de conhecimento, é entendida como uma teoria de médio alcance de

Enfermagem e a sua pertinência está patente sobretudo no contributo que cede ao ensino e formação académica e profissional dos Enfermeiros, sobretudo por propiciar o desenvolvimento teórico e prático no sentido da melhoria da qualidade de cuidados (Fawcett, 2005; Rosa & Basto, 2009; Santos, Ramos & Fonseca, 2017). Trata-se de uma Teoria que orienta a prática e evidencia os efeitos e a importância das intervenções de Enfermagem (Rosa & Basto, 2009), sendo uma mais-valia para a criação, estruturação e consolidação do conhecimento próprio de Enfermagem, considerando toda a dinâmica de mudança e reajuste inerente à prática de cuidados (Santos, Ramos & Fonseca, 2017).

Não obstante a possibilidade de fundamentar o conhecimento e de enaltecer a intervenção de Enfermagem, a Teoria de Orem (1985) tem sido também bastante mobilizada na área da gestão, supervisão e administração em Enfermagem (Santos, Ramos & Fonseca, 2017).

Considerando que orienta os cuidados de Enfermagem para a pessoa, atribuindo valor à Enfermagem enquanto ciência *per si*, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (1985) integra-se no paradigma da integração (Rosa & Basto, 2009; Ribeiro et. al, 2018). Na ótica deste paradigma, o principal objetivo dos cuidados de Enfermagem é a manutenção da vida e da saúde, em todas as suas dimensões, seguindo uma abordagem holística da pessoa humana (Rosa & Basto, 2009).

Orem (1985), na conceção teórica, pretendeu dar resposta à pergunta “o que fazem os Enfermeiros?”, concretizando como objeto dos cuidados de Enfermagem a necessidade demonstrada pela pessoa e relativamente à qual o Enfermeiro é provedor de resposta e satisfação (Hartweg, 1991). É, portanto, considerada uma teórica cujo trabalho inicial se enquadra na escola das necessidades (Kérouac et. al, 1994), escola de pensamento marcada pelo cuidado centrado na satisfação das necessidades fundamentais da pessoa humana e na obtenção ou restauração da sua capacidade para o autocuidado, reconhecendo a Enfermagem enquanto profissão com conhecimento científico próprio (Fortin, 2006; Rosa & Basto, 2009; Petersen, Garcia, Boemer & Rocha, 2016).

Para Orem (1985), a pessoa é um indivíduo com capacidade para refletir sobre si e sobre o ambiente que o rodeia, para atribuir significado às experiências que vivencia e utilizar essas atribuições para pensar, comunicar, agilizar esforços e mobilizar recursos em prol de ações benéficas para si e para os outros. Orem reforça também que as pessoas

têm potencial para aprender e desenvolver-se, sendo a satisfação das suas necessidades de autocuidado resultado de um comportamento aprendido e treinado (Orem, 1985 citada por Foster & Bennet, 2000). Sempre que a pessoa, por múltiplas causalidades possíveis, não for capaz de apreender as medidas de autocuidado, então deverá existir uma pessoa que o faça por ela e que lhe proporcione autocuidado (Hartweg, 1991; Biggs, 2008).

Relativamente ao conceito de Saúde, a autora concorda com a definição da Organização Mundial da Saúde, reconhecendo que a saúde é um estado de bem-estar com vertente física, social e mental, porém acrescenta que a saúde deve ser baseada no cuidado preventivo, através da promoção e manutenção da saúde, do tratamento da doença e da prevenção de complicações futuras (Orem, 1985).

Os cuidados de enfermagem, na perspetiva de Orem, são definidos como um conjunto de conhecimentos e competências executados pelos enfermeiros com o objetivo de ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, sendo uma ação desenvolvida para o bem-estar dos outros (Orem, 1985; Hartweg, 1991). Compreendem a correta análise de necessidades, a tomada de decisão com base em julgamentos fundamentados cientificamente e a implementação de medidas que permitam estabelecer métodos de ajuda eficazes. Orem (1985) inclui também, na abordagem a este conceito, a relevante competência comunicacional e a capacidade de suporte emocional inerente à profissão e aos processos de intervenção para o autocuidado (Hartweg, 1991; Foster & Bennet, 2000).

Tendo por base o exposto relativamente ao conceito de cuidados de Enfermagem, para a teórica, o processo de Enfermagem consiste num conjunto sistematizado e sequencial de atividades previamente definidas, planeadas e implementadas de forma regular, dinâmica e contínua, que decorre em três etapas fundamentais: diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados (sistema de enfermagem e método de ajuda) e avaliação (controlo do sistema de enfermagem) (Foster & Bennet, 2000).

O conceito de autocuidado, introduzido na disciplina de Enfermagem por Dorothea Orem, surge pela necessidade de identificar qual a condição presente no indivíduo adulto para que requeira assistência de enfermagem. Na sua Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 1985), reconheceu que a incapacidade para manter a quantidade e qualidade do autocuidado necessário para a manutenção da vida e da saúde ou para a

recuperação e enfrentamento da doença é a condição que fundamenta a necessidade de cuidados de Enfermagem. Nos cuidados de enfermagem à criança e jovem, estabeleceu esta condição como a incapacidade de os pais ou responsáveis assegurarem continuamente a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico necessário aos seus filhos (Hartweg, 1991; Queirós, Vidinha & Almeida Filho, 2016).

A Teoria do Défice de Autocuidado (Orem, 1985) interrelaciona três teorias - Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem – e incorpora conceitos fundamentais para a sua compreensão: autocuidado, ação de autocuidado, necessidade terapêutica de autocuidado e requisitos de autocuidados (Hartweg, 1991).

O conceito de autocuidado compreende o desempenho de atividades executadas pelo próprio indivíduo, visando o seu bem-estar, a sua saúde e a manutenção da sua vida que, se corretamente realizadas, asseguram a funcionalidade do organismo, o desenvolvimento humano e a integridade estrutural (Orem, 1985; Hartweg, 1991).

A ação de autocuidado é definida pela teórica como a capacidade de o indivíduo se envolver no autocuidado e pode ser condicionada por alguns fatores básicos tais como a idade, o estágio de desenvolvimento, o estado de saúde, o ambiente sociocultural e familiar, os estilos de vida e os recursos sociais e de saúde disponíveis (Orem, 1985; Queirós, Vidinha & Almeida Filho, 2016).

Necessidade associada ao déficit de autocuidado entendem-se todas as ações de autocuidado que devem ser intencionalmente implementadas, durante um determinado período de tempo, por forma a responder às exigências de autocuidado específicas (visando o atingimento de um resultado) (Orem, 1985; Hartweg, 1991).

Orem definiu ainda o conceito de requisitos/exigências de autocuidado como as ações que são direcionadas à provisão de autocuidado, classificando-o em três categorias: requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde (Orem, 1985; Hartweg, 1991).

Os requisitos universais compreendem os inerentes a todos os seres humanos, ao longo do ciclo vital. São exemplos a manutenção de uma ingestão hídrica adequada ou a alternância adequada entre a atividade e o descanso (Orem, 1985; Hartweg, 1991).

Requisitos de desenvolvimento podem ser universais - associados à maturação decorrente dos processos de vida humana, como por exemplo as necessidades alimentares diferentes entre adultos e crianças - e situacionais - que se relacionam com eventos de vida que, de uma ou outra forma, implicam adaptação e prevenção de eventos adversos, como é o caso da morte de um membro da família, um casamento ou divórcio (Orem, 1985; Hartweg, 1991).

Os requisitos de desvio de saúde existem especificamente para pessoas doentes, ou com patologia que inclua deficiências ou incapacidades e que se encontram sob diagnóstico e tratamento médico (Orem, 1985; Orem, 1985 citada por Hartweg, 1991).

A intervenção de Enfermagem é exigida quando o indivíduo é incapaz ou está de alguma forma limitado na provisão do autocuidado de forma efetiva e continuada e, nesse sentido, baseia-se em cinco métodos de ajuda: substituir a pessoa no autocuidado; guiar e orientar a pessoa na execução do autocuidado; proporcionar suporte emocional e apoio físico; assegurar ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 1985; Hartweg, 1991; Foster & Bennet, 2000). No planeamento de cuidados, o Enfermeiro deverá utilizar cada método de ajuda individualmente ou combiná-los entre si, de acordo com os objetivos de intervenção e a evolução da pessoa cuidada. Se a pessoa não tem ainda capacidade para assegurar o autocuidado, então o Enfermeiro deverá substituí-la e gradualmente construir com a pessoa o caminho para a aquisição da capacidade para cuidar de si, diminuindo a sua intervenção à medida que a pessoa se vai tornando mais independente (Orem, 1985 citada por Hartweg, 1991; Biggs, 2008).

Segundo Orem (1985), existem cinco áreas essenciais de atividade para o exercício de Enfermagem, que se enumeram abaixo:

- Garantir relacionamento Enfermeiro-doente e família/grupo;
- Avaliar as necessidades de cuidados de Enfermagem;
- Considerar desejos e necessidades do doente, no planeamento dos cuidados de Enfermagem;
- Definir, implementar e monitorizar os métodos de ajuda mais adequados;
- Articular, sempre que necessário e em paralelo com os cuidados de Enfermagem, a assistência por parte de outros grupos profissionais ou recursos comunitários.

Os sistemas de Enfermagem identificados pela autora podem ser mobilizados com o doente em momentos diferentes dos cuidados de Enfermagem e classificam-se em sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 1985 citada por Hartweg, 1991).

No sistema totalmente compensatório, a pessoa é completamente incapaz de se envolver no autocuidado, sendo socialmente dependente de outros para continuar a sua vida e assegurar o seu bem-estar (Hartweg, 1991; Foster & Bennet, 2000). Neste sistema podem incluir-se os doentes em estado comatoso, com alterações neurológicas ou músculo-esqueléticas que impeçam a deambulação e ainda os doentes do foro mental. Focando na criança e jovem, pode constatar-se a mobilização do sistema totalmente compensatório, por exemplo, na criança com dor, relativamente à qual o enfermeiro terá de garantir medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor, bem como a sua avaliação frequente; na criança que requer medidas invasivas ou na criança com alteração do estado de consciência (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-Garcia & Hernández-Cantoral, 2013; Hemati, Shakerian, Shirani, Mosavias & Kiani, 2017).

O sistema parcialmente compensatório compreende uma parceria de cuidados entre o Enfermeiro e o doente, uma vez que ambos desempenham medidas de cuidados. A intervenção de Enfermagem direcionada aos doentes em situação pós-cirúrgica pode representar um exemplo deste sistema, considerando que o doente poderá não conseguir efetuar a sua higiene corporal total pelo estado pós-cirúrgico, contudo poderá ser capaz de realizar uma higiene corporal parcial (Hartweg, 1991; Foster & Bennet, 2000). No caso da intervenção direcionada a crianças e jovens, pode considerar-se que o enfermeiro mobiliza este sistema quando pratica a negociação de cuidados com a criança/jovem e sua família, planeando cuidados individualizados e com vista à promoção do autocuidado de acordo com a capacidade e vontade da criança/jovem e família (Salvador et. al, 2015).

Por último, o sistema de apoio-educação é o que compreende a pessoa como capaz de desempenhar o autocuidado ou com potencial para aprender a desempenhar o autocuidado, necessitando para isso da intervenção de suporte do Enfermeiro nomeadamente no que diz respeito a informação, educação e treino de capacidades (Foster & Bennet, 2000). Neste âmbito, o papel do Enfermeiro é de promoção do autocuidado, atuando como consultor ou orientador (Orem, 1985). Na criança e no jovem, este sistema concretiza-se nas intervenções de educação para a saúde e consequente

supervisão de autocuidado, relativamente às quais o enfermeiro assume o papel de formar e capacitar a criança, conferindo-lhe progressivamente maior independência na gestão do autocuidado, porém mantendo-se como seu suporte emocional e recurso de conhecimento (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-Garcia & Hernández-Cantoral, 2013; Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017; Hemati, Shakerian, Shirani, Mosavias & Kiani, 2017).

Sumariamente, a Teoria de Orem (1985) proporciona uma visão abrangente e holística sobre o processo de cuidar, considerando a pessoa como interveniente central e responsável na gestão da sua vivência de saúde-doença. Foca-se na promoção e manutenção da saúde, contemplando a saúde preventiva e a prevenção de complicações, reconhecendo ao Enfermeiro a competência para intervir em diferentes contextos de cuidados e sempre objetivando a capacitação do doente (Rosa & Basto, 2009). Considerando que toma como ponto de partida a identificação de uma necessidade de autocuidado que justifica a intervenção de Enfermagem, reforça positivamente a afirmação da Enfermagem enquanto disciplina com conhecimento próprio e capacidade de diagnóstico fundamentado do ponto de vista científico (Diógenes & Pagliuca, 2005). Valoriza o papel do Enfermeiro enquanto promotor do autocuidado, porém não se cingindo somente ao papel de substituição, enfatizando a sua intervenção na capacitação da pessoa para a gradual independência no autocuidado (Santos, Ramos & Fonseca, 2017).

A sua construção bem definida permite a aplicabilidade do referencial teórico em diferentes contextos de prática profissional, constituindo-se orientador para a tomada de decisão, o planeamento de cuidados e a redefinição de intervenções de acordo com a evolução do doente (Felix, Nóbrega, Fontes & Soares, 2009). Proporciona uma base teórica relevante para a prática de Enfermagem, adequando-se também a contextos de educação, investigação científica e gestão em saúde, pela sua abrangência, facilidade de compreensão e dinâmica de aplicação (Santos, Ramos & Fonseca, 2017).

Apesar de a Teoria do Défice de Autocuidado ter já demonstrado ser útil na orientação da prática profissional dos Enfermeiros, bem como na construção de currículos académicos e de formação profissional, alguns autores consideram que não lhe tem sido dado o destaque meritório, no que à investigação e prática profissional diz respeito (Santos, Ramos, Fonseca, 2017). Reconhecem que seria benéfico para os Enfermeiros não apenas mobilizar esta Teoria como orientador da prática de cuidados em diferentes

contextos, como sobretudo mobilizá-la enquanto referencial teórico em pesquisas, investigação e trabalhos científicos que empreendem, tendo em conta que o autocuidado é um “resultado sensível aos cuidados de enfermagem com tradução positiva na promoção da saúde e do bem-estar” (Santos, Ramos & Fonseca, 2017, pp. 52).

1.2. Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na criança/jovem com necessidades especiais de saúde: *Scoping Review*

O Enfermeiro Especialista pauta a sua atuação na filosofia de cuidados da Enfermagem pediátrica, incidindo em cuidados atraumáticos, centrados na família e numa perspetiva de parceria de cuidados, com particular enfoque no estabelecimento de processos comunicacionais efetivos com a criança/jovem e família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Considera-se criança “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, pp. 12). Considerando os cuidados centrados na família, a criança/jovem é entendida como parte integrante de um contexto familiar próprio e a família é compreendida como fator condicionante da sua vivência dos processos saúde-doença, reconhecendo-se os seus esforços para responder às necessidades da criança, em qualquer das suas vertentes (Mendes, 2012).

A parceria de cuidados, inerente aos cuidados centrados na família, subentende a negociação com a família e a sua capacitação enquanto prestador de cuidados, todavia não afastando a criança/jovem de todo este processo de cuidados, pelo que se pretende que seja incluída nas tomadas de decisão de acordo com o seu desenvolvimento e compreensão, seja adequadamente capacitada e o seu autocuidado promovido (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Como referido no capítulo anterior, Orem (1985) defende que a necessidade de cuidados de Enfermagem surge quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar, considerando que as limitações de saúde podem fazer com que a pessoa se torne incapaz para o autocuidado, de forma total ou parcial. No caso das crianças/jovens, a autora considera que os cuidados de Enfermagem são

necessários também perante a incapacidade de os pais/responsáveis responderem às necessidades de autocuidado da criança (Orem, 1985; Hartweg, 1991).

A criança/jovem com necessidades especiais de saúde tem, ou corre o risco de desenvolver, um conjunto de condições que requer um elevado grau de dependência de cuidados de saúde, sendo esses cuidados de maior complexidade em comparação com os cuidados expectáveis para as crianças sem necessidades especiais de saúde (Silveira & Neves, 2011; Marcu, Knapp, Brown, Madden & Wang, 2016). As crianças com necessidades especiais de saúde exigem, portanto, cuidados especiais de saúde, temporários ou permanentes, muitas vezes requerendo cuidados complexos que envolvem tecnologia de salvaguarda da sobrevivência (Silveira & Neves, 2011).

O diagnóstico de uma situação de criança/jovem com necessidades especiais de saúde acarreta para a criança/jovem um conjunto de novas necessidades e requer da família uma adaptação face à situação de saúde da criança (Neves & Cabral, 2009; Alves, Amendoeira & Charepe, 2017). Não se podendo separar criança e família, a intervenção para o autocuidado foca-se não somente na capacitação da criança para se autocuidar (de acordo com a sua capacidade, motivação e estadió de desenvolvimento) como também na capacitação da família para que consiga responder às necessidades de autocuidado da criança que se constituem, nesta situação, desafiadoras (Neves & Cabral, 2009).

Cuidar da criança/jovem com necessidades especiais de saúde e família com vista à eficácia do seu autocuidado requer dos profissionais de saúde, e dos Enfermeiros em particular, conhecimento e preparação para proporcionar os melhores cuidados de acordo com a situação que gera a necessidade especial de saúde (Neves & Cabral, 2009). Desta forma, considerou-se relevante aprofundar conhecimentos neste âmbito, que permitam concretizar na prática a abordagem à criança com necessidades especiais de saúde, contemplando sobretudo as intervenções autónomas de Enfermagem.

Mediante o exposto definem-se como conceitos principais a esta revisão, os seguintes:

Criança/jovem com necessidades especiais de saúde – criança/jovem que apresenta uma condição crónica, temporária ou permanente, com repercussões a nível físico, do seu desenvolvimento, comportamental ou emocional, que acarretam a necessidade de recorrer a cuidados de saúde mais frequentemente ou a cuidados mais

complexos face às crianças com desenvolvimento normal da mesma idade (Zamberlan et. al, 2013).

Autocuidado (intervenções de enfermagem) – compreende a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa para seu próprio benefício, com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. A intervenção de Enfermagem torna-se necessária sempre que as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar, sendo que, no caso das crianças, o conceito inclui a incapacidade dos pais/responsáveis responderem às necessidades de autocuidado da criança (Orem, 1985).

Enfermagem pediátrica – área da Enfermagem que intervém na criança/jovem e família, visando antecipar-se às situações de emergência, avaliar a criança e família de acordo com as suas necessidades, tendo em conta a sua adaptação a alterações que decorram na sua dinâmica familiar ou estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Por forma a responder à questão “Quais as intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde?”, desenvolveu-se uma *Scoping Review* segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute* (2014). Sendo o objetivo identificar as intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde, definiram-se como participantes crianças entre os 0 e os 18 anos com necessidades especiais de saúde, como conceito autocuidado e no contexto de Enfermagem Pediátrica.

Método

A prática baseada na evidência tem vindo a ser cada vez mais uma preocupação dos profissionais de saúde e dos Enfermeiros em particular. Tem como pressuposto o exercício de práticas suportadas na evidência mais recente disponível com vista à tomada de decisão fundamentada relativamente aos cuidados prestados, constituindo o mote para a melhoria da qualidade de cuidados (Pearson, Wiechula, Court & Lockwood, 2010).

Decidiu-se pela metodologia de *Scoping Review* por permitir esclarecer definições e limites conceptuais, sendo particularmente pertinente em temáticas complexas. Evidencia-se a utilidade desta metodologia para resumir a evidência científica existente e identificar lacunas ou efetuar recomendações para pesquisas futuras (Peters et. al, 2015). Tendo em consideração que o autocuidado constitui uma área sensível aos cuidados de Enfermagem, relativamente à qual o Enfermeiro planeia intervenções autónomas, bem

como à complexidade da criança/família com necessidades especiais de saúde enquanto centro do cuidado de Enfermagem Pediátrica, a metodologia de *Scoping Review* permite mapear as intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado da criança com necessidades especiais em contexto de Enfermagem Pediátrica. Permite, igualmente, determinar a relevância de empreender mais estudos de revisão da literatura relativamente à temática (Peters et. al, 2015).

Com base na estratégia População (P), Conceito (C) e Contexto (C), incluíram-se nesta *Scoping Review* estudos com crianças entre os 0 e os 18 anos com critério de necessidades especiais de saúde (P); que abordem a temática do autocuidado (C) e que decorram no âmbito da Enfermagem Pediátrica (C). Excluíram-se todos os artigos que contemplassem indivíduos com mais de 18 anos, que não tratassem a temática do autocuidado da criança e que não incidissem sobre Enfermagem Pediátrica. Relativamente ao tipo de estudos incluídos consideraram-se todos os estudos científicos independentemente da sua metodologia e desenho de estudo, tendo-se excluído todos os artigos referentes a atas de conferência, artigos de opinião e reflexão e notas de editores. Foram incluídos estudos disponíveis em texto integral, em português, inglês e espanhol e datados entre 2013 e 2018 (até 11 de Junho de 2018) por representarem a evidência científica mais recente sobre a temática em estudo.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa efetivou-se em três etapas. A primeira etapa consistiu numa pesquisa inicial nas bases de dados sciELO, CINAHL (via EBSCO) e MEDLINE (via ESCBO) objetivando-se identificar nos títulos, resumos e termos de índice dos artigos quais as palavras de texto relevantes para o estudo da temática. A segunda etapa foi efetuada após definição das palavras-chave, tendo-se realizado pesquisa nas três bases de dados utilizadas na etapa anterior através dos descritores *pediatric nursing* e *self-care*, com recurso ao operador booleano *AND* entre os dois descritores.

A relevância dos estudos selecionados para revisão foi analisada com base no título e resumo, por dois revisores independentes. A ocorrência de dúvidas relativamente à relevância do estudo foi resolvida através de análise do seu texto integral. O texto completo foi analisado para os estudos correspondentes aos critérios de inclusão estabelecidos, por dois revisores independentes. As situações de discordância entre revisores foram resolvidas por via de discussão e de análise por um terceiro revisor.

Extração de dados

A extração dos dados foi efetuada por dois revisores independentes, com recurso ao instrumento criado pelos investigadores em concordância com o objetivo e questão de revisão (Apêndice I). Não se registou qualquer desacordo entre os revisores, não tendo sido necessário recorrer a um terceiro revisor.

Apresentação de Resultados

Após a pesquisa, identificaram-se 31 artigos potencialmente relevantes para o estudo da temática. Foram excluídos 3 artigos, por se encontrarem em duplicado. Dos 28 artigos resultantes, foram excluídos 5 devido à sua tipologia de artigo e 13 após análise de título e resumo. Obteve-se uma amostra de 10 artigos para análise do seu texto integral, tendo-se excluído 5 artigos por não responderem à questão de revisão. Consideraram-se para amostra final 5 artigos (3 CINAHL, 2 sciELO). Na Figura 1 esquematiza-se o processo de seleção dos estudos.

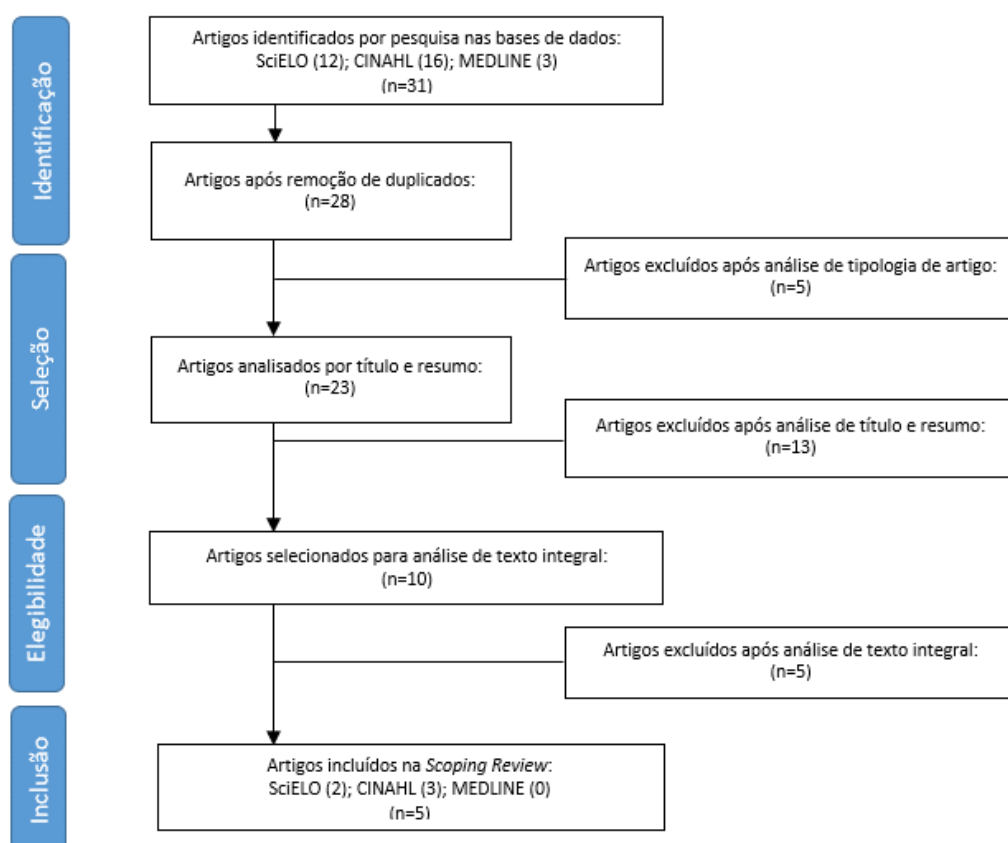


Figura 1. Fluxograma PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group, 2009), referente ao processo de seleção de artigos.

No Quadro 1 encontra-se a identificação dos artigos com base no país de origem, objetivo e tipo de revisão ou desenho de estudo. Relativamente ao país a que se reportam os artigos, 4 são do Brasil e 1 do México. Os resultados de cada artigo referentes à questão de revisão encontram-se sistematizados no Quadro 2.

Quadro 1. Estudos incluídos, quanto ao tipo de revisão, desenho de estudo e objetivo (adaptado de *The Joanna Briggs Institute*, 2014).

Estudo	País	Objetivo	Método
The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. (Sampaio Filho et. al, 2013)	Brasil	Descrever a relação de adolescentes que convivem com o HIV e as suas práticas de autocuidado.	Qualitativo - estudo descritivo
Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas. (Salvador et. al, 2015)	Brasil	Conhecer as estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas.	Qualitativo – pesquisa descritiva e exploratória
Estudio de caso de una preescolar com déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta. (Rodiguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013)	México	Aplicar o modelo teórico de Dorothea Orem com fundamento teórico para a aplicação do processo de Enfermagem a uma doente com diagnóstico clínico de osteogénesese imperfeita.	Qualitativo
Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/AIDS. (Poletto & Motta, 2015)	Brasil	Conhecer, para a criança com HIV/AIDS, cuidados e ações de educação em saúde que podem ser desenvolvidos na sala de espera.	Qualitativo – pesquisa descritiva e exploratória
Benefícios da participação em um acampamento no autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes: percepção das mães. (Venancio, Banca & Ribeiro, 2017)	Brasil	Compreender a percepção das mães a respeito dos benefícios na rotina de seus filhos em relação ao autocuidado, após estes participarem de um acampamento de férias ara jovens com diabetes.	Qualitativo – estudo descritivo

Da análise do Quadro 1 acima apresentado, verifica-se que em todos os estudos incluídos para revisão foi mobilizado o método qualitativo. O método qualitativo representa uma forma de recolha e análise de dados considerando a sua dimensão subjetiva, desenvolvido com o objetivo de explorar, compreender e descrever os fenómenos sociais e individuais na sua total complexidade e numa relação de interação próxima com o contexto em que decorrem (Alves da Silva, 2013).

Considerando que o autocuidado é um conceito que se reveste de um conjunto de significados, experiências prévias e fatores condicionantes, tratando-se, portanto, de um fenómeno de grande complexidade e subjetividade, o método qualitativo afigura-se de pertinente aplicação em comparação com o método quantitativo (Alves da Silva, 2013). Segundo Alves da Silva (2013), através do método qualitativo torna-se possível a compreensão ampla e abrangente dos fenómenos no seu contexto real de desenvolvimento, o que, no caso do estudo do autocuidado, representa uma mais-valia para a compreensão da forma como a pessoa experiencia as diferentes dimensões que influenciam o autocuidado (e geram o défice de autocuidado) em cada situação específica de saúde, tendo em conta igualmente os mecanismos que condicionam a capacidade da pessoa para o autocuidado e os recursos de que dispõe para o potenciar.

Os resultados de cada artigo analisado e incluído na revisão, encontram-se sistematizados no Quadro 2.

Quadro 2. Análise dos artigos relativamente às intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde.

Estudo	Resultados
<p>The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. (Sampaio Filho et. al, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensões do autocuidado: adesão à terapêutica, utilização de preservativo durante as relações sexuais, sensação de controlo sobre o seu corpo, adequada nutrição, condições de habitabilidade, procura ativa por espaços de compreensão, preservação da sua autoimagem seu valor como ser humano. - Fatores influenciadores do autocuidado: presença da família, apoio de profissionais de saúde, experiências prévias, motivação, meios de comunicação, espiritualidade, preconceito, autoaceitação e adaptação ao novo estilo de vida. - Enfermeiro prepara para as práticas de autocuidado, atuando como suporte emocional e fonte de informação e conhecimento sobre a doença. - Intervenções de Enfermagem para o autocuidado melhoram a qualidade de vida, devendo incluir o adolescente e as pessoas que convivem com ele. Centradas nos processos de instrução e capacitação, para promover o desenvolvimento de habilidades, reforçar autoconfiança do adolescente/família e a adoção de práticas de autocuidado. Considerar crenças, valores e espiritualidade (fator motivação), bem como as dimensões de autocuidado e os fatores que o influenciam (ajudar o adolescente a enfrentar os seus medos).
<p>Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas. (Salvador et. al, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A intervenção de Enfermagem tem em vista a redução do impacto das necessidades de autocuidado e melhorar o funcionamento da família, assim melhorando a qualidade de vida da criança e família. Inclui estratégias de apoio emocional e de informação/educação. Implica o estabelecimento de parceria com a família e a criação de espaços de escuta e construção partilhada do cuidado à criança. Implica planeamento com base nas estratégias da família para o cuidado da criança, fornecendo informações, auxílio instrumental e estratégias de apoio e suporte para que a família exerça o seu papel de cuidadora. Privilegia-se a intervenção no domicílio. - Educar e capacitar a família para a prevenção de complicações da doença, planeando o cuidado à criança. - Avaliar a criança e a dinâmica familiar (distinguir necessidades, identificar necessidades individuais e coletivas), recorrendo à comunicação e informação como instrumentos terapêuticos.

