

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Um olhar sobre a Esperança dos pais
de crianças com doença crónica**

- Projeto de Competências Especializadas
na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A look at the Hope of parents
of children with chronic disease**

- Clinical Skills Project in Pediatric Specialist Nursing

Autor

Vera Lúcia Alves Pereira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Um olhar sobre a Esperança dos pais de crianças com doença crónica

- Projeto de Competências Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A look at the Hope of parents of children with chronic disease

- Clinical Skills Project in Pediatric Specialist Nursing

Orientador(es)

Maria da Conceição Marinho de Sousa Ribeiro
Oliveira Reisinho

Professor Adjunto, Doutor

Luisa Maria da Costa Andrade

Professor Adjunto, Doutor

Autor

Vera Lúcia Alves Pereira

Porto, 2024

RESUMO

Inserido na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, emerge o presente documento, em forma de relatório de estágio, desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Consolidado numa análise crítica e reflexiva, sustentada na evidência científica, o presente relatório documenta a trajetória realizada na construção do percurso formativo, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, através da descrição das atividades desenvolvidas que contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Com vista ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas com enfoque na adaptação parental em contexto de criança com doença crónica, foi delineado no Módulo I do Estágio de Natureza Profissional o projeto de desenvolvimento profissional com a temática *“Um olhar sobre a Esperança dos pais de crianças com doença crónica”*, e que foi concretizado no Módulo II.

A Esperança como conceito universal, tem sido reconhecida como uma resposta humana básica, promotora da resiliência e capacitação face à doença. O diagnóstico de uma doença na criança constitui um momento crítico e impactante para toda a família. Ao longo de todo o processo surgem diferentes estadios vivenciais relacionados com as necessidades em saúde, a adaptação psicossocial e a mobilização de recursos de Esperança.

Reconhecendo o binómio indissociável criança/família e os cuidados centrados na família e em parceria, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados em situações de especial complexidade, promovendo a capacitação e a adaptação da criança/família à doença crónica, através da demonstração na prática de conhecimentos sobre estratégias promotoras de Esperança.

O percurso clínico nos diferentes contextos de saúde, permitiu a mobilização e incorporação de conhecimentos, e o desenvolvimento de atividades que contribuíram para a aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com enfoque na implementação de intervenções promotoras de Esperança em pais de crianças com doença crónica, que perspetivem uma prática de cuidados de qualidade e excelência.

Palavras-chave: Perfil de competências de enfermeiros; Enfermagem Pediátrica; Doença

crónica; Pais; Esperança.

ABSTRACT

As part of the Curricular Unit Professional Internship with Report, this document is in the form of an internship report, developed as part of the Master's Degree Course in Pediatric Specialist Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Based on a critical and reflective analysis supported by scientific evidence, this report documents the path taken in the construction of the training course, in the different contexts of healthcare provision, by describing the activities carried out that contributed to the acquisition and development of common and specific skills for the Pediatric Specialist Nurse.

With a view to developing specialised clinical skills with a focus on parental coping in the context of children with chronic diseases, Module I of the Professional Internship outlined the professional development project with the theme "A look at the Hope of parents of children with chronic disease", which was carried out in Module II.

Hope, as a universal concept, has been recognised as a basic human response, promoting resilience and empowerment in the face of disease. The diagnosis of a disease in a child is a critical and impacting moment for the whole family. Throughout the process, different experiential stages emerge related to health needs, psychosocial coping and the mobilisation of resources of Hope.

Recognising the inseparable binomial child/family and family-centred care in partnership, the Pediatric Specialist Nurse provides care in situations of special complexity, promoting the empowerment and coping of the child/family to chronic disease, through the practical demonstration of knowledge about strategies that promote Hope.

The clinical journey in the different health contexts enabled the mobilisation and incorporation of knowledge and the development of activities that contributed to the acquisition of skills required for the Pediatric Specialist Nurse, with a focus on the implementation of interventions that promote Hope in parents of children with chronic diseases, with a view to quality and excellence care.

Keywords: Nurse's role; Pediatric Nursing; Chronic disease; Parents; Hope.

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACI - Agency for Clinical Innovation

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECTS - European Credit Transfer System

E4Nursing - Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing

ESPGHAN - European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FPS-R - Faces Pain Scale-Revised

GENCA - Gastroenterological Nurses College of Australia

GINA - The Global Initiative for Asthma

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IV - Intravenoso

MIAMPE - Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança

NIC - Nursing Interventions Classification

OMS - Organização Mundial da Saúde

PaCO₂ - Pressão parcial de dióxido de carbono

PaO₂ - Pressão parcial de oxigénio

PEG - Gastrostomias endoscópicas percutâneas

PEF - Débito expiratório máximo instantâneo

PO - *Per os*

SpO₂ - Saturação de oxigénio periférico

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF - Fundo da Nações Unidas para a Infância