<p>Estudio de caso de una preescolar com déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta. (Rodiguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013)</p>	<p>- Intervencões de Enfermagem para o autocuidado identificadas face à situação da criança: detetar sinais e sintomas de dor e aplicar escala de avaliação da dor, avaliação através de métodos comportamentais, fisiológicos e psicológicos, gestão das experiências dolorosas através de meios físicos (massagem ou imobilização), técnicas comportamentais e psicológicas (relaxamento e distração) e terapêutica farmacológica.</p>
<p>Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/AIDS. (Poletto & Motta, 2015)</p>	<p>- Cuidado centrado na educação em saúde, uso do brinquedo e estímulo à participação da criança no seu autocuidado. - Identificar através de escuta ativa e interação com a criança o seu entendimento da doença, atender às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, abordar com a criança os temas alusivos ao autocuidado associados à doença crónica, - Enfermeiro, pela formação e competência, pode desenvolver educação para a saúde na sala de espera (dinâmicas de grupo entre crianças com situações semelhantes).</p>
<p>Benefícios da participação em um acampamento no autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes: percepção das mães. (Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017)</p>	<p>- A educação em saúde é função do Enfermeiro que intervêm com crianças com doença crónica, promovendo a adesão ao plano terapêutico e o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. Deve considerar crenças, valores e motivações. - Os acampamentos educativos são identificados como estratégia a utilizar pelos Enfermeiros para a promoção do autocuidado, porque permitem que a criança consolide conhecimentos específicos para doença, treine o seu autocuidado sob orientação e posterior supervisão com vista à autonomia, partilhar experiências e sentimentos com os seus pares, enfrentar e ultrapassar medos, mudar comportamentos e fortalecer a autoestima. Permitem uma melhor avaliação da criança por parte do Enfermeiro e a inclusão da família e pares na promoção do autocuidado. Importa recorrer a atividades lúdicas e de brincar terapêutico, centrando-se nas atividades de autocuidado da criança diabética (insulinoterapia, nutrição, gestão de hipoglicemias e hiperglicemias). - O acampamento não pode ser intervenção isolada, implica um acompanhamento posterior, para que as aprendizagens e a competência para o autocuidado se mantenham na rotina diária da criança. O Enfermeiro deve dar continuidade à intervenção.</p>

Na sequência da análise do Quadro 2, destaca-se, primeiramente, o reconhecimento da intervenção de Enfermagem, no âmbito da promoção do autocuidado, como potenciadora da qualidade de vida das crianças e jovens com necessidades especiais de saúde (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015). Relativamente à operacionalização das intervenções do Enfermeiro, os artigos referem como etapa fundamental a avaliação da criança/jovem e família na sua individualidade e complexidade através da identificação de necessidades referentes ao autocuidado (Poletto & Motta, 2015; Salvador et. al, 2015; Sampaio Filho et. al, 2013).

A abordagem à criança com necessidades especiais de saúde e família, de acordo com os artigos analisados, deve incidir em educação para a saúde através de momentos de ensino, da dinamização de atividades em grupo (Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017), e da realização de atividades fora do contexto tradicional de intervenção (Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017; Poletto & Motta, 2015); em estratégias de instrução e treino de capacidades da criança/jovem e da família para fazer face aos desafios inerentes à sua situação de saúde e gerir o seu quotidiano (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-Garcia & Hernández-Cantoral, 2013) e, como intervenção transversal e implícita na relação terapêutica, o suporte emocional à criança/jovem e família em todos os momentos (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015).

Interpretação de Resultados

Todos os estudos enfatizaram a relevância do Enfermeiro enquanto profissional competente e qualificado para intervir junto das crianças/jovens e famílias que enfrentam situações complexas de saúde, das quais resultam necessidades especiais de saúde.

Sublinha-se o estudo de Sampaio Filho et. al (2013) que afirma o facto de os adolescentes com HIV se referirem com maior frequência os médicos como o profissional de referência para o autocuidado, e alerta para a importância de refletir sobre qual tem sido a intervenção dos Enfermeiros neste âmbito. Reforça que o Enfermeiro, através da relação terapêutica que estabelece com a criança e/ou jovem, é o profissional de saúde mais indicado para conduzir estratégias de promoção da saúde e práticas educacionais de mudança de comportamentos, bem como assegurar suporte emocional (Sampaio Filho et. al, 2013).

Os estudos incluídos consideram que a intervenção de Enfermagem visa a redução do impacto das necessidades de autocuidado, melhorar a qualidade de vida da criança e melhorar o funcionamento familiar (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015). Para que sejam eficazes, importa que incluam a criança/jovem e sua família, bem como todas as pessoas significativas para a criança/jovem (Sampaio Filho et. al, 2013).

O planeamento de intervenções deve considerar as crenças e os valores da criança/jovem, as suas experiências prévias, a sua motivação para o autocuidado, a espiritualidade e as dimensões do autocuidado específicas face à situação (Sampaio Filho et al, 2013; Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017). Sendo que os cuidados em Enfermagem Pediátrica têm como filosofia a parceria de cuidados, importa que se tenham em conta as dinâmicas familiares e as estratégias da família para o autocuidado à criança, numa lógica de construção partilhada do cuidado (Salvador et. al, 2015).

Pode-se sistematizar a intervenção de Enfermagem em quatro grandes áreas: avaliação da criança/família, educação para a saúde, instrução e suporte emocional.

- **Avaliação da criança e família:** identificar necessidades da criança/jovem e família, identificar necessidades de autocuidado individuais e familiares (Salvador et. al, 2015; Poletto & Motta, 2015), avaliar o grau de entendimento que a criança/jovem tem sobre a sua situação de saúde (Poletto & Motta, 2015), identificar a capacidade da família para o autocuidado (Salvador et. al, 2015) e avaliar a dinâmica familiar (Salvador et. al, 2015). A avaliação deverá ser feita ao longo de todo o processo de cuidar e não apenas na avaliação inicial da criança/jovem e família, considerando que as famílias são dinâmicas e que as suas condições não são as mesmas durante todo o processo de cuidado (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013), sendo que as crianças/jovens passam por várias fases na aceitação da doença, o que pode comprometer o autocuidado (Sampaio Filho et. al, 2013). Neste âmbito, o Enfermeiro é referido como agente principal para a referenciação e encaminhamento da criança/jovem e família para a assistência de outros grupos profissionais ou recursos comunitários, sempre que se justifique (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013).

- **Educação para a saúde:** educar a criança/jovem e família para a prevenção de complicações (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015), informar sobre as opções de tratamento (Sampaio Filho et. al, 2013) e informar sobre as estratégias específicas de

gestão da doença (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015). A educação para a saúde é a função principal do Enfermeiro sendo a que mais promove a adesão ao plano terapêutico e o desenvolvimento do autocuidado (Venancio et. al, 2017).

- **Instrução:** instruir e treinar o autocuidado da criança/jovem, treinar tendo em conta a progressiva autonomia da criança/jovem, demonstrar técnicas de autocuidado quando a criança/jovem ou a família não são capazes de o desempenhar, instruir e conseqüentemente treinar habilidades para o autocuidado, fornecer auxílio instrumental, orientar o desempenho do autocuidado e posteriormente supervisionar o autocuidado desempenhado pela criança/jovem e/ou família de forma autónoma (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015; Venancio et. al, 2017). Os processos de instrução, treino e capacitação permitem o desenvolvimento de habilidades, o reforço da autoconfiança e a adoção de práticas eficazes de autocuidado (Sampaio Filho et. al, 2013; Venancio et. al, 2017).

- **Suporte emocional:** criar espaços de escuta e compreensão, proporcionar apoio emocional (Salvador et. al, 2015), ajudar a criança/jovem a ultrapassar os seus medos (Sampaio Filho et. al, 2013), proporcionar momentos de partilha de sentimentos e experiências entre pares (Venancio et. al, 2017), considerar a espiritualidade promovendo momentos em que a mesma se possa expressar (Sampaio Filho et. al, 2013; Venancio et. al, 2017) e motivar a criança/jovem e família para o autocuidado (Sampaio Filho et. al, 2013; Poletto & Motta, 2015; Venancio et. al, 2017). O Enfermeiro foi identificado como sendo o profissional de saúde com melhor capacidade para estabelecer relação de confiança com a família, numa lógica de parceria de cuidados.

Não obstante, também se consideram intervenções promotoras do autocuidado aquelas que representam a gestão efetiva por parte do Enfermeiro das necessidades de saúde da criança como a administração de terapêutica farmacológica (Sampaio Filho et. al, 2013; Rodríguez-Sandoval et. al, 2013), a avaliação e controlo da dor (Rodríguez-Sandoval et. al, 2013) e o controlo de intercorrências (Venancio et. al, 2017), especialmente durante o período de agudização da situação clínica da criança/jovem.

Enquanto instrumentos de intervenção para a promoção do autocuidado, a pesquisa efetuada evidenciou o recurso a tecnologias de comunicação como benéfico,

especialmente para adolescentes (Sampaio Filho et. al, 2013), e a utilização do brinquedo terapêutico (Poletto & Mota, 2015; Venancio et. al, 2017).

No que diz respeito ao contexto da intervenção, o estudo de Salvador et. al (2015) enfatizou que, em situação de doença crônica, o domicílio é o melhor local para promover o autocuidado da criança/jovem e família porque permite transpor as aprendizagens diretamente para as condições e rotinas de vida da criança. Por outro lado, Venancio, et. al (2017), reforçam a importância de a educação para a saúde sair “fora das portas” das instituições de saúde, sugerindo que os Enfermeiros integrem equipas que dinamizam acampamentos educacionais e terapêuticos, considerando que estas atividades permitem à criança uma maior interação com os seus pares e promovem com grande benefício a mudança de comportamentos. O estudo de Poletto & Motta (2015) mantém a intervenção nas instituições de saúde, mas alerta para a necessidade de criatividade, dando como exemplo a dinamização de educação para a saúde em contexto de sala de espera, onde a intervenção pode chegar a mais crianças/jovens, proporcionando igualmente a partilha de experiências e a realização de dinâmicas de grupo.

O Enfermeiro prepara a criança/jovem e família para o autocuidado, intervindo enquanto fonte de informação, auxiliador do treino de competências e suporte emocional (Sampaio Filho et. al, 2013). A intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado visa melhorar a vida das crianças/jovens e famílias, promover a sua autonomia para a gestão da doença, facilitar as relações familiares face ao desafio que enfrentam, promover a saúde e a prevenção de complicações, numa perspetiva de parceria de cuidados com a criança/jovem e família (Salvador et. al, 2015). Para que a intervenção seja eficaz, o Enfermeiro avalia regularmente a criança/jovem e família, no que diz respeito às suas necessidades de autocuidado (Sampaio Filho et. al, 2013).

Apesar de não se pretender avaliar a mobilização da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem (1985), realça-se o facto de dois dos estudos terem destacado a teoria como conducente a uma melhor e mais cuidada abordagem à criança/jovem e família. O estudo de Rodriguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral (2013) refere que a mobilização do referencial teórico de Orem, confere ao Enfermeiro Especialista a possibilidade de abordar as situações de saúde das crianças muito para além da fisiopatologia, contemplando a capacidade de prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar as crianças e famílias numa visão holística de cuidar. Também para Sampaio Filho et. al

(2013) este referencial teórico assume grande importância, dado que permite identificar as vivências dos adolescentes face à sua situação e confirmar a pertinência da intervenção de Enfermagem de acordo com as necessidades de autocuidado específicas.

Limitações

Tendo em conta que foram selecionados 5 estudos e nenhum dos quais de origem portuguesa, importa identificar esta limitação enquanto oportunidade de desenvolver investigação que reflita o trabalho dos Enfermeiros portugueses e a realidade de autocuidado das crianças com necessidades especiais de saúde portuguesas. Considera-se pertinente continuar a empreender estudos sobre a promoção do autocuidado aplicado a situações concretas de doença crónica, contudo desenvolver também estudos que abordem as necessidades especiais de saúde enquanto condição, dado que a doença crónica é apenas uma das situações que se enquadram no conceito.

Considera-se, dada a amostra final de artigos a incluir na revisão, que poderia ser benéfico ampliar o acesso a um maior número de bases de dados científicas em investigações futuras, por forma a mapear de forma mais abrangente e significativa a evidência científica atual.

Conclusão

Para cumprimento do objetivo estabelecido para esta *Scoping Review*, foram analisados integralmente 5 estudos. Genericamente, todos os estudos reforçaram a educação em saúde como a principal intervenção do Enfermeiro na promoção do autocuidado da criança/jovem com doença crónica. Enfatizaram ainda que o Enfermeiro precisa encontrar outras formas de efetivar a educação para a saúde quando o público-alvo são crianças e adolescentes. Para tal, poderá ser benéfico integrar a comunicação por via das redes sociais e instrumentos eletrónicos, implementar atividades fora do contexto de cuidados em instituições de saúde (como por exemplo os acampamentos educacionais e terapêuticos) e ser criativo na adoção de estratégias, como recorrer a dinâmicas de grupo onde a criança pode interagir e aprender também com os seus pares.

A avaliação da criança e família corresponde a uma intervenção de Enfermagem relevante, dado que é através de uma avaliação sistematizada e completa que o Enfermeiro acede às reais necessidades e necessidades de autocuidado da criança e ao seu contexto familiar, no que diz respeito também às competências parentais para responder

às necessidades específicas da criança. Os cuidados de Enfermagem neste âmbito devem corresponder a uma abordagem centrada na criança e família e na parceira de cuidados.

Enquanto intervenção transversal a qualquer etapa deste processo, o suporte emocional constitui um importante pilar não só na manutenção de uma relação empática e terapêutica, bem como na motivação da criança/jovem e família para continuar a progredir no sentido da construção e consolidação do autocuidado. Também neste âmbito, o Enfermeiro tem competência para apoiar a criança/jovem e família no enfrentamento de receios, medos e dificuldades.

Identificaram-se intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado específicas para doenças como Diabetes, infeção por HIV/SIDA e Osteogénese Imperfeita. Considera-se pertinente desenvolver estudos para outras situações e patologias, importando compreender as necessidades especiais de saúde enquanto conceito *per si* e não somente associado a doença crónica. Para investigação futura, seria interessante desenvolver estudos considerando a realidade portuguesa e os projetos portugueses em vigor dinamizados por Enfermeiros ou considerando Enfermeiros na sua equipa multidisciplinar.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo tem como objetivo descrever e analisar crítico-reflexivamente todo o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências decorrido em contexto de estágio, nas diferentes vertentes de prestação de cuidados. Inicialmente reserva uma breve abordagem sobre a importância da análise reflexiva nos contextos e prática de cuidados de Enfermagem e enquanto ferramenta crucial para a aprendizagem e desenvolvimento de competências do Enfermeiro, do ponto de vista profissional e formativo. Seguidamente apresentam-se os diferentes contextos de estágio, organizados cronologicamente e brevemente descritos quanto à sua caracterização. Para cada estágio abordam-se os respetivos objetivos estabelecidos e as atividades desenvolvidas que procuraram dar-lhes resposta. Pretende-se, através da análise de cada contexto, enaltecer o contributo de cada experiência para o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista e enquanto Mestre.

A prática reflexiva trata-se de um ciclo de aprendizagem contínua, que se baseia na reflexão de ações, relações, sentimentos e questionamentos inerentes a uma situação de prática real (Netto et. al, 2018; Pereira-Mendes, 2016). Tem como objetivo o autodesenvolvimento e a evolução da pessoa enquanto ser consciente de si, dos outros e da influência que tem no mundo que a rodeia (Benner, 2001; Netto et. al, 2018; Pereira-Mendes, 2016). É um processo dinâmico que pode ser implementado de forma individual ou em grupo e tem vindo a ser uma estratégia cada vez mais utilizada nas áreas das Ciências Sociais e da Saúde como via para a capacitação dos estudantes para refletirem as suas práticas e construírem a sua identidade profissional (Netto et. al, 2018; Pereira-Mendes, 2016).

Os processos reflexivos incluídos nas diferentes etapas de formação profissional e académica do Enfermeiro permitem a produção de conhecimento através de um método

específico de trabalho, baseado nas aprendizagens intrínsecas que geram desenvolvimento profissional e pessoal (Netto et. al, 2018). A prática reflexiva integrada no contexto formativo proporciona ao Enfermeiro estudante a possibilidade de refletir na ação e sobre a ação, privilegiando que possa aprender, reconhecer e adquirir competências específicas, atribuir significado às suas experiências, implementar mudanças na sua prática profissional e reforçar a sua identidade numa perspetiva evolutiva e de autoconfiança (Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira-Mendes, 2016).

A prática em contexto clínico gera novas questões, problemas e confrontos que se tornam pilares fundamentais na construção do saber-fazer teórico, prático e científico e, em simultâneo, estimulam as capacidades de criatividade e inovação (Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira-Mendes, 2016). A necessidade de consolidar, mobilizar e transferir a teoria para a prática em situações reais de prática de cuidados, capacita o Enfermeiro para a tomada de decisão, especialmente em contextos de cuidados complexos e desafiadores, e enquadra-se numa lógica de aprendizagem ao longo da vida (Pereira-Mendes, 2016).

Benner (2001) defende que o exercício reflexivo é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e competência profissional, uma vez que permite ao Enfermeiro a análise abrangente das situações (e preocupações que despertam), a identificação de competências do âmbito comunicacional e relacional, bem como a responsabilização pelo desenvolvimento da sua prática e conhecimento clínico.

Genericamente, o exercício reflexivo, através da atribuição de significados que encontra nas experiências vividas, gera inquietações e desperta para novas hipóteses de intervenção, desafiando a Enfermagem enquanto disciplina a responder efetivamente às necessidades da pessoa cuidada (Pereira-Mendes, 2016). Pode, portanto, ser ponto de partida para a partilha, construção e consolidação da Enfermagem enquanto disciplina com conhecimento e competência sustentados na prática de cuidados (Pereira-Mendes, 2016). Reconhece-se, desta forma, a importância de refletir o percurso de aprendizagem desenvolvido.

O estágio foi efetuado em cinco contextos: Cuidados de Saúde Primários, na valência de Unidade de Cuidados na Comunidade; Cuidados Hospitalares, nas valências de Urgência Pediátrica, Internamento de Neonatologia e Internamento de Pediatria. Foi ainda desenvolvido um estágio de observação numa Instituição Particular de

Solidariedade Social, contemplando a experiência de cuidados em regime de ambulatório à criança/jovem com doença crónica.

Para cada contexto de estágio definiram-se objetivos específicos e atividades a desenvolver, de acordo com a metodologia de projeto (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010). A metodologia de projeto fundamenta e estabelece as ações a desenvolver num determinado contexto, em que moldes e de acordo com o cronograma previsto, permitindo planear antecipadamente os procedimentos a desenvolver, porém, contemplando a dinâmica inerente à sua implementação e os ajustes necessários a efetuar no decurso das atividades (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010).

Transversalmente a todos os momentos de estágio, foram desenvolvidas competências de Mestre, nomeadamente a competência de aprofundamento e mobilização do conhecimento a partir da análise da evidência científica, numa lógica de compreensão mais abrangente e aprofundada dos fenómenos vivenciados pela criança/jovem e família. Também foi desenvolvida produção técnica que fundamenta a prática profissional, bem como produção científica, concretizada na elaboração de duas *Scoping Reviews* e sua posterior divulgação através de póster científico (Apêndice II e III).

Tendo em vista o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista e considerando a temática de interesse em estudo, definiram-se como objetivos gerais transversais aos contextos de estágio:

- 1. Desenvolver competências de prestação de cuidados de Enfermagem especializada à criança/jovem e família, em situações de especial complexidade;**
- 2. Desenvolver competências no âmbito da promoção do autocuidado na criança/jovem com necessidades especiais de saúde e sua família.**

2.1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O estágio de Cuidados de Saúde Primários foi efetuado numa Unidade de Cuidados na Comunidade, da região de Lisboa e Vale do Tejo. Às Unidades de Cuidados na Comunidade compete a prestação de cuidados de saúde em contexto comunitário e domiciliário em particular aos grupos mais vulneráveis, em situação de risco,

dependência ou doença que implique acompanhamento próximo e regular e, ainda, a atuação no âmbito da educação para a saúde (Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

A definição do objetivo e atividades a desenvolver teve por base uma entrevista semiestruturada com a Enfermeira orientadora contemplando a revisão de literatura previamente efetuada, visando encontrar pontes de ligação entre a promoção do autocuidado e a intervenção do Enfermeiro Especialista numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Definiu-se como objetivo específico, **Adquirir competências especializadas de assistência à criança/jovem e família no âmbito de atuação da Unidade de Cuidados na Comunidade**, tendo-se estabelecido três áreas de atuação: Equipa de Intervenção Precoce na Infância, Curso de Massagem Infantil e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. As áreas de atuação foram definidas por se considerarem como contextos de cuidados onde a criança/jovem está em maior risco de requerer necessidades especiais de saúde, sendo que o Curso de Massagem Infantil surgiu como uma oportunidade de intervenção junto dos pais da criança até ao primeiro ano de idade nomeadamente no âmbito da educação para a saúde e promoção de competências para o cuidado à criança.

A Equipa de Intervenção Precoce, da qual o Enfermeiro Especialista é parte integrante, tem como objetivo proporcionar apoio integrado e centrado à criança/família, através de ações preventivas no âmbito da educação, saúde e ação social por forma a assegurar condições promotoras do desenvolvimento da criança em situação de deficiência e/ou risco de alteração grave no desenvolvimento; reforçar competências e capacitar as famílias para a autonomização (Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro).

Neste âmbito, foi desenvolvido um conjunto de atividades que permitiu compreender de que forma se operacionalizam as Equipas de Intervenção Precoce na assistência à criança em contexto comunitário. O acompanhamento das reuniões multidisciplinares da equipa, foi fundamental para identificar a intervenção específica de todos os profissionais que participam no planeamento de cuidados à criança/jovem e família, bem como reconhecer as situações de necessidades especiais de saúde mais comumente trabalhadas por esta equipa. Pude constatar uma variedade de situações, das quais destaco as crianças com perturbações do espectro do autismo, com paralisia cerebral, com síndrome de *Down* e outros problemas cognitivos e comportamentais que representam compromisso do seu aproveitamento escolar.

A oportunidade de acompanhar em proximidade uma criança com o diagnóstico clínico de perturbação do espectro do autismo, em contexto de intervenção em ambiente escolar, proporcionou uma pertinente mobilização do referencial teórico de Orem (1985) na medida em que tornou possível uma sistematização da recolha de dados e uma correta análise de necessidades da criança, especialmente considerando a perspetiva holística da Enfermagem e o seu conhecimento próprio (Rodrigues, Albuquerque, Brêda, Bittencourt, Melo & Leite, 2017). Também permitiu reconhecer que a intervenção de Enfermagem numa lógica ativa e de proximidade com a criança/jovem, traz benefícios ao desenvolvimento infantil e ao funcionamento familiar. O percurso efetuado ao longo do planeamento, implementação e avaliação desta atividade em concreto encontra-se sistematizado no Apêndice IV deste relatório.

Verificar que o Enfermeiro, neste contexto, tem uma ação essencialmente de consultoria e agilização em processos de encaminhamento para cuidados de saúde, foi algo redutor. Especialmente considerando que o Enfermeiro tem competência para intervir em várias valências do cuidado, não somente em contexto de cuidados de saúde entendidos como tradicionais (hospital, centro de saúde, etc.). Analisando o caso particular em análise, reconhece-se que existe um conjunto de intervenções que não são desenvolvidas pelo profissional que faz o acompanhamento em contexto escolar, e que seriam pertinentes focos de atuação do Enfermeiro Especialista em contexto domiciliário, nomeadamente no que respeita ao treino do autocuidado da criança.

Para potenciar o processo de aprendizagem, ao longo da participação e acompanhamento do trabalho da equipa foi mobilizada a legislação em vigor aplicável ao âmbito de atuação das Equipas de Intervenção Precoce na Infância e foi mantida regularmente a prática crítico-reflexiva, especialmente por via de discussão e partilha de ideias com a Enfermeira orientadora. Considera-se que estes momentos, ricos do ponto de vista da compreensão de conceitos e formas de atuação mais adequadas aos contextos reais e complexos da criança/jovem e família, poderiam ser melhor mobilizados se a reflexão fosse desenvolvida também sob a forma escrita, uma vez que permitiria a reanálise das situações e a consciencialização do processo reflexivo.

Através das atividades implementadas, foi possível desenvolver sobretudo a unidade de competência “E 1.2. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 19193). Especialmente no que diz

respeito à avaliação familiar (sua estrutura, dinâmica e recursos), ao estabelecimento de redes comunitárias de apoio à criança/jovem e família com necessidade de cuidados, no apoio à inclusão social e escolar da criança/jovem com necessidades educativas especiais e necessidades especiais de saúde e ainda no trabalho em parceria com diferentes elementos da equipa multidisciplinar da comunidade, contemplando a melhor assistência e encaminhamento da criança/jovem e família face à sua situação particular.

Relativamente à área de atuação relacionada com o Curso de Massagem Infantil, as principais atividades desenvolvidas foram ao nível da participação no planeamento e implementação. As primeiras etapas desta participação incidiram sobretudo em pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, sobre temáticas mais relevantes a abordar com os pais visando os cuidados antecipatórios previstos no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil para o primeiro ano de vida da criança (Direção-Geral da Saúde, 2013). Das quais: a importância do toque pais-criança, a interpretação e gestão do choro, a música como promotora de bem-estar na criança e o sono da criança no primeiro ano de vida. Para cada sessão do curso e de acordo com o planeamento de sessões previamente definido, foram criadas fichas orientadoras das etapas de massagem a apreender em cada sessão e materiais/atividades de complemento à dinamização das sessões que incidissem nas temáticas anteriormente referidas. Em documento afeto ao Apêndice V deste relatório, consta uma descrição mais pormenorizada sobre todas as etapas da participação no Curso de Massagem Infantil.

A participação neste projeto foi bastante gratificante, considerando-se que foi uma ocasião de interação com pais e crianças fora do contexto de consulta ou de atendimento por doença ou para vigilância de saúde. Cada sessão constituiu um momento de partilha entre pais e mães, bem como uma oportunidade excelente para a educação dos pais relativamente a assuntos que os preocupam e que são fundamentais para uma melhor interação pais-criança. Alguns pais referiram que as temáticas desenvolvidas permitiram desmistificar conceitos, esclarecer dúvidas e minimizar receios, fazendo com que se sentissem mais disponíveis e seguros no cuidado ao bebé. No decorrer desta atividade, foi igualmente possível mobilizar as competências de suporte emocional que, segundo Orem (1985), são intervenções transversais a todos os processos de cuidar que visem a promoção do autocuidado da criança e família.

Tendo em consideração as atividades concretizadas, constata-se que a unidade de competência desenvolvida com maior destaque foi a “E 3.1. Promove o crescimento e o

desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 19194), nomeadamente no que refere à informação e educação dos pais relativamente aos cuidados antecipatórios, ao apoio da parentalidade e à avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil que, apesar de não ser feito formalmente por não ser esse o âmbito da atividade, foi alvo de atenção durante as sessões do Curso.

Em referência ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens e Risco, pela complexidade de atuações que esta área de intervenção inclui, bem como pela necessidade de salvaguarda da privacidade da criança/jovem e família, foi a área onde a participação foi mais controlada. Inclusivamente, tendo em conta as obrigações ético-legais inerentes às situações que muitas vezes são alvo de intervenção por parte do Enfermeiro Especialista. Considerou-se que não seria benéfico para a criança/jovem e família a presença de um elemento “estranho” durante os momentos de atendimento ou visita domiciliária, uma vez que se abordam assuntos sensíveis e que implicam uma relação terapêutica previamente estabelecida.

Assim sendo, as atividades desenvolvidas foram essencialmente o acompanhamento e participação nas reuniões do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e, em simultâneo, a mobilização de legislação aplicável. Como resultado desta pesquisa foi reunido um conjunto de documentação que foi colocado em pasta partilhada, no computador da Unidade de Cuidados na Comunidade, para que todos os profissionais acessem facilmente à legislação e aos guias orientadores de boa prática em vigor no momento. Esta atividade possibilitou, em concreto, o desenvolvimento da competência referente à partilha de resultados de investigação e ao incentivo da prática baseada na evidência e em conhecimento próprio de Enfermagem.

Por ter sido o primeiro contacto com esta área de intervenção do Enfermeiro Especialista, foi sentida a necessidade de aprofundar conhecimentos e sobretudo compreender melhor qual a intervenção do Enfermeiro junto das crianças/jovens vítimas ou em risco de maus-tratos. Por conseguinte, foi efetuada uma *Scoping Review* que pretendeu dar resposta à questão “qual o papel do Enfermeiro na prevenção de maus-tratos infantis?” e que resultou como mencionado anteriormente, na participação através de póster científico no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (Apêndice III). A este nível, a possibilidade de contactar

com outras experiências de intervenção, de que é exemplo, a experiência partilhada por outro estudante advindo de um país de língua oficial portuguesa, contribuiu para a discussão desta problemática em torno dos programas de atuação e legislação vigente referentes à assistência à criança/jovem em situação de maus tratos.

Analisando as atividades desenvolvidas no âmbito do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, considera-se que foi desenvolvida com maior enfoque a competência “E 1.2. Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 19193). Em concreto, a resposta a esta competência fundamentou-se na identificação de situações de mal-estar da criança ou de compromisso da sua qualidade de vida, identificação das diferentes tipologias de situação de maus tratos e também no que diz respeito à sensibilização de pais, cuidadores e profissionais acerca da violência dirigida à criança/jovem, do reconhecimento de consequências e do planeamento de intervenções adequadas.

2.2. Contexto de Urgência Pediátrica

O estágio em contexto de Urgência Pediátrica foi realizado num hospital central da região de Lisboa.

Após entrevista semiestruturada com a Enfermeira orientadora, relativamente aos objetivos de aprendizagem a desenvolver, foram estabelecidos dois objetivos específicos: **Adquirir competências de prestação de cuidados à criança/jovem e família que recorre à Urgência Pediátrica no âmbito de atuação do Enfermeiro EESIP e Promover o autocuidado da criança/jovem com necessidades especiais de saúde e família em contexto de Urgência Pediátrica.**

Para dar resposta ao primeiro objetivo, foram realizadas atividades no âmbito da prestação direta de cuidados à criança/jovem e família ao nível de todas as valências do Serviço. Tal permitiu aprofundar conhecimentos sobre as principais patologias pediátricas que motivam a recorrência à Urgência, bem como constatar as diferentes manifestações de sinais e sintomas que as crianças apresentam relativamente aos adultos.

A interação direta com crianças/jovens mas sobretudo com os pais despertou a identificação dos principais receios e preocupações dos pais face ao estado de saúde da

criança/jovem, manifestado sobretudo em crianças mais pequenas. Alguns pais referiram preocupação por sentirem que o seu filho não estava no seu estado habitual, mas receosos por não conseguirem obter dele esclarecimento sobre o que sentiam (ex. “trouxe-o porque não o acho bem e, sabe, ele não fala, não se consegue explicar”). Constatou-se, portanto, o quão relevante é fornecer aos pais informação e critérios de avaliação relativamente a alguns sintomas comuns e manifestantes de desconforto ou doença na criança, como por exemplo a identificação da presença de tiragem na dificuldade respiratória da criança ou os olhos encovados como sinal de desidratação. Foram elaboradas duas reflexões referentes à experiência deste estágio, que se encontram disponíveis no Apêndice VI.

Em contexto de triagem, a grande aprendizagem teve enfoque no reconhecimento de sinais de alerta e na mobilização de conhecimentos e raciocínio clínico para a priorização do atendimento à criança/jovem e família. O contacto com a Triagem de Manchester aplicada à Pediatria, revelou-se uma oportunidade de agrupar sintomas e sinais em relação ao seu nível de gravidade para a vida da criança/jovem, permitindo sistematizar a avaliação da criança/jovem através de fluxogramas. Neste campo, verificou-se que a presença de um Enfermeiro Especialista é uma mais-valia para o cuidado prestado à criança, sobretudo pela capacidade de detetar precocemente alterações às funções vitais e pela intuição inerente à experiência profissional.

Graças à variedade de situações de cuidados, foi também possível aprofundar conhecimentos sobre fisiologia e patologia, bem como melhorar a prática de procedimentos à criança/jovem. A existência de uma preocupação por parte de todos os profissionais em gerir a dor da criança relativamente a procedimentos potencialmente dolorosos, foi percebida de forma bastante positiva e constituiu um dos marcos de aprendizagem deste estágio. Em concreto relativamente à avaliação da dor na criança/jovem e a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor na criança/jovem.