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	27
3. CRIANÇA EM IDADE TODDLER AVALIADA NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL NOS CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS.	37
3.1. Enquadramento teórico	37
3.2. Clientes	41
3.3. Medicação	42
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	42
3.4. Domínios	43
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	43
3.5. Conceção de Cuidados	47
3.6. Especificação das intervenções	50
3.7. Síntese relativa ao caso	52
4. LACTENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	57
4.1. Enquadramento teórico	57
4.2. Clientes	61
4.3. Medicação	62
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	63
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	70
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	74
4.5. Domínios	77
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	78
4.6. Conceção de Cuidados	82
4.7. Especificação das intervenções	85
4.8. Síntese relativa ao caso	87
5. LACTENTE INTERNADO NO INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO PEDIÁTRICO.	93
5.1. Enquadramento teórico	93
5.2. Clientes	99
5.3. Medicação	100
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	100
5.4. Domínios	101
5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	101
5.5. Conceção de Cuidados	106
5.6. Especificação das intervenções	112
5.7. Síntese relativa ao caso	113
6. CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR INTERNADA NO INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO DO	

SERVIÇO DE URGÊNCIA.	119
6.1. Enquadramento teórico	119
6.2. Clientes	126
6.3. Medicação	127
6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	127
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	129
6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	131
6.5. Domínios	132
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	132
6.6. Conceção de Cuidados	136
6.7. Especificação das intervenções	139
6.8. Síntese relativa ao caso	141
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	147
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	183
9. BIBLIOGRAFIA	187
ANEXOS	201

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A elaboração do presente documento, inserido na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2022/2024 da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e objetiva a descrição, análise e reflexão do percurso de desenvolvimento de competências especializadas em diferentes contextos de intervenção, com vista à aquisição de título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Grau de Mestre.

A exigência técnica, científica e humana originada pela evolução dos cuidados de saúde, nos quais se inserem os cuidados de enfermagem, fez com que a diferenciação e a especialização se tornassem uma realidade dos profissionais de saúde. De acordo com o regulamento que define os princípios gerais do exercício profissional de Enfermagem em Portugal, o enfermeiro especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996, p. 2960).

A diferenciação e a especialização dos cuidados de enfermagem, resultam da sua importância e da exigência técnica e científica na esfera dos cuidados de saúde, o que justificou o reconhecimento das diferentes áreas de especialização em Enfermagem, e a regulamentação de competências comuns e específicas previstas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), onde se reconhece ao enfermeiro especialista a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, de acordo com sua área de especialidade.

A Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrou dois Módulos – Módulo I e Módulo II – totalizando 45 ECTS (*European Credit Transfer System*), que incluíram 180 horas de contacto em cuidados de saúde na comunidade, e 420 horas de contacto em unidades de cuidados diferenciados pediátricos. O percurso formativo em diferentes contextos – Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico e Serviço de Urgência Pediátrica – permitiram o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, previstas pela Ordem dos Enfermeiros.

Simultaneamente à atividade de estágio, partindo da aprendizagem que relaciona a teoria e a prática, foram escolhidos casos clínicos que permitiram a sistematização do processo de enfermagem com base na Ontologia de Enfermagem, no sentido de aprofundar competências

clínicas no que concerne à conceção de cuidados e aprimorar a tomada de decisão sustentada no pensamento crítico, utilizando como recurso a plataforma pedagógica E4Nursing (*Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing*), disponibilizada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A escolha de casos clínicos para a elaboração da conceção de cuidados - um por cada contexto - refletiu o interesse pessoal na exploração de diferentes contextos de doença (aguda/crónica); crianças em diferentes etapas de desenvolvimento; que incorporasse conhecimento novo; e que possibilitasse uma continuidade de cuidados, de forma a ser possível a realização de uma conceção de cuidados com, pelo menos duas sessões (dois momentos de contacto com o cliente alvo dos cuidados), para assim inferir-se sobre os resultados das intervenções implementadas e determinar a evolução do cliente face ao planeado.

A conceção de cuidados de enfermagem diz respeito tanto às ações realizadas, como ao processo de pensamento seguido pelo enfermeiro na interação com o cliente (Basto, 2012). A Ontologia de Enfermagem fornece uma base sólida para a compreensão e a prática de Enfermagem, estabelece uma linguagem comum, e um quadro concetual partilhado por profissionais. Como tal, o recurso a esta, possibilitou o desenvolvimento de competências na conceção de cuidados, construída a partir da recolha dos dados que resultam da apreciação do cliente; a identificação dos focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem; possibilitando desta forma, a construção formal do processo de enfermagem com intencionalidade terapêutica.

A Enfermagem constitui-se uma disciplina do conhecimento orientada para a prática e integra no seu *core* a palavra cuidar. Esta prática de cuidar em Enfermagem é resultante do exercício do enfermeiro, dos modelos profissionais dominantes e do contexto onde se realizam (Basto, 2012).