Atualmente, os cuidados centrados na família têm vindo a ser cada vez mais operacionalizados nos cuidados de Enfermagem, muito graças aos benefícios verificados através da inclusão da família nos cuidados que são prestados aos seus familiares, com maior relevo quando se tratam de familiares doentes dependentes, como é o caso das crianças (Barreto, Arruda, Garcia-Vivar & Marcon, 2017). Em Enfermagem Pediátrica, os cuidados centrados na família assumem particular importância e, atualmente, a evidência demonstra que compreender a família como parte integrante dos cuidados à

criança/jovem contribui para melhores resultados na otimização da saúde da mesma e evita barreiras prejudiciais ao estabelecimento de uma sólida relação terapêutica (Fernandes, Gomes, Martins, Gomes & Gonçalves, 2015).

A parceria de cuidados, no atendimento à criança/jovem, permite uma dinâmica de colaboração, de partilha e de decisões tomadas em conjunto entre a criança/jovem, a família e o profissional e implica, portanto, um processo de esclarecimento, negociação e inclusão que em tudo beneficia a criança e a forma como é vivenciada a hospitalização (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017). Orem (1985) considera a parceria de cuidados como uma das etapas promotoras do autocuidado, que agiliza o processo de compreensão dos fenómenos, identificação de necessidades e, conseqüentemente, permite que o autocuidado se estabeleça com maior facilidade e de forma mais sustentável.

No contexto deste estágio, foi possível presenciar e colaborar em cuidados efetivamente negociados e planeados com a criança/jovem e com a sua família, incluindo na maioria das vezes a participação dos pais nos cuidados prestados à criança (Estevão, Teodoro, Pinto, Freire & Mazza, 2016). Constatou-se, na prática, o benefício para a criança decorrente da aplicação destas estratégias, verificável essencialmente por um comportamento mais tranquilo da criança e por uma melhor colaboração da mesma nos cuidados (Estevão, Teodoro, Pinto, Freire & Mazza, 2016). Nos jovens, pelas suas características de desenvolvimento expectáveis, verificou-se que pontualmente recusavam a presença dos pais, especialmente em procedimentos que implicassem exposição corporal íntima. Nestas situações em concreto, foi sempre assegurada pela equipa a privacidade e confidencialidade no atendimento ao adolescente, visando a manutenção de uma relação de confiança e o respeito pela integridade e individualidade do adolescente (Santos & Ressel, 2013; Biffi, de Melo & Ribeiro, 2018; Reis, Santos, Almeida, Gomes, Leite & Peres, 2018).

Durante a prestação de cuidados em sala de pequena cirurgia e em sala de tratamentos, foi possível desenvolver competências de comunicação com a criança/jovem (preparação para o procedimento, estratégias de distração, atribuição de significado à experiência, esclarecimento de dúvidas e tranquilização perante receios) e com a família (estratégias para a colaboração nos cuidados, ensinamentos, cuidados a ter em casa e sinais a vigiar). Também pelo facto de se tratar de um Serviço onde o atendimento é feito desde a nascença até aos 17 anos e 365 dias, proporcionou uma variedade de interações com a criança/jovem e o desenvolvimento de competências comunicacionais específicas para

cada faixa etária. A aplicação de estratégias de comunicação adequadas ao desenvolvimento infantil da criança/jovem, nomeadamente o recurso ao lúdico em crianças mais pequenas, contribui para que a experiência da hospitalização seja vivida de forma mais tranquila e positiva (Santos, Silva, Depianti, Cursino & Ribeiro, 2016).

Na sala de observação, pela sua dinâmica de funcionamento, não foi possível acompanhar as crianças/jovens durante um longo período, devido à rápida e desejável transferência para os serviços de internamento após estabilização clínica. Contudo, permitiu uma compreensão geral dos principais motivos de admissão e protocolos de abordagem face a situações específicas. Neste âmbito, verificou-se uma vez mais que a presença da família, especialmente dos pais, é bastante promovida e existe uma clara preocupação em informar e formar os pais sobre o seu papel, aquando da hospitalização da criança (Estevão, Teodoro, Pinto, Freire & Mazza, 2016; Alves, Amendoeira & Charepe, 2017).

No contexto de Sala de Observações, foi possível a prestação de cuidados a um jovem na fase inicial do diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Tipo 1. Visando dar resposta ao segundo objetivo definido para este momento de estágio, **Promover o autocuidado da criança/jovem com necessidades especiais de saúde e família em contexto de Urgência Pediátrica**, esta oportunidade foi relevante uma vez que permitiu compreender quais as principais necessidades de intervenção de Enfermagem.

Neste âmbito, no decurso de uma entrevista terapêutica com o jovem na presença da sua mãe, constituiu-se como um elemento estruturador do restante percurso de aprendizagem. Tendo em conta que facilitou a definição objetivos de intervenção que respondam efetivamente às reais necessidades da criança/jovem e família perante, neste caso, uma situação de doença crónica. Reconhece-se que a entrevista foi a possível face às circunstâncias da interação, dado que o internamento em Sala de Observações foi bastante curto e não suficiente para a consolidação de uma relação de confiança que permitisse aprofundar alguns assuntos relacionados à gestão do autocuidado. Compreende-se, portanto, que esta atividade em concreto poderia ter sido melhor desenvolvida e pertinentemente mobilizada caso fosse possível um segundo encontro terapêutico, num contexto menos hostil e após o estabelecimento da relação com a criança/jovem e pais.

O diagnóstico de doença crónica, como no caso da Diabetes *Mellitus* Tipo 1, acarreta para o jovem um novo conjunto de necessidades e requer à família uma adaptação face à situação de saúde do adolescente. Os adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 vêem-se obrigados a reorganizar hábitos individuais, familiares e sociais, com vista a uma gestão eficaz da sua situação de saúde (Flora & Gameiro, 2016). Não obstante, o processo de adoecimento resulta em mudanças físicas e psicológicas, muitas vezes requerendo hospitalização, tratamentos complexos e prolongados (Silva, Vecchia & Braga, 2016).

Atualmente, o tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 1 em adolescentes incide em insulinoterapia, alimentação adequada e prática regular de exercício físico, tendo como objetivo o controlo glicémico, a prevenção de complicações e a promoção do crescimento e desenvolvimento do adolescente (Greco-Soares & Dell’Aglia, 2017). Enquanto doença crónica, a Diabetes *Mellitus* tipo 1 exige ao adolescente e família a adoção de práticas de autocuidado e um conhecimento adequado sobre si e sobre a doença (Greco-Soares & Dell’Aglia, 2017).

A intervenção de Enfermagem direcionada ao adolescente com Diabetes *Mellitus* tipo 1 deve ser tão precoce quanto possível, para que produza efeitos na melhoria da qualidade de vida do adolescente e família. O controlo eficaz da doença relaciona-se com o desenvolvimento por parte do adolescente da capacidade para cuidar-se, sendo o treino de competências e habilidades o foco principal da intervenção com o adolescente diabético (Flora & Gameiro, 2016; Greco-Soares & Dell’Aglia, 2017). A intervenção promotora do autocuidado foca-se não só na capacitação do adolescente para o autocuidado (de acordo com a sua capacidade, motivação e estadio de desenvolvimento) como também na capacitação da família para que consiga responder às necessidades de autocuidado do adolescente (Neves & Cabral, 2009). O Enfermeiro atua sobretudo na formação e informação relativamente à gestão da doença, no treino de habilidades e no reforço da autoconfiança através do suporte emocional ao adolescente e família.

O planeamento de cuidados a este jovem (Apêndice VII) permitiu a mobilização do referencial teórico de Orem (1985) e a verificação da sua aplicabilidade no caso concreto da intervenção de Enfermagem ao adolescente com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Tipo 1 inaugural. Em concordância com a literatura consultada, foi possível confirmar que a aplicação da Teoria do Défice de Autocuidado (1985) na prática diária do Enfermeiro Especialista, permite uma abordagem que se estende para além da vertente fisiopatológica, assegurando uma visão holística e objetivando prevenir, diagnosticar,

tratar e reabilitar as crianças/jovens, famílias e comunidades (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013). A teoria de Orem permite, igualmente, identificar as vivências das crianças e adolescentes e confirmar a pertinência da intervenção face às necessidades de autocuidado específicas, bem como identificar as limitações da implementação do autocuidado na rotina diária (Sampaio Filho et. al, 2013).

Pela brevidade do internamento do jovem, que seguiu para internamento em enfermaria num curto espaço de tempo, não foi possível implementar o plano de cuidados estabelecido nem avaliar os seus resultados efetivos, o que teria sido uma mais-valia para a temática em estudo. Considera-se que teria sido pertinente efetuar algumas visitas à enfermaria, que, contudo, não foram possíveis dada a duração do estágio e os objetivos específicos definidos para o contexto de Urgência Pediátrica.

Durante o estágio não ocorreram situações de cuidados emergentes e de reanimação, pelo que o desenvolvimento de competências nesta área foi efetuado essencialmente pela leitura de livros técnicos e protocolos de atuação internos da Instituição, referentes à temática de reanimação pediátrica.

Analisando a experiência de estágio em contexto de Urgência Pediátrica, considera-se que foram desenvolvidas sobretudo as unidades de competência “E 2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “E 2.4. Providencia cuidados à criança/Jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares amplamente suportadas na evidência” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 19193). Sobretudo através da mobilização de conhecimentos e habilidades efetuada relativamente às áreas da identificação precoce de sinais de instabilidade na criança/jovem, da avaliação e gestão da dor, das diferentes possibilidades terapêuticas possíveis e ainda, na procura pela maximização da saúde da criança/jovem, promovendo uma experiência de hospitalização atraumática.

2.3. Contexto de Neonatologia

O estágio da área de Neonatologia foi realizado em Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais da região de Lisboa.

Para este estágio foi definido como principal objetivo, **Prestar cuidados ao recém-nascido e família tendo por base a parceria de cuidados como etapa da**

promoção do autocuidado. A definição do objetivo e atividades a desenvolver teve por base entrevista semiestruturada com a Enfermeira orientadora e com a Enfermeira Responsável de Serviço, procurando-se encontrar pontos comuns onde a intervenção enquanto estudante fosse também benéfica para o Serviço.

A participação na prestação direta de cuidados ao recém-nascido aconteceu de forma gradual, dado que se tratava de uma área relativamente à qual existiam alguns receios e preocupações prévios, em muito motivadas pela inexperiência no cuidado ao recém-nascido prematuros sob assistência de saúde tão complexa e tecnológica. Neste aspeto, importa referir que o acompanhamento efetuado pela Enfermeira orientadora foi bastante promotor do desenvolvimento de competências, também no que competiu aos processos reflexivos.

A prestação de cuidados a recém-nascidos prematuros, a recém-nascidos de termo internados para desenvolvimento de autonomia alimentar, a recém-nascidos com necessidades especiais de saúde e a observação não-participante dos cuidados prestados a grandes prematuros, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e suporte farmacológico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, constituíram importantes momentos de aprendizagem.

Relativamente ao aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, incidiu essencialmente nas práticas de cuidado ao recém-nascido neste contexto, tais como farmacologia, gestão da temperatura corporal, medidas não farmacológicas de controlo da dor associada a procedimentos invasivos, autonomia alimentar, manipulação mínima, promoção do conforto e posicionamentos terapêuticos, promoção do aleitamento materno, promoção da vinculação precoce pais-recém-nascido.

Aquando dos cuidados prestados ao recém-nascido, foi sentida a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca de aleitamento materno, considerando que era uma área de interesse e bastante mencionada pelos pais sob a forma de dúvidas ou pedidos de aconselhamento. Foi sentida essencialmente a necessidade de desenvolver e melhorar práticas de aconselhamento e não somente a teoria subjacente à amamentação e ao aleitamento materno, motivo pelo qual posteriormente se realizou uma formação específica em Aconselhamento em Aleitamento Materno acreditada pela UNICEF (Anexo I).

No decorrer deste estágio, verificou-se que alguns pais se sentiam desamparados no exercício do seu papel no contexto da Unidade, especialmente nos primeiros dias de internamento dos recém-nascidos. Em algumas interações, durante a prestação de cuidados, não foi incomum os pais referirem sentir que o espaço não era o seu e, portanto, apesar de se tratar do seu filho, sentiam que de alguma forma ele estava ao cuidado da equipa de saúde e que pouco poderiam fazer enquanto pais na ótica do desempenho de papel.

A literatura científica consultada refere efetivamente que os pais por vezes sentem que os bebés não são seus, mas sim dos médicos e enfermeiros. E sentem-no porque se consideram incapazes de fazer face às necessidades dos seus filhos, não sabendo como atuar face à complexidade de cuidados que lhes é proporcionada (Frigo, Zocche, Palavro, Turattu, Neves & Schaefer, 2015; Soares, Moreira, Rodrigues, Diniz & Loureiro, 2015).

Tendo em conta que a área proposta para desenvolvimento neste estágio incidia na parceria de cuidados, foi elaborado um guia prático para os pais (Apêndice IX) relativamente aos cuidados que podem prestar ao seu filho durante o internamento na Unidade. A definição das temáticas a incluir no guia para pais partiu da observação efetuada na primeira semana de estágio, onde se pretendeu identificar quais as áreas de cuidado ao recém-nascido que despertavam mais dúvidas e receios aos pais, sendo que posteriormente foram abordados alguns profissionais do Serviço para que sugerissem temáticas mais relevantes dada a complexidade do contexto de prestação de cuidados.

A identificação de necessidades dos pais evidenciou alguns aspetos que a literatura previamente consultada afirma: quando o recém-nascido fica internado na Unidade de Neonatologia os pais são confrontados com um ambiente hostil ao exercício da sua parentalidade, como é o caso do conjunto de aparelhos, alarmes, fios, cateteres e sondas que lhes dificultam a interação e contacto com o filho; o facto de o recém-nascido ficar internado em incubadora que, por si só, representa uma barreira física ao contacto pais-bebé; a fragilidade que percebem do seu filho pelo tamanho pequeno, fragilidade cutânea ou necessidade de tecnologias de suporte à sobrevivência; o risco de vida que pode estar inerente ao internamento; a noção de que não são capazes de prestar cuidados de ordem tão complexa e, conseqüentemente, a percepção de que a sua presença não é permitida nem importante junto do bebé (Frigo, Zocche, Palavro, Turattu, Neves & Schaefer, 2015; Soares, Moreira, Rodrigues, Diniz & Loureiro, 2015).

Assim, com a elaboração deste guia, objetivou-se criar um instrumento de suporte aos pais na vivência do seu papel durante a permanência do recém-nascido na Unidade de Neonatologia. Incluíram-se as temáticas selecionadas como mais relevantes face ao levantamento de necessidades e propostas anteriormente apresentados, entre as quais: breve abordagem ao recém-nascido prematuro no que diz respeito às suas características, desenvolvimento, necessidades e fatores de proteção; referência à vivência da prematuridade por parte dos pais e que desafios pode representar em termos físicos, emocionais e do desenvolvimento da parentalidade; noção geral sobre a aparência e funcionamento da Unidade de Neonatologia procurando desmistificar particularmente as tecnologias utilizadas, a questão dos alarmes, os dispositivos médicos que o recém-nascido pode precisar para suporte das suas funções vitais e algumas características do ambiente da Unidade.

O guia inclui também um capítulo sobre os cuidados ao recém-nascido prematuro, sobretudo na ótica da preparação e apoio aos pais no exercício do seu papel no contexto do internamento, nomeadamente nas áreas que se consideraram como maiores desafios para os pais: alimentação do recém-nascido (processos de desmame da sonda de alimentação, amamentação, início da alimentação por via oral), cuidados de higiene e eliminação (troca de fralda, banho do recém-nascido, cuidados a ter com a pele e resolução de cólicas ou obstipação), padrões de sono e repouso necessários ao recém-nascido e como podem os pais colaborar na preservação do descanso do bebé, cuidados no posicionamento do recém-nascido em incubadora, berço e sobretudo no contacto pele a pele com os pais através do método canguru, noções sobre o choro do recém-nascido (causas, consequências e como acalmar o choro) e ainda uma breve abordagem sobre os sinais de *stress* evidenciados pelo recém-nascido e que devem ser atentamente percebidos pelos pais para que se assegure o conforto e o bem-estar do seu filho.

Por último, e para que se promova o reforço positivo e a celebração de pequenas conquistas dos pais e dos recém-nascidos durante a permanência na Unidade de Neonatologia, elaborou-se uma área de registo de experiências onde os pais podem registar as pequenas vitórias vivenciadas como a retirada da sonda de alimentação e o início da amamentação, a realização do primeiro banho dado autonomamente pela mãe/pai até ao dia da alta em que iniciam uma nova caminhada também desafiante (Charepe, 2014). Nesta área do guia foi também contemplado um espaço para registo de dúvidas, pensado especialmente para os pais registarem as dúvidas que vão surgindo

durante a leitura do guia ou quando não estão na Unidade, para que posteriormente as esclareçam com os profissionais de saúde.

À data de elaboração deste relatório, o guia para pais encontrava-se a seguir os trâmites necessários para aprovação e posterior implementação no Serviço. Seria positivo, após um período de aplicação inicial do mesmo, reavaliar a sua pertinência e, se adequado, o seu reajuste. Apesar de o instrumento não estar ainda aprovado para implementação no Serviço, como forma de avaliar a sua coerência e aplicabilidade, foram mobilizados os seus conteúdos com alguns pais, essencialmente na sala de berços. Esta atividade permitiu compreender a utilidade dos ensinamentos e orientações sistematizados no guia para pais desenvolvido, bem como estabelecer relações empáticas, terapêuticas e de proximidade com os pais dos recém-nascidos a quem foram prestados cuidados, tendo sido desenvolvidos ensinamentos na área dos cuidados de alimentação, higiene e promoção do conforto do recém-nascido internado na Unidade. O resultado destes ensinamentos foi registado em folha própria previamente existente no Serviço e no processo do recém-nascido.

Este estágio consistiu num marco importante na forma de pensar e aplicar o referencial teórico de Orem (1985), sendo reconhecido como um determinante ponto de viragem de todo este percurso formativo. Habitualmente, o conceito de autocuidado é associado apenas à capacitação da criança/jovem e família, contudo, através do aprofundamento do conhecimento sobre a Teoria (Orem, 1985), nomeadamente através da leitura de artigos que refletem a sua aplicabilidade prática (Diógenes & Pagliuca, 2003; Queirós, Vidinha & Almeida Filho, 2014). Foi possível desmistificar esta questão e verificar que, no caso do recém-nascido, face às necessidades de autocuidado inerentes ao seu grau de desenvolvimento, o Enfermeiro ao substituí-lo nas suas funções está a atuar como provedor do autocuidado, promovendo o autocuidado (Hartweg, 1991).

Importa, portanto, olhar para as teorias de Enfermagem com uma visão mais abrangente e refletida, por forma a reconhecê-las como orientadores da prática e instrumentos fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados, sobretudo na fundamentação da intencionalidade terapêutica das intervenções de Enfermagem – atribuindo valor à Enfermagem (Rosa & Basto, 2009; Santos, Ramos & Fonseca, 2017; Ribeiro et. al, 2018).

No âmbito deste estágio, sumariamente, considera-se que a unidade de competência mais desenvolvida foi “E 3.2. promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” e a “E 3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista”, concretamente através do aprofundamento de conhecimentos sobre o recém-nascido com necessidades especiais de saúde, da promoção da esperança, da vinculação e da interação pais-recém-nascido, da promoção da amamentação e, essencialmente, através da negociação e parceria de cuidados em contexto de Unidade.

2.4. Contexto de Internamento de Pediatria

O estágio em internamento de Pediatria foi efetuado em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo.

Após entrevista semiestruturada com a Enfermeira orientadora, foi definido como principal objetivo de aprendizagem, **Prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, visando a promoção do autocuidado.**

Tendo em consideração a especificidade do contexto de Cuidados Intensivos, o objetivo incidu sobretudo no desenvolvimento de competências de prestação de cuidados em situações de especial complexidade, como seria expectável numa Unidade desta natureza. Contudo, durante o período em que decorreu o estágio, não estiveram internadas crianças/jovens com critério para Cuidados Intensivos, o que implicou o reajuste do objetivo inicial para uma abrangência menos direcionada a essa área em concreto.

No decorrer do estágio, foi assegurada participação nas três salas de prestação de cuidados: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Sendo que, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais foi realizado apenas um turno de observação.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, durante o período do estágio esteve internada uma criança vítima de afogamento com paragem cardiorrespiratória, que naquele momento já se encontrava clinicamente estável e sem critério para Cuidados Intensivos, a aguardar vaga na Enfermaria.

Contextualizando a situação, esta criança encontrava-se sob terapêutica sedativa, por apresentar períodos de grande agitação e aparente desconforto. A família estava, portanto, num processo de profundo sofrimento, presenciado especialmente através de manifestações de desespero, negação e angústia. Os momentos de interação com esta família foram de profundo crescimento pessoal e profissional, uma vez que pôs em questionamento um conjunto de reflexões diárias sobre como ajudar aqueles pais a lidar com uma situação tão complexa e penosa como a que enfrentavam.

Lidar com os silêncios circunscritos às “quatro paredes” da Unidade foi um enorme desafio identificado. Sendo que, inicialmente, os silêncios eram percebidos como um desconforto constrangedor, procurou-se refletir sobre os sentimentos e experiências vivenciadas. O processo de consciencialização deste desconforto emocional, permitiu um confronto com as próprias emoções e sentimentos e a identificação da gestão das emoções e do luto como uma área a desenvolver para a prática profissional futura.

Surgiu também um alerta para os cuidados paliativos, uma vez que o prognóstico da criança, embora não contemplasse já um elevado risco de vida, não seria previsivelmente positivo. Neste âmbito, a Enfermeira orientadora, que detinha formação avançada em cuidados paliativos pediátricos, facilitou o processo de aprendizagem e de aprofundamento de conhecimentos neste âmbito.

Na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, foi possível dar continuidade ao desenvolvimento de competências iniciado no estágio de Neonatologia, tendo-se verificado uma evolução ao nível da prestação da prática de cuidados.

Durante o período de estágio, esteve internada uma criança com o diagnóstico clínico de miopatia congénita, para estudo da patologia e capacitação da família. A criança em questão apresentava necessidades de autocuidado ao nível da autonomia alimentar, do controlo da dor e do posicionamento e, também no que diz respeito aos processos de adaptação à dependência e condição física inerentes à situação de saúde.

Por forma a sistematizar a intervenção direcionada a esta criança em particular, foi elaborado um plano de cuidados à luz da Teoria de Orem, considerando as necessidades de autocuidado identificadas e regularmente discutidas com a Enfermeira orientadora. Esta atividade encontra-se apresentada no Apêndice X deste relatório.

As intervenções de Enfermagem implementadas incidiram essencialmente na área da promoção do conforto e controlo de analgesia, considerando a miopatia congénita associada a fraturas que condicionavam o posicionamento e o conforto da criança em repouso e durante as manipulações. Assim, foram planeadas e executadas intervenções como: posicionar a criança, gerir a analgesia prescrita, implementar medidas não-farmacológicas de controlo da dor e avaliar a dor na criança (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013).

No decurso desta prestação de cuidados, verificou-se que o desconforto da criança comprometia, em certo modo, o processo de interação pais-bebé uma vez que o simples gesto de pegar ao colo a criança poderia despertar uma sensação de desconforto associada a choro intenso. Os pais, inicialmente, demonstravam receio e alguma evicção no contacto com a criança fora do berço, o que é consonante com o que a evidência científica consultada reforça. A dor da criança é um dos fenómenos que mais potenciam a ansiedade dos pais, assim como a sensação de que não conseguem prover os cuidados necessários ao conforto da criança de acordo com as suas necessidades de saúde (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013; Pêgo & Barros, 2017).

De acordo com Pêgo e Barros (2017), perante um diagnóstico ainda por definir, os pais são assolados por dúvidas e reflexões acerca do futuro do seu filho, experienciando sentimentos de ansiedade, desespero e angústia, pelo que é de crucial importância que a equipa acompanhe os pais e os suporte, emocionalmente, na gestão destas emoções. Com a continuidade dos cuidados, o receio dos pais foi diminuindo e tornou-se possível a negociação gradual da sua participação e envolvimento nos cuidados à criança.

Estes progressos foram conseguidos especialmente através da informação e esclarecimentos prestados e ao treino de capacidades dos pais para cuidar do seu filho. Atuar no sentido da capacitação dos pais para o cuidado à criança constitui uma etapa fundamental dos cuidados de Enfermagem promotores do autocuidado e melhora substancialmente a evolução do ponto de vista clínico, mas sobretudo no que diz respeito à tranquilidade e conforto da criança e à positiva interação pais-criança, que em tudo contribui para a gestão da doença e dos obstáculos que representa para a dinâmica familiar (Simonasse & Moraes, 2015; Alves, Amendoeira & Charepe, 2017).

De acordo com o interesse demonstrado e com o objetivo complementar de **reconhecer o trabalho efetuado em regime de ambulatório na promoção do autocuidado das crianças com necessidades especiais de saúde**, foi proporcionado acompanhar um turno no Centro de Desenvolvimento da Criança da mesma instituição. Neste contexto, foi efetuada uma observação participante nas consultas de Enfermagem efetuadas a crianças com doença crónica do foro neurológico. Este acompanhamento incluiu consultas de vigilância e intervenções de ensino à criança/jovem e família, referentes aos cuidados necessários a empreender para cada situação em particular.

Apesar de ter sido uma atividade onde a participação foi de curta duração devido à disponibilidade do Serviço, proporcionou a verificação na prática, de algumas das áreas de intervenção autónoma de Enfermagem identificadas na revisão de literatura elaborada, mais destacadamente a educação para a saúde e o treino de habilidades (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015). Verificou-se a preocupação da equipa em avaliar a capacidade de a criança compreender a sua doença, bem como uma avaliação criteriosa sobre quando iniciar o ensino dos cuidados como, por exemplo, a autoalgaliação ou os cuidados com as extremidades corporais (Salvador et. al, 2015; Malheiro, Gaspar & Barros, 2019).

Importa enaltecer que, neste contexto em específico, foi presenciada uma equipa multidisciplinar bem articulada e visando o bem-estar e a qualidade de vida da criança como objetivo comum, assim como uma equipa de Enfermagem cuja intervenção é marcadamente pautada pela prática baseada na evidência e pela implementação regular de processos reflexivos. Considerando que a prática reflexiva contribui positivamente para a autoaprendizagem assim como para a interpretação e atribuição de significado às experiências vividas, acredita-se que constituirá um fundamento importante para a excelente articulação no trabalho de equipa e na boa prática presenciada neste Centro (Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira-Mendes, 2016).

Sumariamente, este momento de estágio permitiu o desenvolvimento de um conjunto de unidades de competência, destacando-se “E 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando respostas”, “E 2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e “E 2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp 19193). Concretizou-se essencialmente através da

identificação das necessidades especiais de saúde e incapacidades da criança/jovem, gestão da dor ao nível de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, mobilização de conhecimentos na gestão dos processos de luto e, ainda, na aplicação da Teoria de Orem como orientador do planeamento de cuidados em contexto de internamento e na capacitação da criança/jovem e família em acompanhamento ambulatorio. Considera-se que seria interessante mobilizar a matriz conceptual de Orem (1985), adaptando-a a esta experiência de cuidados em particular.

2.5. Contexto de Recurso Comunitário

Tomou-se a iniciativa de realizar um momento de estágio não preconizado como “obrigatório” neste percurso formativo, considerando que seria uma mais-valia para a compreensão de alguns aspetos relevantes para a temática em estudo.

A criança/jovem com doença crónica, pela especificidade de cuidados que empreende para gestão da sua doença e a manutenção da sua qualidade de vida, requer dos profissionais de saúde um acompanhamento e vigilância particularmente complexos e desafiadores (Fernandes, Nóbrega, Silva et. al, 2017). Especialmente porque é neste contexto que se constrói, em parceria com a criança/jovem e família, a capacitação para a gestão da doença e, conseqüentemente, e se intervém para que a criança/jovem se torne agente principal do autocuidado, responsabilizando-se pela sua qualidade de vida e saudável desenvolvimento (Neves & Cabral, 2009).

Com o objetivo **de identificar a intervenção do Enfermeiro Especialista no cuidado à criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo 1 em ambulatório**, foi visitada uma Instituição Particular de Solidariedade Social que presta assistência a crianças/jovens e famílias com doença crónica do foro endócrino.

Neste contexto de estágio, as atividades desenvolvidas foram a participação em consultas de Enfermagem de vigilância da criança/jovem e família, a participação em sessões de ensino e monitorização do autocuidado da criança/jovem e a participação na sessão de formação para a capacitação de profissionais de saúde e profissionais escolares para a melhoria das práticas de cuidados à criança/jovem e família com Diabetes *Mellitus* tipo 1.

No âmbito das consultas, houve oportunidade de acompanhar a intervenção de Enfermagem em três situações distintas: primeira consulta na Instituição, consulta de seguimento na Instituição e consulta para colocação de bomba perfusora contínua de insulina. Permitiu compreender os diferentes métodos utilizados pelo Enfermeiro Especialista para cada caso em concreto, sendo possível identificar os diferentes métodos de ajuda abordados por Orem no que concerne à capacitação para o autocuidado (Hartweg, 1991). O sistema parcialmente compensatório, identificável nas consultas de seguimento aquando da introdução da utilização de um novo glucómetro e/ou de uma diferente abordagem terapêutica e o sistema de apoio-educação, verificável sobretudo nas consultas de bomba perfusora, uma vez que o ensino e o suporte emocional estavam bem marcados no acompanhamento desta nova fase da vida da criança/jovem diabético.

Nas consultas de seguimento, verificou-se que a criança/jovem, de acordo com o seu grau de desenvolvimento e tempo decorrido desde o diagnóstico da doença, desenvolve um sentido de responsabilidade pelo controlo da doença, assumindo o papel principal nomeadamente no que diz respeito ao controlo glicémico e gestão da insulino-terapia (Fernandes, Nóbrega, Silva et. al, 2017).

Nas sessões de ensino efetuadas em contexto de consulta, constatou-se uma efetiva parceria de cuidados e cuidados centrados na família, uma vez que cada criança/Jovem e família é um caso e as estratégias a aplicar são únicas. Na gestão da doença crónica, a parceria de cuidados assume um papel importantíssimo e, como tal, deve ser assegurada durante a prestação de cuidados de Enfermagem com vista à maximização da saúde da criança/jovem, à prevenção de complicações e à garantia da qualidade de vida (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017; Fernandes, Nóbrega, Silva et. al, 2017). A título de exemplo, verificou-se a frequente utilização de contratos de saúde, como forma efetiva de incentivar o jovem a assumir responsabilidade pela gestão da sua saúde e promoção da sua qualidade de vida.

Através das atividades desenvolvidas neste momento de estágio, foi possível desenvolver a unidade de competência do Enfermeiro Especialista, “E 2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 19193), essencialmente pela promoção do autocuidado da criança/jovem e família face à situação de doença crónica, garantindo suporte emocional, familiar e comunitário e a capacitação da criança/jovem para adoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis.

2.6. Competências comuns de Enfermeiro Especialista

Por terem sido mobilizadas transversalmente em todos os contextos de estágio, considerou-se pertinente sistematizar neste subcapítulo as competências comuns de Enfermeiro Especialista desenvolvidas ao longo deste percurso formativo.

Independentemente da área de especialidade, pretende-se que o Enfermeiro Especialista demonstre conhecimento aprofundado acerca dos processos de vida e resposta eficaz às necessidades humanas, quando em comparação com o Enfermeiro de Cuidados Gerais. Assim, o Enfermeiro Especialista apresenta um nível elevado de julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão relativamente a um campo de intervenção no qual domina competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Todos os Enfermeiros Especialistas partilham um grupo de competências comuns, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados, que contemplam: educação, orientação, aconselhamento, liderança e desenvolvimento de investigação que vise a melhoria das práticas de cuidados.

Considera-se que foram desenvolvidas, com maior destaque as competências “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar”, “D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp. 8652).

Não obstante as referidas anteriormente, estão inerentes à prática de cuidados desenvolvida as competências que dizem respeito ao cumprimento das obrigações ético-deontológicas, o respeito pela dignidade e direitos humanos, bem como as competências relacionadas com a segurança do doente e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Considera-se que a competência C1 e C2 respeitantes aos processos de gestão e liderança (Ordem dos Enfermeiros, 2018) foram também desenvolvidas através da oportunidade de integrar a Comissão Organizadora do 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (Anexo II). Não consistindo um contexto de prática de cuidados, foi um momento onde a assertividade, gestão de conflitos, gestão do *stress*, criatividade e a capacidade de planeamento foram constantemente postas à prova. Esta colaboração permitiu, igualmente, promover a investigação científica realizada por Enfermeiros especialistas e não-especialistas, que muito contribui para a valorização da Enfermagem enquanto disciplina.

3. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do percurso formativo a que se refere este relatório foi, acima de tudo, um compromisso assumido com a profissão e com as pessoas de quem cuidamos. O investimento na formação académica e profissional que é empreendido pelo Enfermeiro reflete-se, primeiramente, no doente, graças à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Atentando aos desafios e obstáculos que a profissão enfrenta nos dias de hoje, torna-se crucial que os Enfermeiros regressem à academia e se disponham a evoluir como pessoas e como profissionais, na construção de um caminho mais sólido, mensurável e reconhecido da Enfermagem. A formação especializada representou uma via para o aprofundamento do conhecimento em domínios específicos da prática de cuidados, tendo-se conseguido desenvolver uma abordagem mais abrangente e sistematizada dos processos de saúde-doença das crianças/jovens e famílias.

Quando esta formação se associa a um percurso académico de Mestrado, reveste-se de particular importância, tendo em conta o desenvolvimento de competências académicas e científicas que lhe está subjacente. Neste percurso formativo, considera-se que foram desenvolvidas as competências preconizadas para atribuição do grau de mestre (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, 2013), nomeadamente no que diz respeito ao aprofundamento e aplicação, em contexto de prática de cuidados, dos conhecimentos e capacidades desenvolvidos ao nível da formação académica de Licenciatura e à produção técnica e científica desenvolvida e partilhada.

A realização dos estágios permitiu, também, a transferência dos conteúdos teóricos para o contexto real de cuidados, colocando à prova teorias, hipóteses e resultados através do planeamento de cuidados e avaliação de intervenções de Enfermagem. Todos estes processos foram voluntariamente marcados por prática reflexiva e promoção do juízo clínico, especialmente verificado no cumprimento de

responsabilidades ético-deontológicas e na procura de soluções perante situações complexas e inesperadas decorrentes não só da componente prática de estágio como também do decurso formativo em contexto académico.

Toma-se em consideração que os estágios permitem não somente o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista estabelecidas como objetivo da Unidade Curricular, mas também uma via através da qual os Serviços têm a oportunidade de se manter atualizados e envolvidos com o contexto académico, através dos contributos disponibilizados pelos estudantes, visando a melhoria das práticas de cuidados.

Verifica-se, sobretudo, que existe uma preocupação da academia em responsabilizar e sensibilizar os Enfermeiros estudantes pela sua aprendizagem ao longo da vida, estimulando a assunção de um papel ativo e interventivo na construção da Enfermagem. Considera-se que, ao longo deste percurso, a semente da investigação e da construção de conhecimento foi plantada também pela oportunidade de mobilizar evidência científica e partilhar conhecimento com pares e especialistas, através da apresentação de dois trabalhos científicos sob a forma de póster no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

O principal obstáculo identificado foi a gestão do tempo, tendo em conta que este processo de especialização decorreu em simultâneo com o exercício da atividade profissional, implicando um desgaste físico e psicológico que, em alguns momentos, poderá ter comprometido os planos iniciais estabelecidos para cada contexto de estágio.

O balanço de todo este percurso é positivo, reconhecendo-se que foi de substancial interesse e relevância para o desenvolvimento do percurso profissional enquanto Enfermeiro Especialista e que, acredita-se, terá consolidado conhecimentos e competências que sustentem a prática fundamentada e refletida. No âmbito da construção e consolidação do conhecimento próprio da Enfermagem, considera-se ainda que este percurso estimulou o interesse pelas áreas da investigação bem como pela área da educação e formação, identificando-se como áreas de interesse na futura prática profissional.

Realça-se que a aprendizagem é feita diariamente, dentro e fora dos contextos académicos e regularmente na prática de cuidados, pelo que as bases servem exatamente para alicerçar uma aprendizagem sem término no final deste percurso.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P.
- Alves da Silva, E. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, pp. 77-99.
- Alves, J., & Costa, L. (2014). Mães que cuidam de filhos(a)s com necessidades especiais na perspetiva de género. . *Revista Eletrónica Gestão e Saúde*, pp. 796-807.
- Alves, J., Amendoeira, J., & Charepe, Z. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-7.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed. ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barreto, M., Arruda, G., Garcia-Vivar, C., & Marcon, S. (2017). Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery* , pp. 1-7.
- Bender, M. (Junho de 2018). Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nursing Inquiry*.
- Benner, P. (2011). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Biffi, D., de Melo, M., & Ribeiro, V. (2018). Acolhimento de enfermagem à saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. . *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*.
- Biggs, A. (Julho de 2008). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science. *Nursing Science Quarterly*, pp. 200-206.
- Bittencourt, A., Quintana, A., & Campos Velho, M. (Outubro-Dezembro de 2011). A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Estudos de Psicologia*, pp. 435-442.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica. Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Diógenes, M., & Pagliuca, L. (Dezembro de 2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 286-293.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências de Saúde. (2017). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem*. Lisboa e Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Estevão, A., Teodoro, F., Pinto, M., Freire, M., & Mazza, V. (2016). A família no cuidado de enfermagem à criança: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, pp. 1-9.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* , pp. 84-87.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, pp. 131-135.
- Felix, L., Nóbrega, M., Fontes, W., & Soares, M. (Abril-Junho de 2009). Análise da Teoria do Autocuidado de Orem de acordo com os critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem UFPE online*, pp. 392-398.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., & Gomes, B. (Dezembro de 2015). A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 21-30.
- Fernandes, L., Nóbrega, V., Silva, M., Machado, A., & Collet, N. (Novembro-Dezembro de 2017). Autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crónicas e suas famílias. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1389-1400.
- Flora, M. &. (2016). Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: responsabilidade no controlo da doença. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 9-19.
- Fortin, J. (2006). Human needs and nursing theory. Em H. Kim, & I. Kollak, *Nursing theories - conceptual & philosophical foundations* (pp. 10-26). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Foster, P., & Bennet, A. (2000). Dorothea Orem. Em J. George, *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. (pp. 84-100). ARTMED.
- Friego, J., Zocche, D., Palavro, G., Turattu, L., Neves, E., & Schaefer, T. (Janeiro-Março de 2015). Percepções de pais de recém-nascidos nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. . *Revista de Enfermagem da UFSM*, pp. 58-68.
- Greco-Soares, J., & Dell'Aglio, D. (2017). Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 322-334.
- Hartweg, D. (1991). *Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory*. SAGE Publications.
- Hemati, Z., Shakerian, B., Shirani, F., Mosavias, F., & Kiani, D. (2017). Effect of the Orem Self-care Model on Quality of Life in Adolescents with Asthma. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, pp. 1-5.

- Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem. (fevereiro de 2018). *Guia de Estágio Final e Relatório*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière*. França: Beauchemin.
- Malheiro, M., Gaspar, M., & Barros, L. (2019). Programa de educação para a autogestão em adolescentes com spina bífida: o que dizem os jovens e seus cuidadores. *Cogitare Enfermagem*.
- Marcu, M., Knapp, C., Brown, D., & Madden, V. &. (Abril de 2016). Assessing the Impact of an Integrated Care System on the Healthcare Expenditures of Children With Special Healthcare Needs. *The American Journal of Managed Care*, pp. 272-280.
- Mendes, M. G. (2012). A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 137-142.
- Ministério da Saúde. (2009). *Decreto-Lei n.º 281/2009*. Lisboa: Diário da República.
- Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D.; The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 1-6.
- Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, pp. 1-6.
- Neves, E., & Cabral, I. (2009). Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, pp. 527-538.
- Nunes, L., Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea de etapas. *Percursos*, pp. 1-37.
- Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 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. *Diário da República, 2ª Série*. Lisboa.
- Orem, D. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. Mosby.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista Referência*, pp. 123-133.

- Pêgo, C., & Barros, M. (2017). Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e sentimentos dos Pais da Criança Gravemente Enferma. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, pp. 11-20.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (out./nov./dez. de 2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 121-132.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, pp. 1-23.
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, pp. 141-146.
- Petersen, C., Garcia, R., Boemer, M., & Rocha, S. (2016). Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1236-1239.
- Poletto, P., & Motta, M. (Outubro-Dezembro de 2015). Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/AIDS. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery* , pp. 641-647.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (Novembro/Dezembro de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 157-164.
- Reis, N., Santos, M., Almeida, I., Gomes, H., Leite, D., & Peres, E. (2018). A hospitalização do adolescente na ótica dos profissionais de enfermagem. *Enfermagem Foco*, pp. 7-12.
- Ribeiro, O., Martins, M., Trochin, D., & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 1-9.
- Rodrigues, P., Albuquerque, M., Brêda, M., Bittencourt, I., Melo, G., & Leite, A. (2017). Autocuidado da criança com espectro autista por meio das Social Stories. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery* , pp. 1-9.
- Rodríguez-Sandoval, N., Solorzano-García, E., & Hernández-Cantoral, A. (2013). Estudio de caso de una preescolar com déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta. *Enfermería Universitaria*, pp. 67-72.
- Rosa, J., & Basto, M. (2009). Necessidade e Necessidades: revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13.
- Salvador, M., Gomes, G., Oliveira, P., Gomes, V., Busanello, J., & Xavier, D. (Julho-Setembro de 2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 662-669.
- Sampaio Filho, F., Gubert, F., Pinheiro, P., Martins, A., Vieira, N., & Nóbrega, M. (2013). The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, pp. 89-105.

- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging & Innovation*, pp. 51-54.
- Santos, C., & Ressel, L. (2013). O adolescente no serviço de saúde. . *Adolescência & Saúde*, pp. 53-55.
- Santos, P., Silva, L., Depianti, J., Cursino, E., & Ribeiro, C. (2016). Nursing care through the perception of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 603-609.
- Silveira, A., & Neves, E. (Maio-Agosto de 2011). Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, pp. 254-260.
- Simonasse, M., & Moraes, J. (2015). Crianças com necessidades especiais de saúde: impacto no cotidiano familiar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2902-2909.
- Soares, R., Moreira, M., Rodrigues, E., Diniz, M., & Loureiro, A. (2015). Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery* , pp. 409-416.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- União Europeia. (2016). Regulamento Geral de Proteção de Dados.
- Venancio, J., La Banca, R., & Ribeiro, C. (Janeiro-Março de 2017). Benefícios da participação em um acampamento no autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes: percepção das mães. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, pp. 1-9.
- Zamberlan, K., Neves, E., Silveira, A., & Paula, C. (2013). O cuidado familiar à criança com necessidades especiais de saúde no contexto da comunidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, pp. 290-297.

APÊNDICES

Apêndice I: Instrumento de seleção de artigos para *Scoping Review*

Instrumento de seleção de artigos para revisão

Título	Autores e Ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultado da análise de texto integral
Estudio de caso de una preescolar com déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta.	Rodriguez-Sandoval, N.; Solorzano-García, E.; Hernández-Cantoral, A. 2013	Qualitativo	Aplicar o modelo teórico de Dorothea Orem como fundamento teórico para a aplicação do processo de enfermagem a um doente com diagnóstico clínico de osteogénesis imperfeita.	Incluído.
A children's nurse's role in the global development of a child with diabetes mellitus.	Kenny, J.; Corkin, D. 2013	Qualitativo – estudo de caso	Explorar a maturação física e cognitiva de uma criança de 6 anos com diabetes tipo 1, com foco na forma como o controlo glicémico influencia a sua adaptação psicológica à condição de saúde.	Excluído por não responder à questão de revisão.
Educação em saúde na sala de espera: cuidado e ações à criança que vive com HIV/AIDS.	Poletto, P.; Motta, M. 2015	Qualitativo – estudo descritivo-exploratório	Conhecer, sob a ótica da criança que vive com HIV/AIDS, os cuidados e as ações de educação em saúde que podem ser desenvolvidas na sala de espera.	Incluído.
Benefícios da participação em um acampamento no autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes: percepção das mães.	Venancio, J.; La Banca, R.; Ribeiro, C. 2017	Qualitativo – estudo descritivo	Compreender a percepção das mães a respeito dos benefícios na rotina de seus filhos em relação ao autocuidado, após estes participarem de um acampamento de férias para jovens com diabetes.	Incluído.
A telephone coaching intervention to improve asthma self-management behaviors.	Swerczek, L.; Banister, C.; Bloomberg, G.; Burns, J.; Epstein, J.; Highstein, G.; Jamerson, P.; Sterkel, R.; Wells, S.; Garbutt, J. 2013	Qualitativo – estudo randomizado controlado	Testar a eficácia da intervenção aconselhamento telefónico em crianças com asma persistente.	Excluído por não responder à questão de revisão. Não contempla o conceito em estudo.

Telephone advice nursing: parent's experiences of monitoring calls in children with gastroenteritis.	Eriksson, E.; Sandelius, S.; Wahlberg, A. 2014	Qualitativo	Descrever a experiência dos pais relativamente às chamadas de aconselhamento em crianças com gastroenterite.	Excluído por não responder à questão de revisão. Não é referente a situação de necessidades especiais de saúde.
Summer camp for children and adolescents with chronic conditions.	McCarthy, A. 2015	Qualitativo	Analisar a estratégia específica dos campos de verão como redutores dos desafios sentidos pelas crianças com doença crónica.	Excluído por não responder à questão de revisão. Não é referente ao conceito de autocuidado.
The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study.	Sampaio Filho, F., Gubert, F., Pinheiro, P., Martins, A., Vieira, N., & Nóbrega, M. 2013	Qualitativo – estudo descritivo	Descrever a relação de adolescentes com HIV e as suas práticas de autocuidado.	Incluído.
Dimensionamento de pessoal de enfermagem referente à promoção de autocuidado em unidade de terapia semi-intensiva pediátrica.	Trettene, A.; Fontes, C.; Razera, A.; Prado, P.; Bom, G.; Kostrisch, L. 2017	Qualitativo – estudo prospetivo	Calcular e comparar o dimensionamento de pessoal no que diz respeito à promoção do autocuidado em unidade de terapia semi-intensiva pediátrica.	Excluído por não responder à questão de revisão. Trata de rácios Enfermeiro-doente.
Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas.	Salvador, M.; Gomes, G.; Oliveira, P.; Gomes, V.; Busanello, J.; Xavier, D. 2015	Qualitativo – estudo descritivo-exploratório	Conhecer as estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas.	Incluído.

Apêndice II: Póster apresentado ao 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, intitulado “Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado da Criança com Necessidades Especiais de Saúde: *Scoping Review*”

Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado da Criança com Necessidades Especiais de Saúde: *Scoping Review*

Santos, Joana (1); Charepe, Zaida (2); Lourenço, Margarida (2)

(1) Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

(2) Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução: O autocuidado da criança constitui uma área sensível aos cuidados de enfermagem em contexto de Saúde Infantil e Pediatria. As necessidades especiais de saúde (NES) podem comprometer o autocuidado da criança e a forma como a família cuida da mesma, colocando em risco a sua saúde e qualidade de vida. A criança com NES recorre mais frequentemente aos cuidados de saúde, pelo que é fundamental compreender a intervenção do Enfermeiro na promoção do seu autocuidado.

Objetivo: Mapear na evidência científica disponível as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde em contexto de Enfermagem pediátrica.

Método de revisão: Scoping Review baseada na metodologia *Joanna Briggs Institute* (2014). Pesquisa nas bases sciELO, CINAHL e MEDLINE que incluiu estudos datados entre 2013 e 2018, referentes a crianças dos 0 aos 18 anos com necessidades especiais de saúde (*participantes*), sobre autocuidado (*conceito*), em contexto de Enfermagem pediátrica (*contexto*).

Resultados: A amostra teórica foi constituída por cinco estudos. A promoção do autocuidado visa diminuir o impacto das demandas de autocuidado, a melhoria da qualidade de vida da criança a funcionalidade familiar². Identificaram-se cinco áreas de intervenção de Enfermagem promotoras do autocuidado da criança: avaliação da criança e família (necessidades de autocuidado)^{1,2}, educação para a saúde^{2,3}, instrução para o autocuidado^{2,3} e suporte emocional².

Conclusão: A promoção do autocuidado é uma área de atuação do Enfermeiro especialista. O Enfermeiro prepara e capacita a criança e família para o autocuidado em situação de NES, através da correta identificação de necessidades de autocuidado, educação para a saúde, treino de competências e suporte emocional. Importa empreender estudos referentes à realidade portuguesa e aos projetos dinamizados por enfermeiros.

Referências Bibliográficas

¹ Rodríguez-Sandoval, N., Solorzano-García, E., & Hernández-Cantoral, A. (2013). Estudio de caso de una preescolar con déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta. *Enfermería Universitaria*, pp. 67-72.

² Salvador, M., Gomes, G., Oliveira, P., Gomes, V., Busanello, J., & Xavier, D. (Julho-Setembro de 2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crónicas. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 662-669.

³ Sampaio Filho, F., Gubert, F., Pinheiro, P., Martins, A., Vieira, N., & Nóbrega, M. (2013). The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*.





CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA PORTO

DECLARAÇÃO

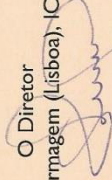
1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) ‘Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia’

Para os devidos efeitos se declara que **JOANA SANTOS, ZAIDA CHAREPE e MARGARIDA LOURENÇO** participaram com um Poster:

“Intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado da criança com necessidades especiais de saúde: Scoping Review”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

Apêndice III: Póster apresentado ao 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, intitulado “O papel do Enfermeiro na prevenção de maus tratos infantis: Scoping Review”

O papel do Enfermeiro na prevenção de maus tratos infantis: *Scoping Review*

Santos, Joana (1); Charepe, Zaida (2); Lourenço, Margarida (2)

(1) Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
(2) Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO:

São maus tratos infantis todas as ações ou omissões não acidentais, praticadas pelos pais, cuidadores ou terceiros, que constituam ameaça à segurança, à dignidade e ao desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança¹. Os maus tratos infantis comprometem o desenvolvimento da criança e causam grande impacto individual, familiar e social, sendo a sua prevenção uma obrigação social e política^{2,3}. O Enfermeiro é um elemento-chave na abordagem aos maus tratos infantis, importando definir o seu papel na prevenção.



OBJETIVO:

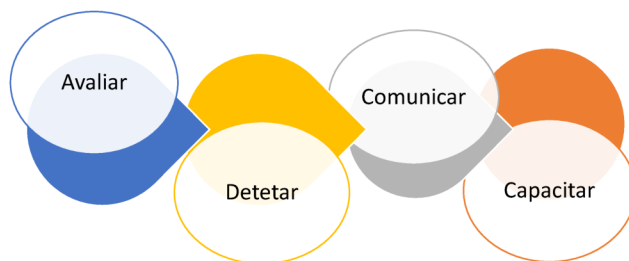
Mapear a evidência científica disponível acerca do papel do Enfermeiro na prevenção de maus tratos infantis, em contexto de cuidados de Enfermagem.

MÉTODO DE REVISÃO:

Scoping Review segundo o Joanna Briggs Institute (2014). Pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, incluindo estudos referentes a crianças dos 0 aos 18 anos (*População*), sobre maus tratos infantis (*Conceito*), em contexto de cuidados de enfermagem (*Contexto*).

RESULTADOS:

Incluíram-se sete estudos, com um período temporal de publicação entre 2013 e 2018 tendo-se compreendido que o papel do Enfermeiro é relevante pela sua competência para a avaliação familiar, detetar precocemente situações de criança em risco, comunicar eficazmente e capacitar as famílias para a prevenção dos maus tratos infantis.



CONCLUSÃO:

O papel do Enfermeiro concretiza-se na avaliação da criança e família, na identificação do contexto familiar e competência parental, verificação da presença de fatores de risco ou sinais de alerta. Para avaliar, estabelece uma relação empática e terapêutica com a família e uma relação efetiva com a criança. É também o seu papel capacitar e sensibilizar os pais, responsáveis e sociedade, assumindo-se como interveniente ativo no planeamento de políticas de saúde e proteção das crianças e jovens. Todos os artigos sugerem realizar mais estudos sobre o papel na prevenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

¹Direção-Geral da Saúde. (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

²Pasian, M., Faleiros, J., Bazon, M., & Lacharité, C. (Dezembro de 2013). Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos. Pensando Famílias, pp. 61-70.

³Pratas, A., Eira, J., Ribeiro, E., & Cordeiro, L. (2017). A par e passo com a família: a importância da educação parental para os técnicos que intervêm junto de famílias multidesafiadas. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, pp. 247-259.



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

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”


Para os devidos efeitos se declara que **JOANA SANTOS, ZAIDA CHAREPE e MARGARIDA LOURENÇO** participaram com um Poster:

“O papel do Enfermeiro na prevenção de maus tratos infantis: Scoping Review”

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado

Apêndice IV: Trabalho desenvolvido no âmbito da Equipa de Intervenção
Precoce na Infância



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem, área de especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Trabalho desenvolvido no âmbito da Equipa de Intervenção
Precoce na Infância, em contexto de Cuidados de Saúde Primários**

Joana Filipa Santos Mendes

LISBOA, 2018

Índice

<u>Introdução.....</u>	<u>93</u>
<u>Autocuidado e crianças com necessidades especiais de saúde.....</u>	<u>94</u>
<u>Enquadramento teórico e legal sobre Intervenção Precoce na Infância.....</u>	<u>95</u>
<u>Caracterização da Equipa Local de Intervenção XYZ.....</u>	<u>97</u>
<u>Atividades desenvolvidas.....</u>	<u>98</u>
<u>Visita ao contexto educativo da Criança A.....</u>	<u>98</u>
<u>Planeamento, implementação e avaliação da atividade.....</u>	<u>99</u>
<u>Consulta do PIIP da Criança A – dados relevantes.....</u>	<u>99</u>
<u>Necessidades da Criança A (perspetiva de Enfermagem).....</u>	<u>101</u>
<u>Grelha de observação não-participante.....</u>	<u>104</u>
<u>Breve reflexão sobre o papel do Enfermeiro.....</u>	<u>106</u>
<u>Referências Bibliográficas.....</u>	

Introdução

O trabalho desenvolvido no âmbito da Equipa de Intervenção Precoce na Infância teve em vista a concretização do objetivo específico “Acompanhar a atividade desenvolvida pela Equipa de Intervenção Precoce na Infância”, tendo-se regido pelo seguinte planeamento de atividades:

- * Acompanhamento de reuniões e do trabalho desenvolvido pela Equipa de Intervenção Precoce na Infância;
- * Mobilização de legislação no âmbito da Intervenção Precoce na Infância;
- * Acompanhamento dos técnicos em duas visitas em contexto educativo/domiciliário;
- * Reflexão crítica acerca das estratégias implementadas em PIIP, identificando as estratégias promotoras do autocuidado na criança;
- * Reflexão crítica acerca dos contributos do Enfermeiro EECJ no âmbito da Intervenção Precoce na Infância.

Neste documento, regista-se o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências desenvolvido ao longo do estágio.

Autocuidado e crianças com necessidades especiais de saúde

O **autocuidado**, segundo Orem, pode definir-se como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos. Os dois principais objetivos do autocuidado são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Constitui, portanto, uma função reguladora com vista à autonomização que, se efetuada de forma intencional e consciente, se pode designar de atividade de autocuidado (Queirós et. al, 2014).

A **Teoria do Deficit de Autocuidado** desenvolvida por Dorothea Orem entre 1959 e 1985, interrelaciona três teorias:

- * Teoria do Autocuidado: como e porquê as pessoas cuidam de si;
- * Teoria do Déficit de Autocuidado: descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela Enfermagem;
- * Teoria dos Sistemas de Enfermagem: descreve e explica as relações a criar e manter para a atuação de Enfermagem.

A Teoria do Déficit de Autocuidado defende que a necessidade de cuidados de Enfermagem se relaciona com a subjetividade da maturidade da pessoa face às limitações que enfrenta na sua situação de saúde ou relacionada com os cuidados de saúde (Queirós et. al, 2015). A presença destas limitações faz com que a pessoa fique parcial ou completamente incapaz de cuidar de si (déficit de autocuidado) e é neste ponto que surge a necessidade de intervenção de Enfermagem. Quanto maior a exigência de autocuidado face à capacidade da pessoa para a enfrentar, maior a necessidade de cuidados de Enfermagem.

Com o crescimento e desenvolvimento saudável, a criança vai progressivamente tornando-se mais capaz de fazer coisas por si (adquire autonomia). Contudo, em situações de alterações graves do desenvolvimento, deficiências ou estados de dependência, a autonomia da criança pode estar limitada ou mesmo totalmente comprometida. Estas situações, de elevada complexidade, representam desafios significativos para a criança e também para a sua família.

Consideram-se **Necessidades Especiais de Saúde** (NES) as que têm origem em problemas de saúde física e mental cujas consequências tenham impacto na funcionalidade, criem limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, envolvam irregularidade na frequência escolar e comprometam o processo de aprendizagem (DGS, 2018). A criança com NEE apresenta uma condição crónica, temporária ou permanente, com repercussões a nível físico, do seu desenvolvimento, comportamental ou emocional, que instalam a necessidade de recorrer a cuidados de saúde mais frequentemente ou a cuidados mais complexos face às crianças com desenvolvimento normal da mesma idade (Zamberlan et. al, 2013).

A criança e família que defronta pela primeira vez uma situação de NEE está perante um desafio pessoal e familiar ao qual terá de dar resposta. A criança e família encontram-se, portanto, num processo de transição que implica, em várias situações, uma

incapacidade para o autocuidado, no que diz respeito à criança conseguir cuidar de si e à família conseguir cuidar da criança que está dependente de cuidados (Queirós et. al, 2014).

Enquadramento teórico e legal sobre Intervenção Precoce na Infância

Em Portugal, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, as Unidades de Cuidados na Comunidade intervém no âmbito do **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)**. O SNIPI, regulamentado pelo Decreto-Lei nº 281/2009, tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância, consistindo num conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e sua família, onde se incluem ações preventivas e reabilitativas no âmbito da educação, saúde e ação social. Funciona pela articulação e coordenação do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Ministério da Educação, Ministério da Saúde e pelo envolvimento das famílias e da comunidade.

São **destinatários** de intervenção precoce as crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento bem como as suas famílias.

Os **critérios de elegibilidade** para apoio no âmbito do SNIPI dividem-se em dois grupos:

- * **Grupo 1 – Alterações nas funções ou estruturas do corpo** que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social:
 - **Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida** que abranja uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa);
 - **Condições específicas:** anomalia cromossómica; perturbação neurológica; malformações congénitas; doença metabólica; défice sensorial; perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas; perturbações relacionadas com infeções severas congénitas; doença crónica grave; desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação; perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.
- * **Grupo 2 – Risco grave de atraso de desenvolvimento** pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança:
 - **Crianças expostas a fatores de risco biológico:** história familiar de anomalias genéticas associadas a perturbações do desenvolvimento; exposição intrauterina a tóxicos; complicações pré-natais severas; prematuridade (<33 semanas de gestação); muito baixo peso à nascença (<1,5 Kg); atraso de crescimento intrauterino (peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação); asfixia perinatal grave (índice de Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão umbilical <7,2 ou

manifestações neurológicas ou orgânicas sistêmicas neonatais); complicações neonatais graves; hemorragia intraventricular; infecções congénitas; criança positiva para HIV; infecções graves do sistema nervoso central; traumatismos cranianos graves; otite média crónica com risco de défice auditivo.

○ **Crianças expostas a fatores de risco ambiental:**

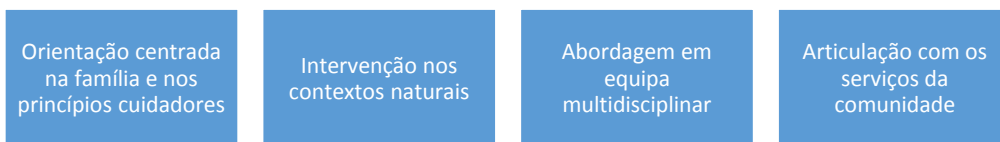
- **Fatores de risco parentais:** mães adolescentes com menos de 18 anos; abuso de álcool ou outras substâncias aditivas; maus-tratos ativos; doença do foro psiquiátrico; doença física incapacitante ou limitativa.
- **Fatores de risco contextuais:** isolamento; pobreza; desorganização familiar; preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, cuidadores ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interação mãe/pai-criança.

A **referenciação** das crianças pode ser feita por qualquer membro da comunidade, desde que reconheça comprometimento do desenvolvimento da criança aos níveis da prestação de cuidados básicos inadequados, saúde, educação ou outros. A participação deverá ser fundamentada e registada em impresso próprio (ficha de referenciação).

Quanto mais precocemente se acionarem as intervenções e políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades das crianças, mais capazes elas se tornam de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção de limitações funcionais.

Para cada criança deverá ser construído um **Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)**, instrumento chave para a organização das famílias e dos profissionais, com vista a estabelecer um diagnóstico adequado que considere os problemas e o potencial de desenvolvimento da criança e família, bem como as alterações ao meio ambiente necessárias para que o potencial se desenvolva.

A intervenção precoce na infância deve guiar-se por quatro eixos:



Caracterização da Equipa Local de Intervenção XYZ

A Equipa de Intervenção Precoce (ELI) de XYZ tem como **objetivos de intervenção**:

- * Identificar as crianças residentes no concelho com alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco de atraso do desenvolvimento;
- * Capacitar os principais cuidadores que intervêm com a criança;
- * Garantir o acesso de forma igualitária a recursos comunitários e aos direitos básicos de cidadania necessários à inclusão das crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias;
- * Sensibilizar a comunidade para a importância da intervenção precoce;
- * Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;
- * Assegurar processos de transição das crianças e famílias apoiadas para outros programas, serviços ou contextos educativos.

As ELI são constituídas por equipas pluridisciplinares com base em parcerias institucionais e envolvem vários profissionais. A ELI de XYZ tem a seguinte composição:

Categoria	Número de profissionais	Carga horária
Técnico de Serviço Social	1	7h/semana
Terapeuta da Fala	1	10h/semana
Psicóloga	1	17h30/semana
Fisioterapeuta	1	17h30/semana
Professor de Educação Especial	3	35h/semana (cada)
Enfermeira	1	9h/semana

Apresenta-se abaixo a **casuística** da ELI de XYZ, referente ao ano 2017.