Com o avanço tecnológico e uma visão unilateral do sistema tradicional de saúde (doença-cura), os valores do cuidar e da Enfermagem foram submersos, contribuindo-se assim, para uma sociedade despersonalizada (Watson, 2002). Todavia, a prática ética e deontológica, orienta o enfermeiro para a humanização dos cuidados e a relação interpessoal, onde a pessoa é “uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 97).

Como tal, o quadro normativo do exercício da Enfermagem em Portugal, direciona o cuidado centrado na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o cliente - indivíduo ou grupo - que respeite a valorização do seu papel e das suas capacidades. Da assunção destas premissas, os cuidados de enfermagem - tendo como foco a satisfação do cliente - visam o bem-estar e o autocuidado; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; e a readaptação funcional, que constituem os aspetos basilares orientadores do exercício profissional, qualquer que seja o contexto de intervenção (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

Ao longo dos anos, vários modelos e teorias têm surgido, resultantes da reflexão e análise sobre a Enfermagem enquanto disciplina que “devido ao seu mandato social e à sua natureza específica pode, no contexto da equipa de saúde, constituir o recurso mais efetivo do sistema para responder progressivamente de forma mais eficaz às necessidades de saúde da população” (Paiva e Silva, 2007, p. 12).

Durante o ciclo vital, o ser humano vivencia vários processos de transição. Da análise de vários estudos, Melleis et al. (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance, na qual identificaram quatro tipos de transições centrais para a prática de enfermagem – desenvolvimental; saúde-doença; situacional e organizacional – descrevendo simultaneamente, a natureza (tipo, padrões e propriedades); as condições (facilitadoras e dificultadoras); e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição, e que orientam as terapêuticas de enfermagem (ações com intencionalidade terapêutica).

As transições representam experiências humanas, moldadas por condições pessoais e ambientais; pelas expectativas e perceções dos indivíduos; pelos significados atribuídos às experiências; pelos conhecimentos e habilidades na gestão de modificações; e pelo impacto dessas modificações; o que implica que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, modifique comportamentos e redefina os significados associados aos eventos. As transições caracterizam-se ainda, pela sua complexidade e multidimensionalidade, sendo vivenciadas isoladamente ou em simultâneo, podendo estar (ou não) relacionadas. A transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade (Chick & Melleis, 1986; Melleis & Trangenstein, 1994).

A transição assume-se como uma área de atenção do enfermeiro, quando interfere com a saúde, ou quando a resposta à transição se manifesta através de comportamentos relacionados com a saúde que, pela função que representa nos cuidados de saúde, assume um papel privilegiado para assistir a pessoa no seu processo de transição (Chick & Melleis, 1986).

Na abordagem às transições experienciadas pela pessoa, torna-se essencial que o enfermeiro reconheça e caracterize a sua natureza, as condições que a facilitam ou a inibem, e os padrões de resposta, de forma a planear e implementar cuidados de enfermagem efetivos. Uma transição saudável caracteriza-se pela mestria nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade, revelado pelo domínio de novas competências e perceção de satisfação com o equilíbrio atingido (Melleis et al., 2000).

As diferentes etapas normativas do desenvolvimento humano representam transições desenvolvimentais. O desenvolvimento é dinâmico, multidimensional, e único, representando um processo progressivo de crescimento físico, mental, social e desenvolvimento ao longo de toda a vida (Hockenberry et al., 2019; International Council of Nurses, 2019). A personalidade e as habilidades cognitivas desenvolvem-se da mesma forma e simultaneamente com o crescimento biológico, com a aquisição de novas habilidades a partir das anteriores

previamente dominadas (Hockenberry et al., 2019).

O Artigo 27º da Convenção dos Direitos da Criança do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), reconhece na criança “o direito a um nível de vida suficiente, de forma a permitir o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social” (UNICEF, 2019, p.22). Como tal, o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume-se fundamental, uma vez que tem em vista a potenciação do seu crescimento e desenvolvimento, e a sua adaptação às transições normativas nas diferentes idades (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

À medida que se vai desenvolvendo, a criança vai adquirindo competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos ao nível motor, cognitivo, emocional e social, adquirindo autonomia e independência nas atividades diárias. O ritmo de aquisição de novas competências é único, tendo cada criança um ritmo próprio de desenvolvimento, na qual cada etapa é construída a partir das anteriores. A avaliação do desenvolvimento permite identificar precocemente alterações, e implementar as intervenções necessárias (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ao longo dos anos, diversos investigadores desenvolveram várias teorias para caracterizar e avaliar a personalidade (Erickson) e os processos mentais e cognitivos (Piaget, Kohlberg), constituindo-se as bases teóricas referenciais para a avaliação do desenvolvimento da criança.

A teoria psicossocial apresentada por Erikson, representa a teoria mais amplamente aceite para explicar o desenvolvimento da personalidade. Para este autor