Número de todos os casos da ELI em 2017	118
Referenciações:	
Saúde	64
Educação	30
Segurança social	0
CPCJ e Tribunais	3
Família	10
Outros	11
Idade das crianças:	
Crianças até aos 3 anos	27
Crianças com 4 ou mais anos	91
Número de crianças por critério de elegibilidade:	
Grupo 1 (exclusivamente)	111
Grupo 2 (exclusivamente)	0
Grupo 1 + 2	7
Número de crianças por tipo de intervenção:	

Direta	88
Vigilância	28
Encaminhamentos	2
Número de crianças por contexto de intervenção:	
Domicílio	9
Creche ou jardim-de-infância	76
Misto	21
Outro	12

Salienta-se da análise desta casuística que o grande sinalizador das situações das crianças e famílias acompanhadas pela ELI de XYZ é a Saúde. O Enfermeiro, enquanto profissional responsável pela prevenção e promoção da saúde junto das famílias, tem grande impacto no que diz respeito a estar alerta para situações que possam resultar em necessidades especiais de saúde e necessidade de intervenção da ELI. Esta vigilância e alerta pode ser feita através dos vários programas que os Enfermeiros integram nos Cuidados de Saúde Primários, mais especialmente no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, da Saúde Escolar, da Saúde Materna e do Planeamento Familiar.

Atividades desenvolvidas

Visita ao contexto educativo da Criança A

A visita ao contexto educativo da Criança A foi realizada pela Docente de Educação Especial, a qual teve a oportunidade de acompanhar. Esta atividade, prevista em Projeto de Estágio, teve como objetivos:

- * Identificação da situação clínica da Criança A;
- * Identificação das intervenções previstas em PIIP;
- * Efetuar um plano de cuidados tendo em conta as necessidades da Criança A, à luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;
- * Observação não participante da intervenção em contexto educativo efetuada pela Docente de Educação Especial;
- * Reflexão crítica sobre o contributo do Enfermeiro EESCJ em contexto, no caso da Criança A.

Previamente à realização da visita foi efetuada consulta do PIIP já efetuado para a Criança A, onde se identificaram as intervenções previstas. A partir desta etapa identificou-se também a necessidade de aprofundar conhecimento sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, que se efetivou através de pesquisa bibliográfica.

Posteriormente, identificaram-se as necessidades da Criança A sob a perspetiva da Enfermagem (EESCJ) e à luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Para concretização desta etapa, construiu-se um plano de cuidados para a Criança A, no qual se fez a interligação entre a parametrização CIPE e as propostas de intervenções de

Enfermagem promotoras do autocuidado de Orem. Seguidamente construiu-se uma grelha de observação não-participante para guiar a visita ao contexto.

Após realização da visita, análise da grelha e observação e tendo por base a consolidação de conhecimentos anterior, efetuou-se uma reflexão crítica sobre a importância da inclusão do Enfermeiro ESCJ nas intervenções em contexto.

Planeamento, implementação e avaliação da atividade

Atividade	Recursos	Crítérios de Avaliação	Avaliação
Acompanhamento de técnico em visita em contexto educativo à Criança A.	Enfermeira orientadora;	Identificação da situação clínica da Criança A;	√
	Docente de Educação Especial;	Identificação das intervenções previstas em PIIP;	√
	Membros da ELI;	Efetuar um plano de cuidados tendo em conta as necessidades da Criança A, à luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;	√
	Legislação aplicável no âmbito da Intervenção Precoce na Infância;		Observação não participante da intervenção em contexto educativo efetuada pela Docente de Educação Especial;
	Documentos técnicos relacionados com Intervenção Precoce na Infância;	Reflexão crítica sobre o contributo do Enfermeiro EESCJ em contexto, no caso da Criança A.	√
	Teoria do Défice do Autocuidado (Orem); PIIP da Criança A; Pesquisa bibliográfica.		

Consulta do PIIP da Criança A – dados relevantes

Nome: Criança A, 3 anos

Elementos envolvidos no PIIP: mãe, pai, educadora titular de grupo, responsável de caso (docente de educação especial).

Instrumentos utilizados na construção do PIIP: entrevista baseada nas rotinas.

Contexto familiar: A Criança A vive com a mãe e o pai, estando a mãe grávida do segundo filho à data de criação do PIIP. Atualmente, já nasceu a irmã que tem à data da realização desta atividade, 4 meses. Os pais da Criança A estão ambos empregados, tendo uma atividade laboral que os condiciona bastante em termos do tempo disponível para estar com a Criança A. A família não refere pessoas com as quais possa contar, ou serviços aos quais recorra para apoio familiar. A Criança A frequenta o jardim-de-infância. Em termos das suas atividades, a Criança A gosta de brincar em casa e na escola, habitualmente

sozinha, e de utilizar o IPAD. Fora de casa, gosta de ir ao parque e às compras com os pais.

Contexto clínico: Perturbação de Espectro de Autismo em estudo.

As preocupações dos pais incidem ao nível das três áreas nas quais a Criança A precisa de ajuda:

- * Linguagem/comunicação;
- * Interação social (interagir e brincar com crianças, cumprimentar adultos e crianças);
- * Autonomia (alimentar-se autonomamente, cuidar da sua higiene e uso do sanitário).

Necessidades da Criança A (perspetiva de Enfermagem)

CIPE		Fundamentação à luz da TDAE de Orem		
Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Requisito de autocuidado	Métodos de ajuda	Sistema de Enfermagem
Défi ce no autocuidado alimentar-se <u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A consiga alimentar-se sozinha.	Avaliar comportamento de comer ou beber; Assistir a criança a comer ou beber; Ensinar sobre técnica de alimentação; Promover a alimentação.	Universal Desvio de saúde	- Agir e fazer pela criança; - Guiar e orientar a criança na alimentação; - Ensinar técnicas de alimentação (ajudar a criança a levar a mão com a colher à boca); - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança.	Sistema totalmente compensatório (orientação e supervisão constantes) Sistema de apoio-educação (controlo do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)
Défi ce no autocuidado higiene <u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A consiga executar a sua higiene	Avaliar padrão de higiene; Assistir na higiene; Ensinar sobre higiene; Promover higiene.	Universal Desvio de saúde	- Agir e fazer pela criança; - Guiar e orientar a criança na higiene; - Ensinar técnicas de higiene (lavar as mãos e escovar os dentes); - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança.	Sistema totalmente compensatório (orientação e supervisão constantes) Sistema de apoio-educação (controlo do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)
Défi ce no autocuidado usar o sanitário (mantém uso de fralda)	Apoiar o cuidador durante treino para usar o sanitário; Assistir a criança no uso do sanitário; Promover eliminação urinária efetiva; Promover eliminação intestinal efetiva;	Universal Desvio de saúde	- Agir e fazer pela criança; - Guiar e orientar a criança no uso do sanitário; - Ensinar técnicas de uso do sanitário (criar horários e rotinas);	Sistema totalmente compensatório (orientação e supervisão constantes)

<p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A consiga adquirir controlo de esfíncteres e utilize o sanitário.</p>	<p>Uso de técnica de treino vesical; Uso de técnica de treino intestinal.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	<p>Sistema de apoio- educação (controlo do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)</p>
<p>Capacidade para comunicar comprometida</p> <p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A consiga comunicar eficazmente.</p>	<p>Estabelecer confiança; Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos; Identificar obstáculos à comunicação; Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo.</p>	<p>Desvio de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar e orientar a criança na comunicação; - Ensinar técnicas de comunicação (pedir o que pretende, expressar sentimentos); - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	<p>Sistema totalmente compensatório (orientação e supervisão constantes)</p> <p>Sistema de apoio- educação (controlo do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)</p>
<p>Capacidade para executar funções motoras finas comprometida</p> <p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A consiga executar funções motoras finas.</p>	<p>Providenciar material educativo; Reforçar capacidades.</p>	<p>Desvio de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agir e fazer pela criança (demonstrar); - Guiar e orientar a criança em atividades que impliquem funções motoras finas; - Ensinar técnicas (através do brincar); - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	<p>Sistema totalmente compensatório (orientação e supervisão constantes)</p> <p>Sistema de apoio- educação (controlo do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)</p>
<p>Capacidade para socializar comprometida</p> <p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A</p>	<p>Preparar criança para o papel de irmão; Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo.</p>	<p>Desvio de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar e orientar a criança na socialização (demonstrar, pedir que cumprimente, falar sobre a irmã e sobre bebés); 	<p>Sistema totalmente compensatório (orientação e supervisão constantes)</p>

consiga socializar com adultos e crianças.			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de socialização (ensinar como se cumprimenta, como se agradece); - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	Sistema de apoio-educação (controle do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)
<p>Desenvolvimento da criança comprometido</p> <p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A tenha o melhor nível de desenvolvimento infantil, face à idade e à situação clínica.</p>	Avaliar desenvolvimento da criança; Promover desenvolvimento infantil.	Desvio de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	Sistema de apoio-educação (controle do comportamento, promoção da criança como agente de autocuidado)
<p>Risco de violência</p> <p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a Criança A não seja vítima de violência nos contextos familiar, educativo e social.</p>	Avaliar risco de violência.	Desvio de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	Sistema totalmente compensatório (apoiar e proteger a criança)
<p>Risco de stress familiar</p> <p><u>Resultado esperado:</u> Pretende-se que a família da Criança A não desenvolva situação de stress familiar que comprometa a vinculação, o desempenho parental e o saudável desenvolvimento da Criança A</p>	<p>Apoiar a família;</p> <p>Avaliar conhecimento da família;</p> <p>Ensinar cuidador/Avaliar ensinios;</p> <p>Avaliar expectativas;</p> <p>Avaliar nível de <i>stress</i> familiar;</p> <p>Colaborar com a família;</p> <p>Coordenar conferência familiar;</p> <p>Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados;</p> <p>Promover a ligação cuidador-criança;</p> <p>Promover o papel de cuidador.</p>	Desvio de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoio físico e psicológico à criança; - Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal da criança. 	Sistema de apoio-educação (controle do comportamento, ação de consultoria)

Grelha de observação não-participante

Autocuidados comprometidos na Criança A: Cuidar da sua higiene; Alimentar-se sozinha; Linguagem; Interação social.

Diagnóstico	Métodos de ajuda	Observado	Estratégias observadas	Não observado
Criança com habilidade para banhar-se/escovar os dentes/higiene íntima diminuída.	Guiar e orientar.			x
	Proporcionar apoio físico e psicológico.			x
	Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal.			x
	Ensinar.			x
Criança com habilidade para se alimentar sozinha diminuída.	Guiar e orientar.			x
	Proporcionar apoio físico e psicológico.			x
	Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal.			x
	Ensinar.			x
Criança com habilidade de linguagem comprometida	Guiar e orientar.	x	A Docente de Educação Especial recorreu a uma atividade com livro, através do qual a Criança A conseguia sentir diferentes texturas, cores e tamanhos de imagens. Trabalhou com a Criança A a nomeação de palavras, a construção de frases com essas palavras e ainda a comparação entre imagens. Sempre que a Criança A não conseguiu	
	Proporcionar apoio físico e psicológico.	x		
	Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal.	x		
	Ensinar.	x		

			completar a tarefa, foi ensinada sobre como o fazer. Durante todo o processo foi estabelecida relação de confiança e muito reforço positivo.	
Criança com capacidade para interação social comprometida.	Guiar e orientar.	x	Neste campo a estratégia utilizada foi o jogo em grupo. A Docente de Educação Especial reuniu um grupo de três colegas de turma da Criança A e em grupo jogaram a jogos de imagens e correspondências. Foi promovida a comunicação entre a Criança A e os seus pares, bem como incentivado o cumprimento de regras sociais. Sempre que não conseguiu completar autonomamente uma tarefa, a Criança A foi apoiada e orientada.	
	Proporcionar apoio físico e psicológico.	x		
	Proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal.	x		
	Ensinar.	x		

Breve reflexão sobre o papel do Enfermeiro

Após acompanhar o trabalho desenvolvido pela ELI com a Criança A, confrontei-me com o facto de muitas das necessidades da criança não estarem a ser profissionalmente abordadas. Clarificando, a Criança A tem compromisso em duas áreas objetivas do autocuidado: alimentação e higiene. Aquando da visita em contexto educativo, questioneei a Docente de Educação Especial sobre quem trabalha com a criança estas duas necessidades tão fundamentais para a autonomia. Pude compreender que, neste campo, são os pais os responsáveis por apoiar, ensinar e orientar a Criança A. Posto isto, considere fundamental questionar qual poderia ser o papel do Enfermeiro na abordagem a este caso em concreto.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem nos seus objetivos de intervenção a resposta a situações complexas da criança e família, para a qual deve possuir conhecimentos e habilidades que lhe permitam antecipar-se às situações de emergência, para avaliar a criança e família de acordo com as suas necessidades, tendo em conta a sua adaptação a alterações que decorram na sua dinâmica familiar ou estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Orem (1985) define autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa para seu próprio benefício, com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Para a autora, os cuidados de Enfermagem são necessários sempre que as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar, sendo que, no caso das crianças, são necessários também perante a incapacidade dos pais/responsáveis responderem às necessidades de autocuidado da criança (Orem, 1985).

Entendendo que o autocuidado constitui um diagnóstico de Enfermagem, o Enfermeiro Especialista tem competência para promover o autocuidado e adaptação e, ainda, que a criança com necessidades especiais de saúde representa uma situação de necessidade de cuidados de Enfermagem, **porque fica o Enfermeiro em segundo plano?**

Enquanto profissional e, agora, estudante da especialidade, considero que o papel do Enfermeiro no âmbito da Intervenção Precoce na Infância está subvalorizado. Objetivou-se pela Criança A, mas considero nesta análise todas as crianças com necessidades especiais de saúde que são seguidas pela ELI. O trabalho desenvolvido incide sobretudo nas necessidades educativas especiais das crianças, não existindo abordagem específica na área da saúde, a não ser a que é desenvolvida pela psicóloga e terapeuta da fala da equipa.

Reconheço nos enfermeiros a competência da educação para a saúde, bem como da educação para a aquisição de competências. No caso da Criança A, defendo que a

intervenção do Enfermeiro em campo seria benéfica nomeadamente no que diz respeito a ensino aos pais sobre as estratégias de promoção do autocuidado da Criança A, bem como no apoio e orientação do desenvolvimento de competências e capacidades da Criança A para o autocuidado.

Tendo em conta que se tratam de necessidades de autocuidado de alimentação e higiene, acredito que a intervenção de Enfermagem beneficiaria de ser implementada em contexto domiciliar já que é primeiramente no seio familiar que a criança desenvolve as suas competências a este nível. O contexto de domicílio representa também uma mais-valia pois é o ambiente normal e habitual da Criança A, no qual se poderiam encontrar estratégias para o autocuidado, bem como incluir os restantes membros do agregado familiar.

Para refletir:

Porque continuam os Enfermeiros em segundo plano, quando poderiam estar no terreno a efetivamente ser parte ativa na melhoria da qualidade de vida das crianças e famílias? O que poderia ser feito em termos de alteração ao enquadramento do SNIPI, para que esta realidade se torne possível?

Referências bibliográficas

Decreto-lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro: Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (6 de Outubro de 2009). Lisboa: Diário da República.

Fundação Calouste Gulbenkian. (s/ data). Crianças diferentes: Intervenção Precoce, O processo de construção de boas práticas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer n.º 9/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1985). Nursing Concepts of Practice. Mosby.

Ozonoff, S., Rogers, S., & Hendren, R. (2003). Perturbações do espectro do autismo: perspectiva da investigação actual. Lisboa: Climepsi Ed.

Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (Novembro/Dezembro de 2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, pp. 157-164.

Zamberlan, K., Neves, E., Silveira, A., & Paula, C. (Abril/Junho de 2013). O cuidado familiar à criança com necessidades especiais de saúde no contexto da comunidade. Ciência, Cuidado e Saúde, pp. 290-297.

**Apêndice V: Trabalho desenvolvido no âmbito do Curso de Massagem
Infantil**

Curso XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés



“A massagem dos bebés é uma arte tão antiga, quanto profunda. Simples mas difícil. Difícil por ser simples, como tudo o que é profundo.”
Frédéric Leboyer, Obstetra

Cursos

- *Sextas-feiras, das 9h30 às 10h30 na Sala A;*
- *Sextas-feiras, das 14h às 15h no Ginásio B.*

Destinatários: bebés dos 0 aos 12 meses + dois acompanhantes adultos.



Inscrição

Pode formalizar a inscrição após o nascimento do bebé, enviando nome completo do bebé, data de nascimento, nome completo dos dois acompanhantes e qual o curso que pretende frequentar, para o e-mail xyz@xyz.pt

Entidade promotora:

Unidade de Cuidados na Comunidade XYZ

Planeamento de sessões

1ª Sessão	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do Curso de Massagem Infantil;- Ensino e demonstração das técnicas de massagem das pernas e pés.
2ª Sessão	<ul style="list-style-type: none">- Repetição das técnicas anteriores;- Ensino e demonstração das técnicas de massagem da barriga e peito;- Ensino e demonstração do protocolo de massagem para o alívio das cólicas.
3ª Sessão	<ul style="list-style-type: none">- Repetição das técnicas anteriores;- Ensino e demonstração das técnicas de massagem dos braços e mãos.
4ª Sessão	<ul style="list-style-type: none">- Repetição das técnicas anteriores;- Ensino e demonstração das técnicas de massagem da cara e costas.
5ª Sessão	<ul style="list-style-type: none">- Repetição das técnicas anteriores e treino da sequência completa de relaxamento;- Ensino e demonstração das técnicas de ginástica para bebés, baseadas nos princípios do Yoga.

Material de suporte para as sessões

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

BENEFÍCIOS ALARGADOS DA MASSAGEM INFANTIL



Os profissionais de saúde, clínicos e especialistas nos cuidados pediátricos/familiares utilizam a Massagem Infantil como uma intervenção para promover o bem-estar e a saúde das famílias. Todos os bebés são bem-vindos aos cursos, os bebés é que comandam as sessões. O Curso está disponível de forma gratuita e abrangente para todos. É um momento privilegiado para o estabelecimento de relações sociais dentro da família, fortalece a vinculação pais-bebé, estimula o apoio entre pares, promove uma parentalidade conjunta (uma oportunidade para os pais partilharem ideias um com o outro), reduz o isolamento e a depressão pós-parto. É um programa transcultural, não invasivo e simples, para seguir o ritmo de cada um.

Benefícios para os pais:

Melhora a compreensão dos sinais e da comunicação do seu bebé, saber interpretá-los e respeitá-los. Oportunidade para conhecer a singularidade do bebé. Promove uma vinculação segura, melhorando a autoestima e a confiança, melhorando as competências parentais, envolvendo precocemente ambos os pais. Proporciona momentos de qualidade, diminui a presença de hormonas de ansiedade, aumenta os níveis de hormonas de relaxamento (ocitocina e prolactina). Facilita o relaxamento e promove o sono de qualidade. Estimula a amamentação.

Benefícios para toda a família:

Proporciona oportunidade de envolvimento dos irmãos, atuando na diminuição de rivalidades. Contempla o envolvimento da família alargada. Intensifica o respeito entre os membros da família. Proporciona um ambiente relaxante, a redução de conflitos e a melhoria do sono.

Benefícios para a sociedade:

Em termos sociais, promove a intensificação do respeito e da empatia, a redução da invasão da intimidade, da violência e da agressividade. Cria oportunidades de toque positivo. Permite a redução de custos do sistema nacional de saúde, através da promoção de sociedades mais saudáveis.

Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DAS PERNAS E PÉS



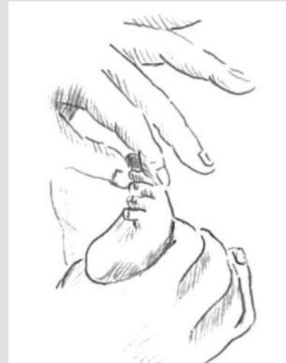
1. ORDENHA INDIANA



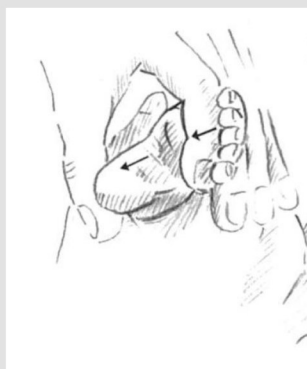
2. ROSCA



3. DESLIZAR NA PLANTA DO PÉ



4. ROLAR OS DEDOS



5. PRESSÃO COM O INDICADOR



6. CAMINHAR NA PLANTA DO PÉ

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DAS PERNAS E PÉS (CONTINUAÇÃO)



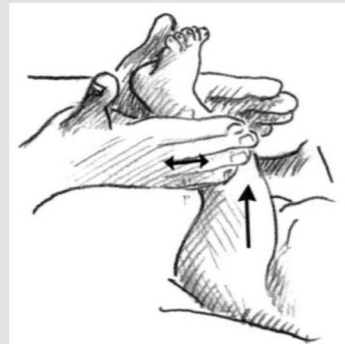
7. DESLIZAR NO DORSO DO PÉ



8. CÍRCULOS NO TORNOZELO



9. ORDENHA SUECA



10. ROLAR



11. CÍRCULOS NAS NÁDEGAS

12. INTEGRAÇÃO

Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

PROTOCOLO DE MASSAGEM PARA ALÍVIO DAS CÓLICAS

Este protocolo de massagens pode ser utilizado quando ocorrem problemas como dores, gases, obstipação ou cólicas. Repita esta série de técnicas três vezes, 2-3 vezes por dia, pelo menos durante duas semanas. Este protocolo demora cerca de 5-10 minutos. Algumas técnicas alternativas que também podem ajudar são: Pousar as mãos, Toque de Relaxamento e Contenção.

1. Pousar as Mãos

Começar por respirar profundamente para relaxar, pousar as mãos na barriga do bebé.

2. Pás de Moinho

Realizar seis vezes com cada mão. Massajar com as mãos alternadas desde as costelas até às pernas.

3. Joelho à Barriga

Empurrar os joelhos juntos até à barriga. Manter durante 6 segundos. Usar o Toque de Relaxamento, baluçando as pernas gentilmente.

4. Sol e Lua

Realizar seis vezes. Uma mão desenha um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio. A outra mão desenha um semicírculo no mesmo sentido (aproximadamente das 10h às 5h de um relógio).

5. Joelhos à Barriga

Empurrar os joelhos juntos até à barriga. Manter durante 6 segundos. Usar o Toque de Relaxamento, baluçando as pernas gentilmente.



2.



4.

Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DA BARRIGA



1. PÁS DE MOINHO



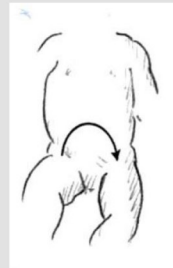
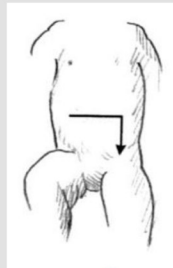
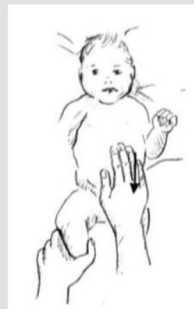
2. PÁS DE MOINHO PERNAS LEVANTADAS



3. AFASTAR POLEGARES



4. SOL E LUA



5. I LOVE YOU



6. CAMINHAR DOS DEDOS

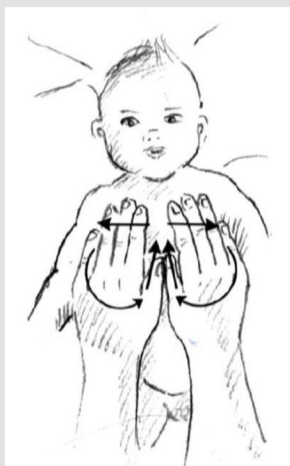
Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DO PEITO



1. ABRIR O LIVRO



2. BORBOLETA

3. INTEGRAÇÃO

Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DOS BRAÇOS E MÃOS



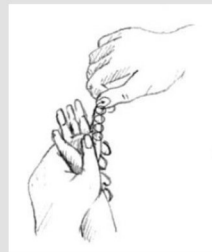
1. DESLIZAR NA AXILA



2. ORDENHA INDIANA



3. ROSCA



4. DESLIZAR NA PALMA
DA MÃO E ROLAR OS
DEDOS

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DOS BRAÇOS E MÃOS (CONTINUAÇÃO)



5. DESLIZAR NAS COSTAS DA MÃO



6. CÍRUCLOS NO PULSO



7. ORDENHA SUECA



8. ROLAR

9. INTEGRAÇÃO

Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ
Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

**IMPORTÂNCIA DO SONO PARA O BEM-ESTAR DO BEBÉ E
FAMÍLIA**



O sono tem um papel importante no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem. É um processo fisiológico complexo, influenciado por vários fatores. Caracteriza-se por vários estádios e ciclos, alternando entre sono leve e profundo e diferentes níveis de atividade elétrica cerebral. É durante o sono que a hormona do crescimento tem o seu pico e é durante o sono noturno que o cérebro gere os estímulos e aprendizagens experienciadas durante o dia.

Até ao primeiro mês de vida, as fases do sono do bebé são mais diferenciadas e, com o crescimento, as suas necessidades de sono vão-se alterando. É normal que o recém-nascido tenha ciclos de sono curtos (20-30 minutos) e facilmente despertável. Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos de sono começam a organizar-se.

Ao primeiro mês é normal que a criança desenvolva agitação ao final do dia, ficando inquieta e com choro inconsolável. Trata-se de um período transitório normal, porém os pais devem estar atentos às possíveis necessidades da criança (fome, higiene ou desconforto).

Aos 3 meses, a maior parte das crianças já estabelece um padrão de sono relativo aos períodos de dia e noite. Aos 4 meses é expectável que a criança consiga dormir cerca de oito horas seguidas, podendo acordar uma a duas vezes durante este período.

Tempo de Sono recomendado nas 24h World Association of Sleep Medicine	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

Fontes: Arriaga et. al, 2015; Martello, 2015; World Sleep Society

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

IMPORTÂNCIA DO SONO PARA O BEM-ESTAR DO BEBÉ E FAMÍLIA (continuação)

Promover hábitos de sono saudáveis para o bebé:

Os Dez Mandamentos do Sono para Crianças (0-12 meses) - World Association of Sleep Medicine

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência cerca das 21h) e acordar.
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana.
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir.
- Incentivar a adormecer de forma independente.
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante a manhã.
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto e limitar a sua utilização antes de dormir.
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições.
- Manter um horário de sesta apropriado à idade.
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia.
- Não oferecer alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café ou refrigerantes).

A qualidade de sono do bebé influencia a qualidade de sono dos pais, podendo comprometer o desempenho do papel parental, a dinâmica familiar e o bem-estar psicológico (Arriaga et.al, 2015). É importante que os pais, e em particular a mãe, encontrem momentos de relaxamento e definam estratégias que permitam coordenar as suas necessidades com as necessidades do bebé.

Cada bebé é único. Conheça o seu bebé e aprenda com ele a disfrutar da parentalidade de forma saudável.

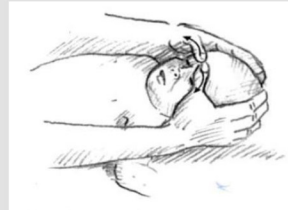
[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ
Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DA CARA



1. ABRIR O LIVRO



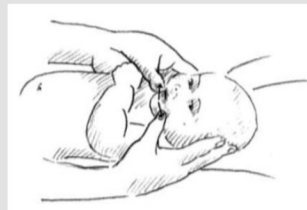
2. DESLIZAR NAS SOBRANCELHAS



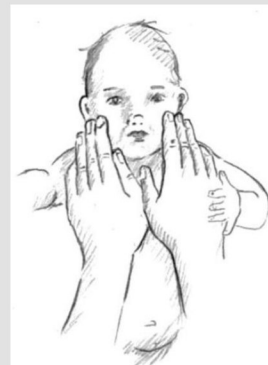
3. SOBE E DESCE DO NARIZ



4. A. SORRISO LÁBIO SUPERIOR



4. B. SORRISO LÁBIO INFERIOR



5. CÍRCULOS NAS BOCHECHAS



6. DESLIZAR ORELHAS AO QUEIXO

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE MASSAGEM DAS COSTAS



1. DESLIZAR
LATERALMENTE



2. DESLIZAR
LONGITUDINALMENTE ATÉ
ÀS NÁDEGAS



3. DESLIZAR
LONGITUDINALMENTE ATÉ
AOS PÉS



4. CÍRCULOS



5. PENTEAR

Adaptado de Manual for Infant Massage Instructors (International Association of Infant Massage)

[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ

TÉCNICAS DE GINÁSTICA PARA BEBÉS

Estes movimentos são exercícios simples que gentilmente estendem os braços e pernas do bebê, massajam o estômago e a pélvis, e alinham a coluna.

São como poses do yoga adaptadas para o bebê. Seja muito gentil e desfrute desta prática, incorporando rimas e jogos. Depois do bebê iniciar a marcha, estes exercícios serão desnecessários, visto que existirão muitas extensões e exercícios no dia-a-dia do bebê.

CRUZAR DE BRAÇOS

Cruze os braços do bebê ao peito três vezes, alternando o braço que está em cima e em baixo. Depois estique gentilmente os braços para os lados. O ritmo é: cruza-cruza-cruza abre. Repita.

CRUZAR BRAÇOS-PERNAS

Pegue num braço pelo pulso e na perna oposta pelo tornozelo. Traga o braço na direção da caixa torácica e o pé até ao ombro (permita que o joelho dobre), cruzando a perna e o braço de modo que este passe por cima da perna. Cruze de novo de forma a que o braço fique por baixo da perna, depois volte a cruzar com o braço por cima da perna. Agora estique-os para fora em direções opostas. O ritmo é: cruza-cruza-cruza abre. Repita com o braço e perna opostos.

CRUZAR DE PERNAS

Cruze as pernas sobre a barriga três vezes, alternando a perna que fica por cima e por baixo. Depois estique gentilmente as pernas na sua direção. O ritmo é: cruza-cruza-cruza estica. Repita.

DOBRAR-ESTICAR AS PERNAS

Empurre os joelhos juntos até à barriga, depois estique-os direitos. Se o bebê resistir ao esticar as pernas, restitua-as gentilmente e encoraje o bebê a relaxar. Repita várias vezes.

BICICLETA

Empurre os joelhos gentilmente à barriga, um a seguir ao outro, depois estique-os novamente para relaxarem. O ritmo é: empurra a direita, empurra a esquerda, empurra a direita, estica, alternando a perna com que começa de cada vez.

Atividade sobre o choro do bebê

Orientação para a atividade “Mitos e verdades associados ao choro do bebê”

Cartolina com as frases da coluna da esquerda

Pequenas cartolinas com as palavras “mito” ou “verdade”.

Solicitar aos pais que façam corresponder as palavras às frases.

Esclarecer os pais:

Se o bebê chora antes do horário da próxima mamada, não devo dar-lhe mama/biberão.	Mito. Nos primeiros meses de vida, os bebês ainda não tem as suas rotinas de alimentação bem estabelecidas e por vezes adormecem durante as mamadas, não ingerindo a quantidade suficiente para os manter satisfeitos. Assim, o bebê chora antes da hora expectável, porque tem fome. O choro de fome é prolongado e muitas vezes antecedido por movimentos e procura do peito da mãe, ou de aproximação dos dedos e mãos à boca.
O bebê pode chorar por ter a fralda suja.	Verdade. O excesso de humidade na fralda é desconfortável para os bebês. Para prevenir a ocorrência deste tipo de choro, os pais podem trocar a fralda ao bebê mais frequentemente, garantindo que durante grande parte do tempo se encontra confortável.
Os bebês recém-nascidos não choram por cólicas, apenas por fome.	Mito. Com a maturação do sistema digestivo e a acumulação natural de gases, geralmente os recém-nascidos sofrem com cólicas. O choro associado às cólicas é habitualmente agudo e associado a movimentos de desconforto como contorcer o tronco e esticar as pernas. A massagem pode ser benéfica para aliviar o desconforto.
O bebê pode chorar tanto por frio como por calor.	Verdade. O bebê sente desconforto tanto com excesso de calor como de frio. Nesta situação, o choro do bebê é alto. Em caso de frio, deve ajustar-se a roupa do bebê e, em caso de calor poderá dar-se banho ao bebê como forma de refrescar e relaxar.
Consolar o choro do bebê é prejudicial. Deve-se deixar chorar.	Mito. O choro é fisiológico, corresponde a uma forma de comunicação do bebê. Se chora, é porque não se sente bem ou tem necessidade de algo. Sendo que o choro muitas vezes é sinónimo de mal-estar emocional como ansiedade, excesso de estímulos ou sofrimento físico, é importante que os pais ofereçam ao bebê o consolo necessário para que se acalme e reorganize. Os bebês não choram em vão.
Chorar na hora de dormir pode significar que o bebê está a lutar contra o sono.	Verdade. Quando o ambiente envolvente não é promotor do relaxamento, o bebê pode chorar para demonstrar o seu desconforto e, assim, não dorme porque não consegue. Este tipo de choro é habitualmente alto, nervoso e desorganizado. Os pais devem analisar as condições do ambiente, controlando estímulos como luz ou barulho. Dias muito agitados comprometem o padrão de sono do bebê, à semelhança dos adultos que, mesmo estando exaustos após um dia intenso de trabalho, não conseguem relaxar para adormecer.

“O choro do recém-nascido é considerado um ato reflexo que se desenvolve progressivamente, com integração entre a maturação fisiológica e as experiências ambientais, e torna-se ato voluntário na fase da linguagem pré-verbal, que se inicia a partir de um mês de idade” (Branco et. al, 2006).

O choro pode ter várias causas:

- Físicas: fome, fralda suja, roupa desconfortável, frio ou calor excessivo, sono, fadiga, excesso de estímulos.
- Emocionais: necessidade de alívio de tensão emocional, exigir a presença dos pais, insegurança, falta de atenção, pedido de consolo ou mimo.

Os pais e cuidadores podem adotar algumas medidas de conforto:

- Pegar ao colo, aconchegando-o junto ao peito;
- Envolver o bebê com uma manta, com os braços e pernas fletidos, para que fique numa posição semelhante à que tinha no útero;
- Oferecer chucha ou colocar ao peito;
- Evitar barulho e diminuir a intensidade das luzes;
- Embalar e cantar, ou colocar música que relaxe e/ou sons rítmicos.

Em termos familiares, também podem utilizar-se algumas estratégias:

- Mobilizar o apoio de familiares e amigos;
- Fazer “turnos”;
- Utilizar técnicas de relaxamento;
- Descansar sempre que possível durante o dia enquanto o bebê está a dormir;
- Ter ajuda nas tarefas domésticas;
- Falar com outros pais com problemas semelhantes;
- Procurar apoio junto de técnicos de saúde.

Referências bibliográficas relativas à atividade:

Branco, A.; Fekete, S.; Rugolo, L. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. Revista Paulista de Pediatria. Brasil. 2006, Págs. 270-274.

Santos, A. Sobre o choro: Análise de perspectivas teóricas. Analise Psicológica. Lisboa. 2000. Págs. 325-334.

<https://www.eduardosa.com/blog/sr-beb%C3%A9/o-bebez%C3%AAs/>

Caderno de Músicas

Estimule o seu bebé a crescer saudável...com música!

O uso de música na infância data desde a Grécia Antiga.
(Revista de Educação Musical, 2002)

Existem canções de embalar em praticamente todas as culturas do mundo, e essas canções têm elementos musicais comuns.
(Revista de Educação Musical, 2002)

Antes mesmo de completar 1 ano de idade, os bebés são ouvintes bastante sofisticados.
(Revista de Educação Musical, 2002)

A partir da 32ª semana de gestação, o feto tem o sistema auditivo completo e escuta relativamente bem ainda dentro do útero.
(Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 2011)

A musicalidade é um fenómeno humano que se manifesta desde as primeiras vocalizações do bebé.
(Bannan & Woodward, 2009)

No fazer musical, as crianças adotam regras, determinam o modo como os sons podem ser arranjados de acordo com a tradição musical e desenvolvem a sua própria imaginação musical.
(Bannan & Woodward, 2009)

O choro de um bebé é acalmado e transformado em sono através de uma canção de embalar, acompanhada pelo embalo do colo da mãe.
(Platão, século V a.C.)

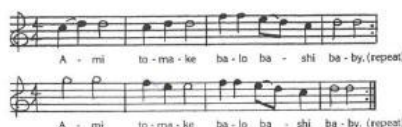
[LOGOTIPOS]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE XYZ

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - XYZ



Caderno de Músicas para Cantar ao Bebé



A letra desta música significa "Amo-te Querido Bebé".

Canção de Embalar (José Afonso)

Dorme meu menino a estrela d'alva
Já a procurei e não a vi
Se ela não vier de madrugada
Outra que eu souber será p'ra ti.

Outra que eu souber na noite escura

Sobre o teu sorriso de encantar
Ouvirás cantando nas alturas
Trovas e cantigas de embalar.

Trovas e cantigas muito belas
Afina a garganta meu cantor
Quando a luz se apaga nas janelas
Perde a estrela d'alva o seu fulgor.

Perde a estrela d'alva pequenina
Se outra não vier para a render
Dorme qu'inda a noite é uma menina
Deixa-a vir também adormecer.



João Pestana

(música popular adaptada por José Barata Moura)

Já lá vem o João Pestana,
Pé ante pé,
Voz que não engana.
Vem de longe; já muito cansado,
Pobre João, coita - a - do.
Faz óó menino também,
Faz óó que o soninho já vem.

Cai a noite e o vento lá fora,
Assobia forte,
Não se vai embora.

Conta histórias,
Um nunca acabar
De coisas de encantar.

E o vento não sopra só,
Também traz ao menino o óó.

Devagar, muito de mansinho
Levando o bebé,
A pegar no soninho.

Já lá vem o João Pestana,
Voz que não engana.

E o João sabendo o que faz,
Vê o menino adormecer em paz



Só aos Anjos a Lua Sorri
(Júlio Fachada)

A Lua nasceu e cresceu no além
A noite chegou também
Vai dormir meu bebé
Vai dormir e sonhar
Deixa a lua crescer lá no ar.

A roca poitou e largou sem charar
Os olhos vai já fechar
Nada pode impedir
Que o bebé durma bem
Nem papão há-de vir
Nem ninguém.

Tu verás meu amor
Como é bom sonhos ter
Deus te dê o melhor que houver
Anjo meu faz ó ó
Porque eu velo por ti
Só aos anjos a lua sorri.



Adivinha o quanto gosto de ti
(André Sardet)

Já pensei dar-te uma flor, com um bilhete, mas nem sei o que escrever.
Sinto as pernas a tremer, quando sorris pra mim, quando deixo de te ver.
Vem jogar comigo um jogo, eu por ti e tu por mim.
Fecha os olhos e adivinha, quanto é que eu gosto de ti.

(Refrão)
Gosto de ti, desde aqui até à lua.
Gosto de ti, desde a Lua até aqui.
Gosto de ti, simplesmente porque gosto.
E é tão bom viver assim.

Ando a ver se me decido, como te vou dizer, como hei-de te contar.
Até já fiz um avião, com um papel azul, mas voou da minha mão.
Vem jogar comigo um jogo, eu por ti e tu por mim.
Fecha os olhos e adivinha, quanto é que eu gosto de ti.

(Refrão)

Quantas vezes eu parei à tua porta.
Quantas vezes nem olhaste para mim.
Quantas vezes eu pedi que adivinhasses.
Quanto é que eu gosto de ti.

(Refrão)



Brilha brilha lá no céu
(Natalinas)

Brilha, brilha, lá no céu,
A estrelinha que nasceu.

Logo outra surge ao lado
Fica o céu iluminado.
Brilha, brilha, lá no céu,
A estrelinha que nasceu



Madalena
(José Barata Moura)

Madalena senhora corajosa
quando vê um cão
serena e toda majestosa
faz-lhe festas com a mão
Madalena sentada não chega com os pés ao chão.

Madalena menina traquinas
quando vê um gato
corre logo a esconder-se numa esquina
dá-lhe com o sapato
Madalena olha que isso não se faz ao gato.

Madalena perde o ar valentão
se ao pé de mim vem
não tem medo do gato nem do cão
ai, mas de mim tem
Madalena as barbas não fazem mal a ninguém.



Certificado de participação



Certificado de participação

Certifica-se que o bebé _____ frequentou o curso de
Massagem Infantil para Pais e Bebés "XYZ" dinamizado pela Unidade de Cuidados na Comunidade de XYZ,
realizado em 2018.

_____ Data

Referências Bibliográficas

Arriaga, C., Brito, S., Gaspar, P., & Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Caracterização de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 367-75.

Branco, A., Fekete, S., & Rugolo, L. (Setembro de 2006). O choro como forma de comunicação de dor do recém nascido: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria*, pp. 270-274.

IAIM. (2008). *Manual for Infant Massage Instructors*.

Junqueira, M., Ribeiro, M., Pereira, K., & Arruda, R. (2016). O poder da massagem infantil: Shantala. XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Mostra de Extensão da UninCor (p. 132). Vale do Rio Verde: UninCor.

Maffioletti, L. (2015). A música e as primeiras aprendizagens da criança. Em M. Flores, & S. Albuquerque, *Implementação do Proinfância no Rio Grande do Sul: perspectivas políticas e pedagógicas*. Brasil: EDIPUCRS.

Martello, E. (2015). *Finalmente durmo...E os meus pais também*. Multinova.

Mattos, R., & Faria, M. (2011). Jogo e Aprendizagem. *Revista Eletrônica Saberes da Educação*, pp. 1-13.

Ordem dos Enfermeiros. (Junho de 2012). Parecer MCEESIP n.º 6/2012. Formação sobre Massagem para Pais com os Filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, 1-5. Lisboa.

Santos, A. (2000). Sobre o choro: Análise de perspectivas teóricas.. *Análise Psicológica*, pp. 325-334.

Scalha, T., Souza, V., & Boffi, T. (2010). A importância do brincar no desenvolvimento psicomotor: relato de experiência. *Revista de Psicologia da UNESP*, pp. 79-92.

Vale, K. (2014). Shantala e Winnicott: o toque a partir do vínculo . *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, pp. 119-125.

Apêndice VI: Reflexões efetuadas em contexto de Urgência Pediátrica

Introdução

Os processos reflexivos são exercícios críticos de pensamento que desenvolvem o raciocínio clínico dos enfermeiros e melhoraram as práticas de prestação de cuidados, visando a excelência de cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016; Netto, Silva & Rua, 2018). A implementação da prática reflexiva pelos enfermeiros no seu cotidiano é concordante com a filosofia de educação de adultos, na medida em que promove a autoaprendizagem e permite ao enfermeiro interpretar o significado de uma experiência vivida, numa nova perspectiva ou através da reformulação da sua anterior perspectiva face à experiência (Peixoto & Peixoto, 2016; Pereira-Mendes, 2016). Desta forma, a prática reflexiva constitui um instrumento fundamental para os enfermeiros ao longo da sua vida profissional, e não somente durante processos formativos formais, promovendo o desenvolvimento da autoconsciência e autoconhecimento com vista à melhoria das práticas de cuidados aos doentes (Peixoto & Peixoto, 2016) e a produção de conhecimento com base na prática profissional (Netto, Silva & Rua, 2018).

Ser Enfermeiro é lidar todos os dias com situações complexas, gerir emoções difíceis e tomar decisões para melhor cuidar. E fazer tudo isto num processo de interação dinâmico entre doentes, familiares e profissionais de saúde. Ser Enfermeiro é, muitas vezes, sair de turno com a cabeça repleta de pensamentos, conduzir de regresso a casa com imagens marcantes no pensamento e adormecer com alguma angústia pelo que não se conseguiu fazer pelo doente. Porém, também é assistir às conquistas diárias dos doentes sabendo que contribuímos para que as alcançassem, é constatarmos que maximizámos a saúde através das nossas competências técnicas, científicas e éticas.

Em Pediatria ser Enfermeiro se torna ainda mais complexo. Lidamos com tudo o que descrevi acima, acrescendo que lidamos com crianças desde o nascimento à adolescência e conseqüente transição para a idade adulta, com as suas famílias e com todos os seus medos, sonhos, desejos, ansiedades, pensamentos mágicos e brincadeiras. Ser Enfermeiro em Pediatria é, também, ser muito criativo e ver a vida pelos olhos das crianças. É perceber que afinal uma zaragatoa é um cotonete mágico que faz cócegas e que os cateteres venosos periféricos são portais mágicos que aliviam as dores. É ajudar os pais a serem pais, mesmo quando a parentalidade de assemelha a um caos aparentemente sem fim. Ser Enfermeiro de Pediatria é percorrer um caminho longo e desafiante de aprendizagem contínua, é dar e receber em cada momento, e é sobretudo estar sensível e disponível para refletir sobre a sua prática e investir sempre para a melhorar, em prol das crianças e famílias.

As situações que despertam a nossa reflexão, tantas vezes informal e feita apenas no nosso pensamento, são importantes para a construção da identidade profissional. Porém, refletir é um processo tão complexo e rico que deve ser, tanto quanto possível, operacionalizado sob a forma escrita por forma a estruturar o pensamento e aproveitar da experiência vivida todas as oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional proporcionadas (Pereira-Mendes, 2016).

Transpor para a escrita o processo reflexivo torna-se difícil, pelo que a utilização de metodologias que auxiliam o processo de reflexão pode contribuir para organizar os dados da situação, permitindo uma análise mais rica para a tomada de decisão (Pereira-Mendes, 2016). Recorro ao Ciclo Reflexivo de Gibbs para operacionalizar as minhas reflexões decorrentes do momento formativo em que me encontro, considerando que constitui um instrumento de referência para esta prática, dado que é um guia de aplicação simples e organizada que me ajuda a fundamentar a minha prática e a melhorar a minha atitude profissional (Pereira-Mendes, 2016).

Neste documento, compilo as reflexões que me urgiram como resultado da experiência de prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de Urgência Pediátrica.

Reflexão crítica (1)

A incapacidade dos pais para prestarem cuidados básicos aos seus filhos

No decorrer do estágio em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, várias foram as oportunidades de prestação de cuidados de ambulatório onde me foi possível identificar dois motivos de admissão frequentes: criança com febre e criança com obstrução nasal.

Tendo acompanhado grande parte destas crianças/pais desde o momento de triagem até à alta, verifiquei que muitos pais não tinham conhecimentos sobre os cuidados à febre na criança, nomeadamente no que concerne à gestão da alternância de antipiréticos e medidas não farmacológicas; e outros que desconheciam por completo a técnica de higiene e lavagem nasal para resolução da obstrução nasal da criança. Apresento, seguidamente e de forma sucinta, duas situações que despertaram a minha reflexão.

Descrição

Caso A. Mãe que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica porque o seu filho de cerca de 8 meses estava febril. Na sala de triagem, a criança apresentava 40,5°C de temperatura timpânica, tendo a mãe referido que não tinha administrado qualquer antipirético. No momento, foi administrada terapêutica à criança de acordo com o protocolo do Serviço e dadas indicações para alívio da roupa e arrefecimento. Foram também efetuados ensinamentos sobre cuidados a ter com a febre.

Caso B. Mãe que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica face à obstrução nasal marcada do seu filho recém-nascido com 15 dias (primeiro filho). Após a triagem e consequente atendimento médico, a criança foi encaminhada para a sala de tratamentos. Objetivamente, o recém-nascido apresentava franca obstrução nasal e poucos cuidados de higiene oral e nasal. Quando questionada, a mãe negou conhecer a técnica de lavagem nasal e a necessidade de higiene oral após as mamadas. Foram efetuadas as técnicas, aproveitando o momento para demonstrar e explicar à mãe como proceder em casa.

Pensamentos e sentimentos

As crianças/jovens e famílias, ao longo do seu desenvolvimento, recorrem a diferentes instituições prestadoras de cuidados de saúde, desde centros de saúde a hospitais de cuidados diferenciados. Em todos estes contextos, por certo, se encontram Enfermeiros. Impelem-me algumas questões para reflexão: *Que ensinamentos estão a ser feitos às famílias? Que capacitação dos pais é feita nas maternidades e unidades de neonatologia? Que aprendizagens se desenvolvem em parceria com os pais nos diferentes momentos de consulta e vigilância ao longo da infância da criança? Porque encontramos uma percentagem significativa de pais não-preparados para alguns cuidados básicos aos seus filhos?*

Quando me confronto com situações como as que descrevi acima, pergunto-me: *o que estamos nós enfermeiros a fazer pela educação do doente, uma das intervenções que mais enaltece a nossa profissão?*

A Enfermagem vive momentos difíceis, em várias vertentes. Compreendo que nem sempre dispomos de tempo para nos dedicarmos aos doentes, numa profissão que é obrigada cada vez mais

a ocupar o tempo de cuidados com registos informáticos e atualização de processos clínicos ao invés da prestação direta de cuidados. Compreendo que a carência de recursos humanos também compromete a qualidade dos cuidados que prestamos e que por vezes nos obriga a priorizar e decidir pelos cuidados mais emergentes, em detrimento daqueles que podem esperar, como é exemplo o ensino ao doente relativamente aos cuidados. Uma das áreas de intervenção de Enfermagem que mais aprecio é, exatamente, a capacitação dos doentes e famílias face à sua situação de saúde/doença. É, como costumo dizer, a nossa responsabilidade. E é sobre essa responsabilidade que me urge agora refletir.

Avaliação

Nas situações acima descritas, que exemplificam um conjunto de situações que tenho presenciado em contexto de estágio, considero que a atitude tomada pela enfermeira foi a mais adequada uma vez que aproveitou o momento de interação inerente à prestação de cuidados para promover a aprendizagem de ambas as mães sobre os cuidados aos seus filhos.

O caso A. ocorreu em contexto de sala de triagem, pelo que o ensino efetuado à mãe foi meramente informativo. A enfermeira explicou à mãe os riscos da febre elevada e a importância de atuar precocemente no sentido de os evitar. Considero que teria sido benéfico aproveitar este momento para um ensino mais completo a esta mãe, porém compreendo que, pela sua dinâmica, a interação na sala de triagem não permite (nem preconiza) momentos de ensino prolongados. Felizmente, esta criança foi medicada no imediato e rapidamente vista pelo médico, tendo tido alta pouco tempo depois. Considero que se possa ter perdido uma oportunidade de capacitação desta mãe, mas acredito que a sensibilização feita pela enfermeira durante a abordagem na sala de triagem tenha surtido efeitos positivos no conhecimento da mãe sobre os cuidados na febre. Eventualmente, teria sido benéfica a entrega de um folheto informativo sobre cuidados à criança com febre por forma a complementar e reforçar o ensino rápido efetuado na sala de triagem.

Relativamente ao caso B., tive contacto com a criança e mãe na sala de triagem e posteriormente na sala de tratamentos. Na sala de tratamentos, a enfermeira efetuou lavagem nasal com soro fisiológico e a obstrução nasal foi imediatamente resolvida. A mãe ficou surpreendida, pela simplicidade da técnica face ao alívio imediato do desconforto do filho. Recordo-me de pensar “uma situação tão simples que motivou a vinda de um recém-nascido à urgência onde está exposto a tantos riscos”. A enfermeira demonstrou a técnica e esclareceu as dúvidas da mãe, incentivando-a a executar a técnica em casa para benefício da criança.

Posteriormente, e com olhar atento, a enfermeira efetuou uma observação geral do recém-nascido e verificou que a cavidade oral estava com défice de cuidados, apresentando vestígios de leite materno. Perguntou à mãe se tinha por hábito efetuar a higiene oral ao bebé após as mamadas, ao que a mãe responde que não sabia ser necessário tal procedimento. Uma vez mais, foi demonstrado o procedimento com uma compressa humedecida e a mãe treinou o mesmo sob supervisão e reforço positivo da enfermeira.

Acredito que este momento, pequeno, mas relevante, possa ter contribuído para a melhoria dos cuidados ao recém-nascido. Muitas vezes desvalorizamos as coisas pequenas que fazemos no nosso quotidiano de prática, não reconhecendo que possam fazer grandes diferenças na qualidade de vida dos nossos doentes.

Análise

O Enfermeiro, pelas suas competências técnicas e científicas, intervém junto das famílias com o objetivo de facilitar e apoiar os processos de transição saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais inerentes ao ciclo vital (Meleis, 2010). Destaco a competência “E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”, presente no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pág. 2), para enfatizar a importância do papel do Enfermeiro Especialista na capacitação das famílias.

A febre é um dos motivos mais frequentes de recorrência ao serviço de urgência em idade pediátrica, contemplando a Direção-Geral da Saúde (2018, pág. 13) a existência de uma “fobia da febre”. Apesar das consequências possíveis da febre em idade pediátrica, cerca de 95% da ocorrência de febre deve-se a infeções benignas e habitualmente autolimitadas (Direção-Geral da Saúde, 2018). Assim sendo, é pertinente o ensino aos pais e cuidadores sobre a avaliação da temperatura corporal e as medidas a adotar em caso de febre, relativamente ao qual a Direção-Geral da Saúde (2018) recomenda que seja feito nos cuidados de saúde materno-infantis.

O nascimento de um filho é um momento marcante na vida das famílias, implicando ajustes e adaptações a uma nova realidade à qual acresce ainda a vulnerabilidade da mãe no período pós-parto. Os cuidados ao recém-nascido podem representar para os pais uma fonte de *stress* e despetolar um sentimento de incapacidade, especialmente nas situações de primeiro filho (Vieira & Reis, 2017). É da competência do Enfermeiro proporcionar aos pais conhecimento e informação sobre os cuidados ao recém-nascido, tratem-se de cuidados de satisfação de necessidades básicas ou de cuidados de cariz especializado e complexo (Vieira & Reis, 2017).

O processo de capacitação deve ser implementado de forma gradual, promotor da aprendizagem consolidada, no qual os pais inicialmente observam o Enfermeiro na execução dos cuidados e recebem dele informação e esclarecimentos associados ao cuidado, seguidamente desenrola-se a etapa em que os pais executam sob orientação e supervisão do Enfermeiro, avançando posteriormente para o momento em que os pais executam os cuidados de forma autónoma, de acordo com a sua sensação de segurança e competência (Vieira & Reis, 2017; Mendes, 2012).

Conclusão

Ambas as situações me despertaram reflexão sobre o que falhou no processo de preparação destas mães, talvez porque reconheço que o contexto de urgência não seja o mais indicado para ensinamentos sobre cuidados básicos à criança. Porque o tempo é muitas vezes escasso, face à complexidade de situações que acometem as crianças a quem prestamos cuidados neste contexto. Contudo, verifico que é um excelente contexto para a identificação de necessidades informativas e formativas dos pais devendo funcionar como ponto de partida para a melhoria das nossas práticas de educação parental.

Planear a ação

Esta reflexão permitiu-me pensar sobre a minha prática, sobretudo considerando que seguidamente vou realizar estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Considerando que identifiquei duas áreas de necessidades de aprendizagem dos pais, pondero planear atividades que vão ao encontro desta capacitação nos próximos estágios que realizarei.

Enquanto futura Enfermeira Especialista e à semelhança do que já faço na minha prática profissional diária, continuarei desperta para a capacitação das crianças e famílias para a gestão dos seus processos de saúde/doença, sejam eles complexos ou referentes a cuidados básicos.

Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (Agosto de 2018). Norma n.º 014/2018 - Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Meleis, A. (2010). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Em A. Meleis, & P. Trangenstein, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer.

Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Referência*, pp. 113-123.

Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, pp. 1-6.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Novo Estatuto da OE e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Peixoto, N., & Peixoto, T. (out./nov./dez. de 2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 121-132.

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, pp. 1-23.

Ribeiro, J. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 3-9.

Vieira, M., & Reis, A. (2017). Capacitação dos pais no pós-parto para a promoção da saúde do bebé: revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, pp. 132-143.

Reflexão crítica (2)

A intuição do enfermeiro perito

Tendo em consideração que me encontro a fazer estágio no âmbito de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é meu objetivo durante a colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem e família no Serviço de Urgência Pediátrica compreender qual o contributo do Enfermeiro Especialista na assistência à criança/jovem neste contexto específico.

Esta reflexão foi motivada não por uma situação direta de prestação de cuidados, mas por uma expressão verbal que frequentemente ouvi dos enfermeiros mais experientes do Serviço e que me marcou: “esta criança não está bem.”.

Descrição

“Esta criança não está bem”, disse o enfermeiro no final da triagem, saindo em direção ao gabinete médico. “Esta criança não está bem, não está”, comenta comigo ao regressar do gabinete médico e assumindo novamente o seu posto de triagem.

Pensamentos e sentimentos/Avaliação

De repente, sentia-me assolar por um sentimento de admiração. Trabalho como enfermeira há quatro anos e todos os dias me fascino pelos colegas que têm a sensibilidade de avaliar um doente muito para além dos sinais vitais ou sintomatologia. É quase mística a forma como os enfermeiros conseguem perceber o que muitas vezes passa despercebido no quotidiano a prestação de cuidados. Pessoalmente, com o passar do tempo e da prática profissional, também eu já proferi frase semelhante, apesar de o ter feito em contexto de prestação de cuidados ao doente adulto/idoso.

Em Pediatria, por ser uma área onde tenho ainda pouquíssima experiência profissional, reconheço-me ainda incapaz de detetar com esta sensibilidade as ténues alterações sugestivas de agravamento do quadro clínico de uma criança/jovem. Neste estágio, tenho conseguido observar esta característica nos enfermeiros mais experientes do Serviço e tenho-me incentivado a ver com os olhos desses enfermeiros, tentando ver como eles, tentando detetar o que o meu olho ainda pouco experiente não viu mas que a sensibilidade de quem já exerce o cuidado à criança/jovem há muito tempo conseguiu identificar. Das situações que presenciei, em todas os enfermeiros tinham razão-efetivamente a criança não estava bem. Mesmo quando os sinais vitais se apresentavam estáveis e adequados à faixa etária, a pele aparentemente hidratada e corada, sem queixas algicas e com boa vitalidade. Algo não estava efetivamente bem. E com isto não quero dizer que a situação da criança/jovem se tornou crítica ou de risco de vida, mas quero enfatizar que havia mais para além do que seria evidente, mais para além do óbvio. E que nenhum aparelho conseguiu identificar, mas a sensibilidade do enfermeiro sim.

Análise

A competência dos enfermeiros pode definir-se pelo nível de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores expectáveis (Oliveira, Queirós & Castro, 2015). De acordo com Benner (2001), a aquisição de competência do enfermeiro ocorre em diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

- Iniciado: profissionais sem experiência, como é o caso dos estudantes de enfermagem ou dos enfermeiros que integram pela primeira vez um serviço (cujas rotinas e particularidades de cuidados lhe são desconhecidas);
- Iniciado avançado: profissionais com alguma experiência, cujo comportamento é considerado como aceitável face aos objetivos de cuidado;
- Competente: profissionais que estão num serviço há algum tempo (cerca de 2/3 anos) e que são capazes de resolver imprevistos comuns resultantes dos cuidados prestados;
- Proficiente: profissionais que percebem as situações de uma forma global e intervêm com base em máximas;
- Perito: profissionais com “enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema em se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, pp. 54).

Enquanto o conhecimento teórico permite explicar fenómenos e prever acontecimentos de acordo com uma sequência e relação causa-efeito, a prática põe à prova formulações científicas, desafiando a teoria e, por conseguinte, permitindo-lhe a sua expansão (Benner, 2001). Segundo Queirós (2015), a concentração apenas no conhecimento teórico e na evidência científica induz ao pensamento do enfermeiro enquanto mero técnico, não reconhecido que “inerente à prática dos profissionais que reconhecimentos como especialmente competentes, existe uma fundamentação artística” (Schön, 1996 citado por Queirós, 2015, pp. 4).

Benner (2001) afirma que a prática é, por si só, uma fonte de conhecimento. O profissional põe à prova hipóteses e expectativas previamente fundamentadas aplicando-as a situações reais, criando a oportunidade de corrigi-las, confirmá-las ou negá-las. Desse desafio, resulta a perícia, para a qual a experiência é absolutamente fundamental (Benner, 2001).

“O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos” (Benner, 2001, pp. 33). Trata-se de um desenvolvimento profissional progressivo ao longo da prática profissional com base numa lógica prático-reflexiva, na qual o enfermeiro desenvolve competências, consolida conhecimentos e experiencia situações que lhe permitem melhorar gradativamente a sua prática profissional (Queirós, 2015).

Segundo Benner (2001), os enfermeiros peritos têm a capacidade de reconhecer alterações mínimas e subtis nos doentes, mesmo antes de ocorrerem repercussões nos sinais vitais, permitindo detetar precocemente o agravamento da situação do doente e, nesse sentido, antecipar a eventual necessidade de outro tipo de cuidados. A competência para a ação em situações complexas e imprevistas requer do enfermeiro conhecimentos científicos e técnicos, mas também arte, criatividade e “sensibilidade de artista” (Alarcão & Tavares, 2003 citados por Queirós, 2015).

A intuição, tão característica do enfermeiro perito e muitas vezes descrita na literatura, corresponde ao conhecimento de uma situação na sua totalidade associado ao sentimento que permite a tomada de decisão sem recorrer a um processo de análise consciente (Silva, Baldin & Nascimento, 2003).

Em suma, o enfermeiro perito é capaz de observar e antecipar com perspicácia, agindo com rapidez e destreza, com exímia definição de prioridades. O enfermeiro perito tende, habitualmente, à especialização, pelo que, o seu saber é diferenciado, fundamentado e construído também com base na experiência profissional (Silva, Baldin & Nascimento, 2003; Silva, 2003).

Conclusão

Concluo, fazendo a ponte com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), uma vez que são reconhecidas ao enfermeiro perito as capacidades de liderança e supervisão, as competências comunicacionais acrescidas, a capacidade de gestão de situações, pessoas e conflitos, a capacidade de avaliação e planeamento de cuidados complexos, de tomada de decisão, a prática reflexiva e fundamentada e a contribuição para a produção de conhecimento científico (Queirós, 2015). Se analisarmos as competências estabelecidas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), poderemos encontrar semelhanças no que diz respeito às características do enfermeiro perito, neste caso concreto nos cuidados à criança/jovem e família.

Planear a ação

Considero que a especialização, na sua componente formal em contexto escolar, proporciona aos enfermeiros as bases para a construção do seu percurso de aprendizagem e de construção da sua intervenção, enquanto as oportunidades de estágio permitem o contacto direto com a prestação de cuidados, conferindo assim a efetiva aquisição de competências.

Pessoalmente, considerando-me ainda no estadió de iniciado na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, considero que a formação de especialização me permite consolidar a base para que, quando em contexto de trabalho em Pediatria, esteja apta a construir e consolidar a minha prática profissional fundamentada, refletida e em prol da criança/jovem e família.

Finalmente e apelando aos meus objetivos de prática profissional futura, considero que ser perito é fazer mais mas sobretudo fazer melhor. É ver com outros olhos, sob novas perspetivas, mais fundamentadas, abrangentes, despertas. É ter a intuição de saber que algo pode não estar bem com a criança/jovem e saber qual a melhor forma de intervir, levando a cabo uma prática segura e de excelência. Acredito que a especialização e a experiência profissional que pretendo continuar a adquirir me permitirão construir e desenvolver o caminho para a perícia.

Os enfermeiros peritos, segundo Queirós (2016), através da reflexão que fazem nas suas práticas e sobre as suas práticas, constroem conhecimento próprio da disciplina de enfermagem. Este conhecimento, para que seja visível, deve ser sistematizado, partilhado e validado entre pares – transformando-se em “ciência de enfermagem” (Queirós, 2016, pp. 1). E porque a Enfermagem é de todos os enfermeiros, considero que a especialização nos incentiva também a construir a Enfermagem, a torná-la consistente, visível, reconhecida e partilhada.

Referencias Bibliográficas

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. . Coimbra: Quarteto Editora.
- Oliveira, L., Queirós, P., & Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 143-158.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, pp. 1-23.

Queirós, P. (2015). O saber dos enfermeiros peritos e a racionalidade prático-reflexiva. *Investigación & Educación en Enfermería*, pp. 83-91.

Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery*, pp. 20-23.

Silva, A. (2003). A habilidade intuitiva no cuidado de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, pp. 429-435.

Silva, A., Baldin, S., & Nascimento, K. (2003). O conhecimento intuitivo no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 7-11.

Apêndice VII: Plano de Cuidados: Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo

1 Inaugural



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem, área de especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Plano de Cuidados

**- Adolescente com Diabetes Inaugural em contexto de Urgência
Pediátrica -**

Joana Filipa Santos Mendes

LISBOA, 2018

Índice

Introdução.....	3
Enquadramento teórico.....	5
Cuidados de Enfermagem ao Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1.....	5
Processo de Enfermagem.....	7
Recolha de dados.....	7
Diagnóstico de necessidades.....	9
Planeamento de cuidados.....	9
Resultados de Enfermagem esperados.....	12
Reflexão - aplicabilidade do referencial teórico de Dorothea Orem.....	14
Referências Bibliográficas.....	15
Apêndice - Guião de entrevista.....	17

Introdução

No âmbito do estágio em contexto de Urgência Pediátrica afeto ao Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este trabalho visa dar resposta ao objetivo específico definido no Projeto de Estágio “Promover o autocuidado da criança/jovem com necessidades especiais de saúde e família que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica, com recurso à Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem”.

No decurso do estágio foi-me proporcionada a oportunidade de prestar cuidados ao S., adolescente internado em Sala de Observação com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Tipo 1 Inaugural. Reconhecendo a importância de compreender melhor os fenómenos da doença crónica na idade pediátrica e as necessidades de autocuidado que desencadeia, pretendo com este trabalho aprofundar a temática do adolescente com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 e, de acordo com a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, planear cuidados com vista à maximização da saúde, capacitação para o autocuidado e promoção do bem-estar do adolescente nesta situação.

Não se pretende que este trabalho seja prescritivo, mas que constitua um instrumento de consolidação da aprendizagem em contexto clínico e uma oportunidade de mobilização da Teoria do Défice de Autocuidado ao adolescente com doença crónica.

Este trabalho encontra-se organizado sob a forma de capítulos, iniciando com um enquadramento teórico relativamente aos cuidados de Enfermagem ao adolescente com Diabetes *Mellitus* Tipo 1. Este enquadramento teve por base pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados Google académico e Scielo realizada nos dias 15 e 16 de Setembro de 2018 com recurso às palavras-chave *adolescente, diabetes, enfermagem pediátrica e autocuidado*. Para fundamentar os conhecimentos na evidência científica mais recente, consideraram-se artigos datados entre 2012 e 2018, escritos em português e inglês. Como complemento foram recurso as obras *Nelson Textbook of Pediatrics (Kliegman et. al, 2016)* e *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente (Hockenberry & Wilson, 2014)*.

Posteriormente, elaborou-se um plano de cuidados para o adolescente S. de acordo com os pressupostos na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. No capítulo final apresenta-se uma breve reflexão sobre a aplicabilidade desta teoria nesta situação em concreto.

Enquadramento teórico

Cuidados de Enfermagem ao Adolescente com Diabetes *Mellitus* Tipo 1

A adolescência corresponde a um período de transição entre a infância e a idade adulta, cronologicamente limitado segundo a Organização Mundial da Saúde entre os 10 e os 19 anos de idade (Flora & Gameiro, 2016). Enquanto etapa do ciclo vital, a adolescência representa grandes mudanças e constantes desafios, em que o adolescente procura a sua identidade, crescente autonomia e desenvolvimentos físico, cognitivo e social (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Silva, Vecchia & Braga, 2016). O adolescente desconstrói a infância e recria a sua forma de pensar, estar, ser e agir, na definição do seu novo papel social essencialmente marcado pela procura da independência face aos pais e da tomada de decisão autónoma (Silva, Vecchia & Braga, 2016).

No que diz respeito à abordagem ao adolescente nos cuidados de enfermagem, a evidência científica enfatiza a importância de se salvaguardar em todos os momentos a privacidade e a confidencialidade do adolescente (Santos & Ressel, 2013). O adolescente deve sentir-se seguro e reconhecer que existe, por parte da equipa de saúde, uma real preocupação com a sua situação, que se expressa essencialmente pelo planeamento de cuidados com base na negociação e individualização (Santos & Ressel, 2013; Biffi, de Melo & Ribeiro, 2018).

O estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente deve ter início aquando do acolhimento e prolongar-se ao longo de todo o processo terapêutico. O acolhimento proporciona, desde logo, a definição de objetivos e a identificação das necessidades dos adolescentes face à sua situação de saúde, constituindo um momento de procura da prevenção e promoção da saúde (Biffi, de Melo & Ribeiro, 2018). A prestação de cuidados ao adolescente é um desafio para os profissionais de saúde, exigindo uma abordagem participativa e interativa na construção de uma relação profissional-adolescente sem imposições de poder baseada na negociação e parceria de cuidados (Biffi, de Melo & Ribeiro, 2018).

Para Flora e Gameiro (2016, pp. 10), a adolescência trata-se de um período de transição que exige ao adolescente e família um “esforço acrescido de adaptação à doença

crónica e que requer uma intervenção diferenciada por parte das equipas de saúde” podendo a responsabilização para o autocuidado estar dificultada neste momento.

Orem (1985) define autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa para seu próprio benefício, com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Para a autora, os cuidados de Enfermagem são necessários sempre que as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para se autocuidar, sendo que, no caso das crianças, são necessários também perante a incapacidade dos pais/responsáveis responderem às necessidades de autocuidado da criança (Orem, 1985).

O diagnóstico de doença crónica, como no caso da Diabetes *Mellitus* Tipo 1, acarreta para o jovem um novo conjunto de necessidades e requer à família uma adaptação face à situação de saúde do adolescente. Os adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 vêm-se obrigados a reorganizar hábitos individuais, familiares e sociais, com vista a uma gestão eficaz da sua situação de saúde (Flora & Gameiro, 2016). Não obstante, o processo de adoecimento resulta em mudanças físicas e psicológicas, muitas vezes requerendo hospitalização, tratamentos complexos e prolongados (Silva, Vecchia & Braga, 2016).

Atualmente, o tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 1 em adolescentes incide em insulinoaterapia, alimentação adequada e prática regular de exercício físico, tendo como objetivo o controlo glicémico, a prevenção de complicações e a promoção do crescimento e desenvolvimento do adolescente (Greco-Soares & Dell’Aglío, 2017). Enquanto doença crónica, a Diabetes *Mellitus* tipo 1 exige ao adolescente e família a adoção de práticas de autocuidado e um conhecimento adequado sobre si e sobre a doença (Greco-Soares & Dell’Aglío, 2017).

A intervenção de enfermagem direcionada ao adolescente com Diabetes *Mellitus* tipo 1 deve ser tão precoce quanto possível, para que produza efeitos na melhoria da qualidade de vida do adolescente e família. O controlo eficaz da doença relaciona-se com o desenvolvimento por parte do adolescente de autonomia para cuidar-se, sendo a capacitação o foco principal da intervenção com o adolescente diabético (Flora & Gameiro, 2016; Greco-Soares & Dell’Aglío, 2017). A intervenção promotora do autocuidado foca-se não só na capacitação do adolescente para se autocuidar (de acordo com a sua capacidade, motivação e estadio de desenvolvimento) como também na capacitação da família para que consiga

responder às necessidades de autocuidado do adolescente (Neves & Cabral, 2009). O Enfermeiro atua sobretudo na formação e informação relativamente à gestão da doença, no treino de habilidades e no reforço da autoconfiança através do suporte emocional ao adolescente e família.

Processo de Enfermagem

Recolha de dados

Admissão no Serviço de Urgência Pediátrica

O S. tem 11 anos e recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica em contexto de hiperglicemia, cerca das 21h. Desde há cerca de um mês e meio, o S. tem mantido quadro de polidipsia (ingestão de 4 a 6 litros de água por dia) associado a poliúria. A mãe do S. refere episódios de diarreia sem febre durante dois dias, associada a vômitos e perda ponderal de 10 Kg (em dois dias). O S. foi trazido ao Serviço de Urgência Pediátrica na sequência de contacto com o tio, que é pediatra e lhe avaliou uma glicemia capilar em jejum de 278 mg/dl. No dia em que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica, avaliou uma glicémia capilar de 311 mg/dl.

O Sebastião foi admitido em Sala de Observação com o diagnóstico de Hiperglicémia em contexto de Diabetes Inaugural.

Foram tomadas medidas imediatas de hidratação endovenosa, avaliação analítica e vigilância de glicémia capilar e cetonemia. Permaneceu em vigilância durante o período noturno na Sala de Observação. O S. apresentava-se calmo, consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço. Comunicativo à abordagem da equipa de saúde.

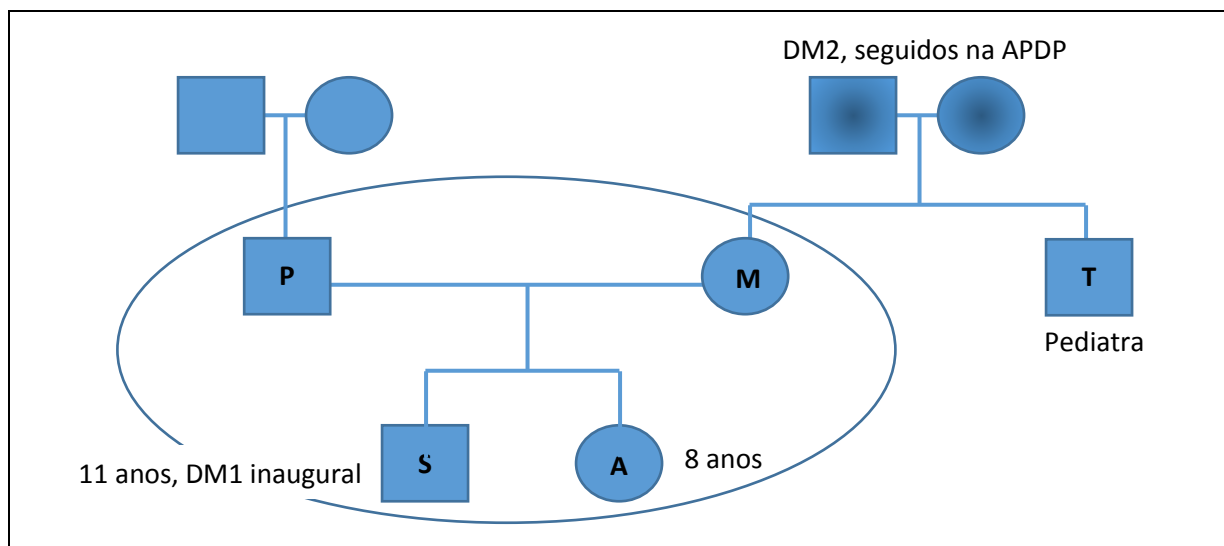
Durante o internamento em Sala de Observação manteve parâmetros vitais estáveis de acordo com a faixa etária. Manteve monitorização de glicémia e cetonemia, face à qual fez as respetivas correções insulínicas. Alimentou-se da dieta prescrita, sem intercorrências. Manteve polidipsia e polaquiúria. Esteve sempre acompanhado pela mãe.

Por apresentar melhoria do controlo glicémico e estabilidade hemodinâmica, cerca das 10h do dia seguinte, foi transferido para a enfermaria, para adaptação ao processo de doença e treino de autocuidados.

Informações de saúde:

Antecedentes pessoais	<ul style="list-style-type: none">• Saudável;• Sem história de internamentos ou cirurgias prévias;• Sem medicação habitual;• Vacinas atualizadas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação;• Alergia a Amoxicilina (manifestação de exantema em prova de provocação oral, seguimento em consulta de Alergologia).
Antecedentes familiares	<ul style="list-style-type: none">• Mãe com Lúpus Eritematoso Sistémico;• Avós maternos com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2, sob terapêutica antidiabética oral.

Contexto social e familiar:



A família do S. tem quatro pessoas no agregado familiar e é residente na periferia de Lisboa. Os avós maternos residem próximo da família nuclear, estando muitas vezes com os netos após a vinda da escola.

O S. tem 11 anos e frequenta o 6º ano, referindo ser bom aluno mas “não gosta da escola porque é uma seca às vezes” (sic). A irmã, de 8 anos, frequenta a mesma escola e é também boa aluna.

Os avós maternos têm ambos Diabetes Mellitus Tipo 2, sendo seguidos na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Segundo a mãe do S. e o jovem, os avós fazem apenas terapêutica antidiabética oral. O S. convive diariamente com os avós maternos, pelo que a Diabetes não lhe é uma doença totalmente desconhecida. Habitualmente, presencia as avaliações de glicémia capilar da avó e faz com elas caminhadas diárias.

Recursos identificados: família nuclear e alargada, escola, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, Hospital e Centro de Saúde.

Diagnóstico de necessidades

No decorrer da entrevista efetuada ao S. e à mãe, enquanto permaneciam ainda no Serviço de Urgência Pediátrica, procurou-se compreender quais seriam as principais dificuldades e receios face ao diagnóstico inicial de Diabetes Mellitus Tipo 1.

O S. referiu duas principais preocupações. A necessidade de insulino-terapia preocupa-o porque “as picas são na barriga e isso faz-me impressão” (sic). No que diz respeito à alimentação, o S. tem dúvidas “sobre o que posso comer e se vou poder comer algumas coisas que gosto, como chocolates ou gelados”.

A mãe do S. referiu sobretudo preocupação na gestão global da doença, para que se mantenha bem controlada e não represente diminuição da qualidade de vida e bem-estar do S. Relativamente à alimentação, como é a mãe do S. que habitualmente cozinha para a família, referiu ter necessidade de obter mais informação e aprendizagens sobre o que cozinhar para o S.

Considerando quais seriam os melhores recursos para ajudar a lidar com a doença, o S. identifica a família, a avó materna e os amigos da escola “porque acho que não vão gozar comigo, vão-me ajudar”. A mãe do S. referiu-se aos pais enquanto principal recurso do S. já que é com eles que vive e será deles a responsabilidade pela gestão do dia-a-dia do S.. Identificou também a equipa de saúde como fundamental para o apoio neste processo, bem como o tio Pediatra.

Planeamento de cuidados

Para a elaboração desta proposta de planeamento de cuidados de Enfermagem ao menino S. e sua família, mobilizou-se a terminologia da Classificação Internacional para a

Prática de Enfermagem. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é uma terminologia científica promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como um instrumento importante para a visibilidade dos cuidados de Enfermagem e para o exercício seguro e eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde; Avaliar atitude face à doença; Facilitar aceitação do estado de saúde; Gerir ansiedade; Gerir doença; Gerir glicémia; Gerir regime dietético; Gerir regime medicamentoso; Gerir sintomas; Promover controlo da ansiedade.
Adesão ao regime dietético	Assistir a comer ou beber; Avaliar adesão ao regime dietético; Avaliar barreiras à adesão; Reforçar adesão.
Adesão ao regime de exercício	Avaliar adesão ao regime de exercício; Avaliar barreiras à adesão; Reforçar adesão.
Adesão ao regime medicamentoso	Avaliar a adesão ao regime medicamentoso; Avaliar barreiras à adesão; Monitorizar adesão à medicação; Reforçar adesão.
Adesão ao teste de diagnóstico	Avaliar adesão ao teste de glicémia capilar; Avaliar barreiras à adesão; Medir glicémia; Reforçar adesão.
Capacidade da família para gerir regime comprometida	Apoiar família; Apoiar o processo de <i>coping</i> familiar; Apoiar processo de tomada de decisão familiar; Avaliar conhecimento da família sobre a doença; Avaliar desempenho de papel; Avaliar ensino; Colaborar com a família; Coordenar conferência familiar; Ensinar a família; Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados; Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos; Facilitar capacidade para desempenhar papel. Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo; Reforçar reforço positivo.
Capacidade para gerir regime de exercício comprometida	Avaliar capacidade para exercício físico; Avaliar disponibilidade para aprender; Avaliar ensino; Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos;

	<p>Facilitar capacidade para desempenhar papel; Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo; Reforçar reforço positivo.</p>
Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida	<p>Avaliar capacidade para gerir insulino-terapia; Avaliar conhecimento sobre regime de tratamento; Avaliar disponibilidade para aprender; Avaliar ensino; Administrar insulina; Demonstrar técnica de injeção subcutânea; Ensinar sobre regime medicamentoso; Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos; Facilitar capacidade para desempenhar papel. Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo; Reforçar reforço positivo.</p>
Capacidade para gerir regime dietético comprometida	<p>Avaliar capacidade para preparar alimentos; Avaliar comportamento de comer e beber; Avaliar disponibilidade para aprender; Avaliar ensino; Colaborar com nutricionista; Colaborar no regime dietético; Ensinar sobre regime dietético; Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos; Facilitar capacidade para desempenhar papel; Monitorizar ingestão de alimentos; Monitorizar peso; Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo. Reforçar reforço positivo.</p>
Capacidade para monitorizar a doença comprometida	<p>Avaliar capacidade para avaliar glicémia capilar; Avaliar capacidade para identificar sinais e sintomas; Avaliar conhecimento sobre a doença; Avaliar controlo de sintomas; Avaliar desempenho de papel. Avaliar disponibilidade para aprender; Avaliar ensino; Ensinar sobre doença; Ensinar sobre complicações; Ensinar sobre sinais e sintomas; Ensinar sobre avaliação de glicémia; Facilitar capacidade para comunicar necessidades e sentimentos; Facilitar capacidade para desempenhar papel. Referenciar para serviço comunitário; Referenciar para terapia de grupo (núcleo de jovens da APDP); Reforçar capacidades; Reforçar comportamento positivo. Reforçar reforço positivo;</p>

Resultados de Enfermagem esperados

Pretende-se, primeiramente, que o S. **aceite o seu estado de saúde e demonstre uma atitude positiva face à doença**. Trata-se de uma etapa fundamental para a capacitação para o autocuidado na gestão da doença. Conforme Orem (1985), a necessidade de cuidados de Enfermagem surge quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade da pessoa para lhes dar resposta. Com o diagnóstico de uma doença crónica, o adolescente sente-se confrontado com uma realidade que em tudo difere daquela que vivenciava anteriormente. A ideia de autonomia, a assunção da sua individualidade enquanto pessoa e a sua dissociação gradual da dependência parental vêm-se ameaçadas pela instalação de uma doença que gera dependência, fragilidade emocional e compromisso das atividades de vida diária, consequentemente podendo comprometer a sua qualidade de vida e o desenvolvimento dos seus projetos enquanto adolescente. Gerir a aceitação do estado de saúde é, portanto, fundamental para que estes medos e ameaças percecionadas possam gradualmente ser desmistificadas com o adolescente. Importa fazê-lo compreender que, apesar a doença, poderá ter a sua autonomia, manter uma interação social saudável e executar as atividades que planeia, desde que se mantenha num controlo eficaz da sua doença.

Estabeleceram-se diagnósticos de **adesão ao regime terapêutico, regime medicamentoso, dietético, de exercício e ao teste de glicémia** por estarem fundamentados na avaliação do adolescente e família, que Orem (1985) defende como cruciais para a correta identificação das necessidades de autocuidado. Torna-se importante identificar quais são os obstáculos à adesão ao regime, para que a intervenção seja direcionada. Nesta etapa de intervenção devem considerar-se as crenças e valores do adolescente e da família, quais são as experiências prévias e quais são as motivações para o autocuidado (Sampaio Filho et. al, 2013; Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017). O fim último das intervenções planeadas neste âmbito é a adesão por parte do S. a todas as vertentes do cuidado da sua doença.

O papel do Enfermeiro na promoção do autocuidado em situação de doença crónica deve incidir sobretudo no ensino e instrução, acompanhado de um suporte emocional constante ao longo de todo o processo de capacitação (Sampaio Filho et. al, 2013; Salvador et. al, 2015). Desta forma, importa planear cuidados que resultem na capacitação do S. e da

família para a gestão da doença, no presente e posteriormente ao longo de toda a vida do S.. Estabeleceram-se cinco diagnósticos com foco na capacitação do adolescente e da família:

- * Capacidade da família para gerir regime comprometida;
- * Capacidade para gerir regime de exercício comprometida;
- * Capacidade para gerir regime medicamentoso comprometida;
- * Capacidade para gerir regime dietético comprometida;
- * Capacidade para monitorizar a doença comprometida.

Primeiramente, a intervenção de Enfermagem planeada corresponde à substituição do S. e da família na gestão efetiva da doença, especialmente na fase de diagnóstico recente ou agudização (Venancio et. al, 2017). A avaliação da criança/jovem e família deve ser constante e identificar quando é que a criança/jovem e a família estão aptas a desenvolver capacidades e habilidades para gerir a sua situação de doença, o que pode acontecer em tempos diferentes. Assim sendo, importa olhar a criança/jovem de forma individual, intervindo simultaneamente com a família e promovendo a participação nos cuidados.

De acordo com a literatura consultada, para promover a capacitação da criança/jovem e família, a intervenção de Enfermagem deve incidir sobretudo na educação para a saúde uma vez que é a intervenção que mais promove a adesão ao plano terapêutico e o desenvolvimento do autocuidado (Venancio, La Banca & Ribeiro, 2017). As temáticas de educação para a saúde visam a prevenção de complicações, a explicitação de opções de tratamento e o ensino de estratégias de gestão e controlo da doença. A instrução, por sua vez, deve iniciar-se pela explicação e demonstração, evoluindo gradualmente tendo em conta a progressiva autonomia da criança para intervenções de orientação, monitorização e supervisão (Sampaio Filho et. al, 2013; Orem, 1985). Este processo permite treinar habilidades, desenvolver capacidades, esclarecer dúvidas concretas de execução, treinar para a resolução de problemas e tomadas de decisão, com vista ao desempenho autónomo do autocuidado por parte do S. e sua família.

Transversal ao conjunto de intervenções planeadas, está o **suporte emocional** ao S. e a toda a família que diretamente lidará com a sua situação de doença, sustentado na literatura consultada sobretudo pela sua função motivadora e reparadora (Salvador et. al, 2015; Sampaio Filho et. al, 2013).

Reflexão - aplicabilidade do referencial teórico de Dorothea Orem

Após a realização deste plano de cuidados baseado no referencial teórico de Dorothea Orem, considerei relevante refletir sobre a pertinência da sua aplicação na abordagem de cuidados de enfermagem ao adolescente com doença crônica e sua família.

Neste caso em concreto, constatei que a aplicação do referencial teórico proporcionou uma estruturada orientação para uma abordagem mais completa e uma compreensão global da situação de saúde e das necessidades de autocuidado que cria na criança/jovem e família. A Teoria do Déficit de Autocuidado (Orem, 1985) molda o pensamento de enfermagem por forma a não se focar apenas no aqui e agora, mas sim em toda a alteração subjacente à doença que resultará no quotidiano da criança/jovem e família. A prestação de cuidados imediatos face ao diagnóstico é importantíssima, contudo, o planeamento do regresso a casa e a capacitação da criança/jovem e família para a gestão autónoma da doença crónica deve ser uma preocupação da equipa de saúde desde o primeiro momento. As aprendizagens, as alterações de rotina, a gestão do tratamento e a vivência diária com as limitações associadas à doença crónica podem comprometer a qualidade de vida da criança/jovem. O referencial teórico de Orem (1985) impele-nos a planear a intervenção de enfermagem numa perspetiva futura e sobretudo de capacitação para a manutenção do bem-estar e qualidade de vida, apesar da doença.

Esta ideia é corroborada pela literatura consultada, que reconhece que a sua aplicação na prática diária do especialista em Enfermagem Infantil permite abordar os problemas de saúde para além da sua vertente fisiopatológica, conferindo uma visão holística e a capacidade de prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar as crianças, famílias e comunidades (Rodríguez-Sandoval, Solorzano-García & Hernández-Cantoral, 2013). A teoria de Dorothea Orem permite identificar as vivências das crianças e adolescentes e confirmar a pertinência da intervenção face às necessidades de autocuidado específicas, bem como identificar as limitações da implementação do autocuidado na rotina diária (Sampaio Filho et. al, 2013).

Referencias Bibliográficas

- Biffi, D., de Melo, M., & Ribeiro, V. (2018). Acolhimento de enfermagem à saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*.
- Castro, D. (2012). Nada será nunca mais como antes: o adolescente doente crônico - o exemplo do diabete insulino dependente. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, pp. 24-34.
- Ferreira, L., Zanatta, E., Brum, M., Nothaft, S., & Motta, M. (2013). Diabetes Mellitus sob a ótica do adolescente. *Cogitare Enfermagem*, pp. 71-77.
- Flora, M., & Gameiro, M. (2016). Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 17-26.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *WONG - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Kliegman, R., Stanton, B., Geme, J., & Schor, N. (2016). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Canada: Elsevier.
- Malaquias, T., Marques, C., Faria, A., Pupulim, J., Marcon, S., & Higarashi, I. (2016). A criança e o adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1: desobrar do cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, pp. 1-7.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática: Entrevista ao Adolescente*. Em *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (pp. 11-61). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Salvador, M., Gomes, G., Oliveira, P., Gomes, V., Busanello, J., & Xavier, D. (Julho-Setembro de 2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças protadoras de doenças crônicas . *Texto Contexto Enfermagem* , pp. 662-669.
- Sampaio Filho, F., Gubert, F., Pinheiro, P., Martins, A., Vieira, N., & Nóbrega, M. (2013). The life of the adolescent with HIV/AIDS and self-care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*.
- Santos, C., & Ressel, L. (2013). O adolescente no serviço de saúde. *Adolescência & Saúde*, pp. 53-55.
- Santos, M., Almeida, I., Reis, N., Leite, D., Gomes, H., & Costa, A. (2018). A Percepção da Hospitalização pelos Adolescentes: Contribuições para o Cuidado de Enfermagem. *Cuidado é fundamental*, pp. 663-668.
- Silva, L., Vecchia, B., & Braga, P. (2016). Adolescer em pessoas com doenças crônicas: uma análise compreensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*, pp. 1-9.
- Venancio, J., La Banca, R., & Ribeiro, C. (Janeiro-Março de 2017). Benefícios da participação em um acampamento no autocuidado de crianças e adolescentes com diabetes: percepção das mães. *Escola Anna Nery*, pp. 1-9.

Apêndice - Guião de entrevista

Data e local de realização: Setembro de 2018, Sala de Observação.

Objetivo: Compreender quais as principais necessidades e preocupações identificadas pelo S. e pela sua mãe face ao recente diagnóstico de Diabetes *Mellitus* Tipo 1.

Entrevistados: Menino S. e sua mãe, em simultâneo

Menino S.	<ol style="list-style-type: none">1. Sabes porque estás no Hospital?2. O que é para ti a Diabetes?3. Conheces alguém com Diabetes?4. Sabes como se controla a Diabetes?5. O que te preocupa mais, neste momento?6. Quem pensas que pode ajudar-te?7. Como te sentes, em relação a esta situação?
Mãe do S.	<ol style="list-style-type: none">1. Foi-lhe explicado o motivo de internamento do seu filho?2. O que é para si a Diabetes?3. Conhece as formas de tratamento da Diabetes em adolescentes?4. Considera que a doença vai dificultar a qualidade de vida do seu filho?5. Quais são os seus sentimentos enquanto mãe, face a este diagnóstico?6. O que a preocupa?7. Quem identifica como recursos para a gestão da doença do S.?

Notas:

A entrevista decorreu num curto espaço de tempo, pelo que adotou uma forma não estruturada e as questões foram sendo colocadas à medida que a disponibilidade do S. permitia. Considero que seria importante efetuar uma entrevista mais estruturada e detalhada, que seria benéfica sobretudo na fase de internamento em enfermaria, para melhor planeamento de cuidados face às necessidades identificadas pelo S.. Reconheço, igualmente, que seria pertinente efetuar duas entrevistas distintas, uma ao S. e outra à sua mãe, especialmente tendo em conta que se trata de um adolescente que acaba de se confrontar com um diagnóstico de doença crónica.

Como qualquer intervenção terapêutica requer o prévio estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e criança/jovem, constato que se tivesse tido oportunidade de criar esta relação com o S. e a família (neste caso concreto, a mãe) poderia ter obtido dados mais relevantes e um discurso mais rico em termos das preocupações e necessidades de autocuidado do S. face ao diagnóstico que acaba de enfrentar.

Apêndice VIII: Guia para pais: Cuidados ao Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

CENTRO HOSPITALAR ABC
UNIDADE DE CUIDADOS NEONATAIS



**GUIA PARA PAIS: CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NA
UNIDADE DE CUIDADOS NEONATAIS**

OUTUBRO, 2018

Olá pais!

Sabemos que o internamento de um filho na Unidade de Cuidados Neonatais representa um momento difícil e desafiante para os pais e família.

Para o bebé é, também, uma etapa muito importante: está a aprender todos os dias e a vencer novas batalhas a cada momento.

É muito importante para o seu bebé sentir a sua presença, participação e apoio neste desafio constante.

Para os pais, estar presente e participar nos cuidados ao seu bebé permite uma fortificação do vínculo familiar e uma vivência menos traumática do internamento na Unidade de Cuidados Neonatais.

Neste guia para pais queremos que encontre uma orientação sobre como prestar os cuidados ao seu filho, que complemente todos os ensinamentos preciosos que a equipa multidisciplinar de saúde lhe proporcionará durante o internamento.

Queremos que se sinta apoiado em todos os instantes e que se sinta seguro e feliz no seu papel enquanto pai.

Seja parceiro nos cuidados ao seu bebé, desde o primeiro momento!

Índice

- 1) O bebé prematuro
- 2) Os pais do bebé prematuro
- 3) A Unidade de Cuidados Neonatais
- 4) Cuidados ao bebé:
 - A. Alimentação
 - B. Higiene e eliminação
 - C. Sono e repouso
 - D. Posicionamentos
 - E. Choro
 - F. Sinais de *stress* no bebé
 - G. Toque e método canguru
- 5) Registo de experiências e dúvidas

1) O bebê prematuro

Quando um bebê nasce antes das 37 semanas de idade gestacional, considera-se prematuro ou pré-termo.

Por nascer antes do tempo previsto, o bebê prematuro nasce com imaturidade dos órgãos e sistemas, o que faz com que seja mais vulnerável a algumas doenças e mais sensível a fatores externos como por exemplo: luz, ruído e temperatura.

Características do bebê prematuro:

- ☒ Tamanho pequeno;
- Cabeça grande em relação ao corpo;
- ☒ Baixo peso ao nascer;
- Pele fina, rosada de brilhante (penugem fina—lanugo);
- Veias visíveis sob a pele;
- ☒ Pouca gordura corporal;
- ☒ Escasso cabelo;
- ☒ Orelhas moles e finas;
- Músculos pouco desenvolvidos;
- Reflexos de sucção e deglutição fracos ou ausentes;
- Respiração irregular.

O bebê prematuro precisa, portanto, de uma vigilância especial da sua saúde, implicando internamento. O internamento na Unidade de Cuidados Neonatais tem como objetivo proporcionar ao bebê a continuação do seu desenvolvimento e maturação biológica, para que consiga sobreviver fora do ambiente intra-uterino.

1) Os pais do bebê prematuro

O nascimento de um bebê prematuro representa para os pais um momento de muita ansiedade e receio. Trata-se de uma experiência única, que envolve alterações na vida familiar e novos desafios todos os dias.

Durante a gravidez, os pais idealizam o seu bebê e, de uma forma geral, todos os pais imaginam o bebê à sua imagem e muitas vezes associada à ideia de um bebê perfeito, rechonchudo, grande e forte.

O bebê prematuro não corresponde à imagem do bebê idealizado pelos pais durante a gravidez, o que provoca nos pais o confronto com as diferenças e a necessidade de se desligarem da imagem idealizada e aprendam a amar o seu bebê real.

Todos estes processos podem fazer com que os pais sintam dor, medo, ansiedade, tristeza, culpa, choque, raiva, negação e rejeição do bebê. É muito comum que os pais sintam solidão. Não se sintam culpados por estes sentimentos nem os reprimam, são perfeitamente naturais e esperados numa situação como a sua.

É natural também que os pais se sintam confusos no desempenho do seu papel, sintam incerteza e receio na interação com o filho. Cuidar de um filho prematuro pode ser assustador.

É importante que compreenda que não está sozinho.

A equipa multidisciplinar de saúde está preparada e disponível para o ajudar a ultrapassar os obstáculos e a cuidar do seu bebê.

2) A Unidade de Cuidados Neonatais

O internamento na Unidade de Cuidados Neonatais tem como objetivo ajudar os bebés em três funções essenciais: regulação da temperatura corporal, respiração e alimentação.

Por isso, o bebé pode precisar de alguns equipamentos e tecnologias para o ajudar a compensar esta imaturidade do seu organismo:

- A incubadora funciona como um berço aquecido, tentando representar o útero da mãe, mantendo o bebé aquecido e protegido.
- Um ventilador ou tubo de oxigénio tem a função de ajudar o bebé a respirar de forma mais eficaz.
- Para ser alimentado, o bebé pode precisar de uma sonda no nariz ou na boca que encaminhará a alimentação até ao estomago.
- Um tubo colocado numa veia pode ser necessário para manter o bebé nutrido e hidratado ou para fazer medicação.
- O monitor cardiorrespiratório permite vigiar os sinais vitais do bebé (tensão arterial, oxigenação do sangue, frequência cardíaca, frequência respiratória), os valores que o monitor emite permitem aos profissionais de saúde manter uma vigilância mais apertada do que se passa com o bebé.

Adicionalmente e de acordo com cada situação em particular, o bebé pode precisar de outros equipamentos. A equipa multidisciplinar de saúde mantê-lo-á informado e estará disponível para esclarecer as suas dúvidas.

3) Cuidados ao bebé

Quando o bebé está na Unidade de Cuidados Neonatais, os pais sentem que os “pais e mães substitutos” da equipa multidisciplinar de saúde são as pessoas mais adequadas para cuidar do seu filho.

Contudo, de uma forma geral, há muito que os pais podem fazer pelo seu bebé.

A sua participação nos cuidados ao bebé vai depender de múltiplos fatores, um deles a condição clínica do bebé. Por isso, é importante que, desde o primeiro momento, converse com a equipa multidisciplinar de saúde no sentido de obter orientações e ser parceiro nos cuidados ao seu filho.

A participação nos cuidados ao bebé ocorre gradualmente e de diferentes formas de bebé para bebé. Por questões clínicas podem existir restrições à sua participação, porém há sempre algo que poderá fazer pelo seu bebé.

Mesmo que lhe pareça pouco, para o seu bebé será muito.

Nos próximos capítulos, encontrará algumas orientações sobre como cuidar do seu filho. Contudo, relembramos que deve sempre conversar com a equipa multidisciplinar de saúde sobre a sua participação, para que seja a mais benéfica para o bebé.

Alimentação

Durante o internamento, o seu bebé começará por ser alimentado de 3/3h., podendo posteriormente aumentar este intervalo para 4/4h ou horário livre dependendo da indicação médica.

Nos bebés prematuros, pelos fracos reflexos de sucção e deglutição, a alimentação é feita através de uma sonda diretamente ao estômago.

Neste caso, o leite será administrado ao bebé com ajuda da força da gravidade. Os pais podem colaborar na alimentação através deste sistema pegando o bebé ao colo e/ou segurando a seringa.



Imagem: <http://www.birthwithlove.com.br>

Este é um excelente momento para observar o bebé e para que o bebé sinta a sua presença e carinho, permite tornar mais forte a ligação pais-bebé.

Alimentação

O leite materno é o leite mais completo e adequado ao bebé:

- Melhor adaptado às necessidades de crescimento e desenvolvimento do bebé (especialmente até aos 6 meses de vida);
- Melhor digestão e absorção dos nutrientes;
- Estimula a imunidade do bebé;
- Opção de baixo custo económico;
- Estabelece laços fortes entre mãe e bebé.

Apesar de a via mais comum para o aleitamento materno ser a amamentação, pode acontecer que o seu bebé ainda não esteja preparado para mamar. Como tal, a equipa multidisciplinar de saúde poderá incentivar a extração de leite materno, que será administrado por outra via ao bebé.

Por vários motivos, naturais e expectáveis, pode acontecer uma diminuída produção de leite materno. Nesse caso, e se corresponder aos critérios de seleção, o seu bebé poderá usufruir de leite de dadora. Trata-se de leite de uma outra mãe que, voluntariamente, disponibiliza leite para outros bebés que não o seu recém-nascido.

Poderá também ser alimentado com leite artificial, adaptado às necessidades do bebé.

A equipa multidisciplinar de saúde poderá esclarecê-lo se este for o caso do seu filho.

Alimentação

Na amamentação, é muito importante uma higiene rigorosa das mãos.

Quem amamenta deverá estar confortável em termos de posição e vestuário, já que poderá ser um momento prolongado.

Também o bebê deverá estar confortável.



Imagem: <https://alinelage.com.br>

Algumas indicações:

- Boca do bebê deve estar alinhada com a mama, para que consiga abocanhar o máximo possível da aréola;
- Segurar a mama com a mão em forma de C;
- Para que o bebê abra a boca espontaneamente, tocar suavemente com o mamilo no lábio inferior do bebê.

Sinais de boa pega

A cabeça e o pescoço do bebê estão bem alinhados e o nariz está livre para assegurar boa respiração;

Bebê com a boca bem aberta, sendo visível mais aréola acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior do bebê;

Os lábios do bebê estão revirados para fora e o queixo está bem encostado à mama;

As bochechas do bebê enchem e ouve-se a deglutição do leite, que deverá ser lenta e profunda.

Alimentação

Na alimentação por biberão uma das etapas principais é a escolha da tetina, que deve ser a mais adequada ao bebê.

Algumas orientações:

- O bebê deve estar sentado ou semi-sentado;
- Para que o bebê abra bem a boca e abocanhe a tetina, tocar suavemente com a tetina no lábio inferior o bebê;
- ☒ A tetina deve estar sempre preenchida de leite.

Após a amamentação ou alimentação por biberão, o bebê deve eructar (arrotar). Pode colocar o bebê numa das seguintes posições, até que eructe.



Imagem: <http://www.blograodegente.com.br>

Bolsar é comum nos bebês prematuros, durante ou depois da alimentação e/ou quando o coloca a eructar. Bolsar em pequena quantidade é normal e deve ser distinguido de vomitar (grande quantidade, em relação à alimentação oferecida).

Higiene e eliminação

Habitualmente, os bebés têm urina em todas as fraldas. Porém, o padrão de eliminação intestinal (fezes) é característico de cada bebé.

- **Urina**, deve ser clara e amarelada. Mantenha-se atento se o seu bebé tiver muitas fraldas sem urina ou com urina escassa e fraldas com urina muito concentrada ou com presença de sangue ou mau odor. Estes sinais podem significar alterações da hidratação do bebé ou a presença de uma infeção.
- **Fezes**, devem ser amareladas ou acastanhadas claras e moles. Nos primeiros dias de vida, ocorre a expulsão de mecónio, fezes verde-escuras e viscosas compostas por muco e enzimas. Vigie ocorrência de fezes aguadas e abundantes ou com presença de sangue, pois são sinais de alerta.

Cólicas

Pela imaturidade do sistema digestivo e por outros fatores, pode acontecer que o seu bebé tenha o abdómen tenso e distendido, podendo manifestar sinais de desconforto como inquietude e choro. Podem tratar-se de cólicas abdominais.

As cólicas podem ser muito stressantes para os pais, pelo desconforto manifestado pelo bebé. Além de consolar o bebé, poderá ajudá-lo através de massagem.

Imagem: <https://www.manualdamamae.com.br>



Massagem abdominal com movimentos circulares, de acordo com os ponteiros do relógio.



Dobrar as pernas do bebé sobre o abdómen. Efetuar algumas repetições.

Higiene e eliminação

Mudança da fralda

A fralda deve ser trocada sempre que necessário para manter a pele do bebé seca e limpa. Limpe a pele do bebé com água tépida e compressas, com especial atenção às zonas de pregas cutâneas. Seque bem a pele do bebé para que não permaneça húmida.

Aproveite a muda da fralda para vigiar se existem sinais de eritema da fralda (a vulgar assadura) ou outros sinais de infeção como borbulhas ou feridas.

Cuidados especiais no eritema da fralda:

- Limpe a pele do bebé com água tépida e sabão neutro, para que se mantenha bem limpa. Retire bem todos os vestígios de sabão.
- Não utilize toalhetes húmidos perfumados, podem causar aumento da irritação da pele.
- Seque bem a pele antes de colocar a fralda.
- Utilize um creme barreira sempre que muda a fralda.
- Troque a fralda mais frequentemente, para que a pele do bebé não esteja exposta a urina e fezes durante um longo período.



Imagem: <http://www.bepanthe.pt/>

Higiene e eliminação

Coto umbilical

Depois do corte do cordão umbilical, ocorre o processo de mumificação do coto umbilical tornando-se mais endurecido, seco e escuro até que, finalmente e espontaneamente, se destaca do umbigo do bebê. A queda do coto umbilical não deve ser forçada ou acelerada sob nenhuma forma, a mesma ocorrerá naturalmente entre a primeira e a terceira semana de vida.

Se o seu bebê ainda tiver o coto umbilical, é muito importante mantê-lo limpo e seco para que não ocorram infecções.

- Eleve o coto umbilical com uma das mãos e compressa, enquanto com a outra mão efetua a limpeza do mesmo.
- Limpe o coto umbilical e a pele circundante com água tépida e sabão de pH neutro, no banho e sempre que fique exposto a fezes ou urina.
- Não utilize antibióticos ou álcool etílico a 70%, está provado que não melhora a higiene e pode dificultar a queda do coto umbilical.
- Seque muito bem o coto umbilical após a lavagem, preferencialmente com uma compressa ou com uma toalha limpa.
- Não aplique hidratantes no coto umbilical, para que permaneça seco.
- Tenha o cuidado de manter o coto umbilical fora da fralda, para que se mantenha seco. Poderá fazer uma dobra na fralda para conseguir este efeito.
- Vigie o coto umbilical para pesquisar possíveis complicações como hemorragia (sangramento acentuado) ou infecção (pus, vermelhidão, corrimento, mau odor).
- Mesmo após a queda do coto umbilical, importa manter a higiene cuidada do umbigo do bebê, uma vez que se trata de uma zona de pele mais sensível e em processo de cicatrização.

Higiene e eliminação

Os bebés não precisam tomar banho diariamente. Na Unidade de Cuidados Neonatais, o seu bebé vai tomar banho dia-sim dia-não. Nos dias em que o bebé não toma banho, deverá ter especial atenção na higiene parcial: rosto, pregas do pescoço, axilas e virilhas.

Antes do banho, verifique se dispõe de todo o material necessário e coloque-o em zona acessível. Habitualmente precisará de uma bacia com água, manípula, gel de banho de pH neutro, compressas e soro fisiológico. Deverá ter também acessível a fralda e a roupa para o bebé.

A temperatura da água do banho deve rondar os 37°C. Pode verificar a temperatura com um termómetro ou com a submersão da face interna do seu punho.

Banho do bebé

1. **Olhos:** Limpe-os com uma compressa embebida em soro fisiológico, com movimentos suaves e sempre no sentido da zona mais limpa para a zona mais suja (em caso de olho sem remela/infeção, habitualmente é no sentido de fora para dentro). Para cada movimento e limpeza dos olhos, utilize uma nova compressa. Aproveite para vigiar sinais de infeção como pús, vermelhidão ou lacrimejar.



Imagem: <https://www.vidaativa.pt/>

Boca: limpe-a com uma compressa embebida em soro fisiológico, colocando-a no seu dedo como a uma dedeira. Passe a compressa em toda a área da cavidade oral do bebé. Este passo é importante para manter a higiene oral e evitar lesões resultantes de restos de leite.

Higiene e eliminação

2. Coloque o bebê na banheira/bacia em posição semi-sentada. Segure o bebê pela axila mais distante do seu corpo, sempre apoiando a cabeça do bebê no seu antebraço.



Imagem: <https://bebe.abril.com.br/>

3. Oriente o banho no sentido céfalo-caudal, ou seja, inicie pelo rosto avançando pelo pescoço, cabeça, braços, tórax, abdômen).
4. Volte o bebê, mantendo a mesma lógica de o segurar pela axila apoiando a cabeça no seu antebraço, e lave a região posterior (costas e nádegas).
5. Após o banho, envolva o bebê na toalha e seque logo a pele com movimentos suaves. Os bebês perdem rapidamente temperatura corporal, pelo que não deverá deixar o bebê muito tempo com a pele molhada.
6. Depois de seca a pele do bebê, aplique creme hidratante de pH neutro com uma suave massagem.
7. Coloque a fralda para não ter surpresas. Com a estimulação da água, é provável que o seu bebê tenha vontade de urinar!
8. Vista o bebê o mais brevemente possível, para que não perca temperatura corporal. Adeque o vestuário à temperatura do bebê e à temperatura ambiente. Vigie a temperatura e cor da pele do bebê para verificar se está quente ou fria, e adeque o vestuário mediante essa verificação.

Atenção: nunca deixe o bebê sozinho, mesmo que seja por um espaço de tempo curto!

Higiene e eliminação

Lavagem nasal

Por vezes, os bebés podem ficar com obstrução nasal (nariz entupido). Com obstrução nasal, o bebé fica desconfortável e pode mesmo cansar-se rapidamente por exemplo na alimentação.

É importante vigiar a ocorrência de obstrução nasal e as características das secreções do bebé. Secreções espessas e amareladas podem ser sinónimo de infeção respiratória.

Cuidados na obstrução nasal:

- Aplique 1 a 2 gotas de soro fisiológico em cada narina, algumas vezes ao longo do dia, como forma de limpeza do nariz;
- Em caso de obstrução nasal marcada, coloque o bebé em posição sentada ou semi-sentada e aplique o soro fisiológico com alguma pressão numa das narinas. A pressão exercida pelo soro fisiológico fará com que as secreções sejam arrastadas para a outra narina, sendo expelidas. Repita o procedimento para a outra narina.



Imagem: <https://miwoman.ru/pt>

Sono e repouso

Cada bebé tem o seu ciclo de sono definido desde a nascença, que foi criado ainda durante a gravidez e de acordo com os ciclos de sono da mãe. Contudo, os padrões normais de sono do bebé vão sendo alterados ao longo da vida.

O sono é muito importante para que o bebé consiga reagir e interagir face ao que o rodeia.

O bebé prematuro, habitualmente, tem períodos de sono mais longos e alternam períodos de alerta e sono mais facilmente.

Os ritmos do bebé são importantes e devem ser respeitados por todos, pais e profissionais de saúde. O bebé deve aprender a diferença entre o dia e a noite e, neste aspeto, os pais podem ajudar o bebé através de uma maior estimulação durante o dia (cantar, falar, brincar) e uma estimulação mínima durante a noite (manipulações mínimas, redução da luminosidade do ambiente).

Idealmente, não se devem interromper os ciclos de sono do bebé.

Posicionamentos

A posição ideal para o seu bebé dormir em casa é de barriga para cima, como forma de prevenção da morte súbita. Na Unidade de Cuidados Neonatais, uma vez que os bebés estão monitorizados e permanentemente vigiados, há uma maior segurança para utilizar a posição de barriga para baixo. Deverá evitá-la para o sono do bebé em casa, porém pode utilizá-la enquanto o bebé está acordado até porque estimula a força muscular e o controlo da cabeça.

Durante a permanência na Unidade de Cuidados Neonatais, vai verificar que o seu bebé será posicionado regularmente ao longo do dia, numa das seguintes posições:

- Decúbito ventral (barriga para baixo);
- Decúbito lateral esquerdo e direito;
- Decúbito dorsal (barriga para cima).

O posicionamento terapêutico do bebé permite a estimulação táctil e o conforto, através da imitação do “aconchego” que sentiria se ainda estivesse no útero materno. Para tal, existem os ninhos e os rolos, que permitem moldar o posicionamento do bebé e conferir-lhe conforto.

Importante: evite a colocação de fraldas e brinquedos junto do rosto e nariz do bebé, pois podem aumentar o risco de asfixia.

Choro

O choro pode ter várias causas:

- Físicas: fome, fralda suja, roupa desconfortável, frio ou calor excessivo, sono, fadiga, excesso de estímulos.
- Emocionais: necessidade de alívio de tensão emocional, necessidade da presença dos pais, insegurança, pedido de consolo ou mimo.

Medidas a adotar no choro do bebé:

- Verificar possíveis causas (Fome? Fralda? Desconforto?);
- Pegar ao colo, aconchegando-o junto ao peito e preferencialmente com contacto pele-a-pele;
- Envolver o bebé com uma manta, com os braços e pernas fletidos, para que fique numa posição semelhante à que tinha no útero;
- Oferecer chupeta;
- Diminuir estímulos como ruído ou luz intensa;
- Embalar e cantar, ou colocar música que relaxe e/ou sons rítmicos.

Atenção:

Evite abanar o bebé como forma de o acalmar!

Pode causar lesões cerebrais graves.

Sinais de Stress no Bebê

Como apresentado anteriormente, os bebês prematuros ainda não têm os seus sistemas totalmente desenvolvidos e, não tendo o sistema nervoso completamente desenvolvido são mais sensíveis e vulneráveis aos estímulos.

Existem alguns sinais que o bebê manifesta e que podem dar informações relevantes sobre o seu possível estado de stress.

Sinais de stress	Alteração da cor da pele; Espirros; Soluços; Bocejo frequente; Movimentos das mãos, braços e pernas desorganizados; Irritabilidade; Choro.
Sinais de autorregulação (consolo)	Bebê tenta levar as mãos à boca; Movimento de chuchar; Manter os olhos fechados ou tapá-los com as mãos; Entrelaçar as mãos e/ou os pés.

Toque e método canguru



Imagem: <https://www.lullabytrust.org.uk/>

O toque tem inúmeros benefícios, para o bebé e para os pais.

- Facilita a vinculação pais-bebé;
- Acalma o bebé nos momentos de choro ou irritabilidade;
- Ajuda nos ciclos de sono do bebé, permitindo que durma melhor;
- Confere ao bebé a sensação de conforto e segurança;
- Aumento da capacidade e da sensação de competência dos pais para cuidar do seu filho;
- Estimula a produção de leite materno.

Técnica: Pousar as mãos

- Aqueça as mãos friccionando-as uma na outra;
- Pouse a sua mão suavemente e sem pressionar na pele do bebé;
- Mantenha as mãos relaxadas sobre a pele do bebé e não as mova, durante um período de tempo;
- Utilize esta técnica em qualquer zona corporal do bebé.



Imagem: <https://www.pinterest.pt/sitebebe/baby/>

Toque e método canguru

Método Canguru

O método Canguru foi criado pelos médicos Sanabria e Martinez em 1979 na Colômbia e consiste num contacto pele-a-pele entre pai e bebé. Estudos têm revelado que o método é prazeroso e benéfico para pais e bebé.

Para o realizar, só precisa de roupa confortável e de fácil ajuste. E de muito, muito amor pelo seu bebé.

Benefícios do método canguru:

- Promove o desenvolvimento emocional e físico do bebé;
- Reduz o stress, a dor e a irritabilidade/choro do bebé;
- Regula o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura corporal do bebé;
- O bebé acalma pela proximidade e toque pele-a-pele mas também porque consegue ouvir o batimento cardíaco do pai/mãe;
- Fortalece o vínculo pais-filho;
- Promove o aleitamento materno;
- Contribui para a diminuição do risco de infeção;
- Aumenta a confiança e a sensação de competência dos pais para o cuidado ao bebé.



Imagem: <https://viamulher.uol.com.br/>

Imagem: <http://w-hospital.in/kangaroo-mother-care-for-preterm-babies/>

Registo de experiências e dúvidas

Hoje dei pela primeira vez
banho ao meu bebé!

Hoje mudei a fralda sem
ajuda!

O meu bebé já mamou!
//_

O meu bebé já não precisa
de tubos!
//_

Hoje fiz pela primeira vez
canguru!

Hoje vamos para casa! :)
//_

Bibliografia

Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro: <http://www.xxs-prematuros.com/>, acessido em Outubro de 2018.

Barbosa, M.; Moreira, S.; Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. Volume 3, n.º 1. Lisboa. Págs. 41-47.

Branco, A.; Fekete, S.; Rugolo, L. O choro como forma de comunicação de dor do recém nascido: uma revisão. *Revista Paulista de Pediatria*. Brasil. 2006, Págs. 270-274.

Friço, J.; Zocche, D.; Palavro, G.; Turattu, L.; Neves, E.; Schaefer, T. (2015). Percepções de pais de recém-nascidos nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Janeiro/Março, volume 5, n.º 1. Santa Maria. Págs. 58-68.

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

IAIM. (2008). *Manual for Infant Massage Instructors*.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Ramos, E.; Silva, L.; Cursino, E.; Machado, M.; Ferriera, D. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Revista de Enfermagem UERJ*. Março/Abril, volume 22, n.º 2. Rio de Janeiro. Págs. 245-250.

Tamez, R. & Silva, M. (2009). *Enfermagem na UTI Neonatal– Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Silva, A.; Garcia, P.; Guariglia, D. (2013). Método Canguru e os benefícios para o recém-nascido. *Revista Hórus*, Volume 8, n.º 2. São Paulo. Págs. 1-10.

Contactos:

Elaborado por: Enfermeira Joana Santos, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Orientação: Enfermeira AC e Professora Doutora Zaida Charepe

- Outubro de 2018 -

Apêndice IX: Plano de Cuidados: Lactente com Miopatia Congênita



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Plano de Cuidados

- Recém-nascido com miopatia congénita -

Joana Filipa Santos Mendes

LISBOA, 2018

Recolha de dados clínicos e familiares

A menina V., de 26 dias de vida, encontra-se internada na Unidade para estudo de condição clínica, controlo de queixas álgicas e treino de autonomia alimentar.

Dados do nascimento:

- * Recém-nascido de termo.
- * Parto distócico, fórceps, posição pélvica.
- * Antropometrias: peso 2600gr, perímetro cefálico 33,90 cm, comprimento 47,1 cm.
- * Índice de Apgar: 8 (1º minuto), 9 (5º minuto), 9 (10º minuto).
- * Notas clínicas na primeira avaliação pós-parto referem recém-nascido com aspeto síndromico, fâcias peculiar e decúbito cubital de ambas as mãos, com mobilidade reduzida e hipotonia dos membros superiores. Foi transferido para o puerpério. Após episódio de apneia com cianose generalizada que reverteu após estimulação táctil e aspiração das vias aéreas superiores, manteve dificuldade alimentar e hipotonia, pelo que foi transferido para a UCINP.

Dados da gravidez:

- * Gesta 3, para 2;
- * Gravidez vigiada em Centro de Saúde (3 consultas, no total);
- * Duas ecografias (13ª semana e 2º trimestre) normais, não fez ecografia do 3º trimestre;
- * Rastreo bioquímico pré-natal com resultado para risco reduzido de anomalia congénita;
- * Serologias: imune para rubéola, não imune a toxoplasmose, HIV/VDRL/AgHBS negativos, Streptococcus-B desconhecido;

Antecedentes familiares:

- * Mãe: ARh+, 9º de escolaridade, de momento desempregada, saudável.
- * Pai: 12º de escolaridade, empregado na área da informática, epilepsia controlada sem terapêutica.
- * Avó paterna com esclerose tuberosa;
- * Primo paterno com atraso do desenvolvimento psicomotor.

Contexto familiar:

- * Família nuclear inclui os pais, a V. e a irmã de 6 anos.
- * Os avós maternos e paternos residem longe e não conseguem dar apoio familiar.

Evolução clínica no internamento:

- * Pediatria médica refere episódios de apneias com necessidade de estimulação táctil. Por acidose respiratória ligeira, esteve sob ventilação não-invasiva. Manteve-se com alimentação por sonda gástrica por reflexo de sucção débil. Efetuada adaptação à mama, dificultada por manutenção das queixas álgicas com o posicionamento associado. Alternadamente alimentada por sonda gástrica, tetina e mama. Alimentação estabelecida aos 31 dias de vida.
- * Ortopedia infantil descreve tumefação da coxa esquerda e região clavicular direita, compatíveis com fratura do fémur esquerdo e da clavícula direita, confirmadas em RX. Atribuiu-se relação com o parto e estrutura óssea débil. Ficou com indicação de manutenção de alinhamento clavicular e abdução dos membros superiores, com indicação para utilização de 4 fraldas sobrepostas. Cerca dos 29 dias de vida efetuou novo RX que confirmou consolidação de ambas as fraturas.

- * Exame físico: proeminência frontal, olhos amendoados, hipertelorismo discreto, palato em ogiva, discreto retrognatismo, lábio superior fino, boca entreaberta. Ausência de movimentos espontâneos, discretos movimentos distais com estimulação tátil e dolorosa, contratura dos punhos com desvio cubital das mãos, pés em flexão com limitação dos joelhos e hipotonia distal dos membros. Abertura espontânea dos olhos, movimentos oculares aparentemente normais (pupilas reativas, sem ptose, simétricas).
- * Diagnósticos médicos:
 - Artrogripose, hipotonia global marcada, fraqueza.
 - Admitindo-se miopatia ou neuropatia congênita muito grave.
- * Diagnósticos de Enfermagem identificados:
 - Déficit no autocuidado alimentação (reflexos de sucção e deglutição débeis)
 - Déficit no autocuidado higiene (pais incapazes de prestar cuidados, face aos posicionamentos associados às fraturas e perante as queixas álgicas à mobilização)
 - Déficit no autocuidado vestir-se/despir-se (pais incapazes de prestar cuidados, face aos posicionamentos associados às fraturas e perante as queixas álgicas à mobilização)
 - Enfrentamento familiar comprometido (pais apresentam alguma dificuldade em compreender o porquê da situação da V. – bebé ideal vs. bebé imaginado)
 - Amamentação ineficaz (reflexos de sucção e deglutição débeis, mãe com muita vontade de amamentar)
 - Dor aguda (fraturas do fémur esquerdo e clavícula direita, indicação para decúbito dorsal e utilização de 4 fraldas para manter abdução dos membros inferiores; queixosa à manipulação)
 - Adaptação à doença física prejudicada (pais apresentam alguma dificuldade em compreender o porquê da situação da V. – bebé ideal vs. bebé imaginado)

Planeamento de cuidados

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenções
Déficit no autocuidado alimentação	Alimentação bem estabelecida	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação do recém-nascido por sonda gástrica; - Monitorização da alimentação; - Controlo do ambiente; - Precauções contra aspiração; - Promoção do envolvimento dos pais; - Treino da deglutição.
Déficit no autocuidado higiene	Pais competentes na higiene do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene ao recém-nascido; - Ensino aos pais sobre higiene do recém-nascido; - Controlo do ambiente.
Déficit no autocuidado vestir-se/despir-se	Pais competentes no vestir/despir do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo do ambiente; - Vestir/despir o recém-nascido; - Ensino aos pais sobre vestir/despir o recém-nascido.
Enfrentamento familiar comprometido	Normalização da família	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento; - Apoio aos irmãos; - Apoio aos pais; - Mobilização familiar; - Promoção do envolvimento familiar; - Cuidados ao recém-nascido.
Amamentação ineficaz	Estabelecimento da amamentação (recém-nascido)	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino sobre estimulação do bebé; - Monitorização do recém-nascido; - Orientação aos pais; - Posicionamento; - Promoção de vínculo; - Supervisão; - Método canguru; - Alimentação por biberão.
Dor aguda	Controlo da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Controlo do ambiente e conforto; - Ensino aos pais sobre conforto do recém-nascido; - Controlo da dor; - Monitorização da dor (escala NIPS); - Controlo de analgesia; - Administração de analgésicos; - Posicionamento; - Presença.
Adaptação à doença física prejudicada	Melhoria da adaptação	<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a saúde; - Aconselhamento; - Suporte emocional; - Assistência no autocuidado (recém-nascido); - Facilitação da aprendizagem; - Promoção da esperança; - Apoio à tomada de decisão; - Promoção do papel parental.

Referências bibliográficas

Hartweg, D. (1991). Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory. SAGE Publications.

Johnson, M. (2009). Ligações entre NANDA, NOC e NIC - Diagnósticos, Resultados e Intervenções. Artmed.

Orem, D. (1985). Nursing Concepts of Practice. Mosby.

Queirós, P., Vidinha, T., & Almeida Filho, A. (2014, Novembro/Dezembro). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, pp. 157-164.

Rodríguez-Sandoval, N., Solorzano-García, E., & Hernández-Cantoral, A. (2013). Estudio de caso de una preescolar com déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta. Enfermería Universitaria, pp. 67-72.

ANEXOS

**Anexo I: Certificado do Curso de Aconselhamento em Aleitamento
Materno**

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Joana Filipa Santos Mendes nascida a **16/12/1991**, natural de **Setúbal**, nacionalidade **Portuguesa**, portadora do Documento de Identificação nº **13929426 0 ZY 7** válido até **08/07/2021**, frequentou e concluiu, com avaliação, o Curso de:



“Aconselhamento em Aleitamento Materno; com sessões extra: Alimentação complementar, Anafilaxia, HIV e Aleitamento Materno, Legislação e Apoio continuado às Mães, Monitorização do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Aleitamento Materno e Prática clínica extra”

Data de Realização: Dias 7, 8, 9, 21, 22, 23 de Fevereiro 2019

Duração: 40 horas + 10 horas

Local: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – em Lisboa

Lisboa, 23 de Fevereiro de 2019


Isabel Ruté Reinaldo

Formadora em Aleitamento Materno
Presidente SOS Amamentação



Teresa Santana Félix
Diretora do Curso
Formadora em Aleitamento Materno
Vice-Presidente SOS Amamentação
Docente na ESEL

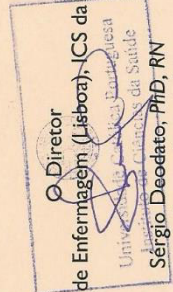
Anexo II: Certificado de Comissão Organizadora do 1º Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que a **ENFª JOANA FILIPA SANTOS MENDES** integrou a **Comissão Organizadora do 1º Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) - “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.


Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP
Universidade Católica Portuguesa
Faculdade de Ciências da Saúde
Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado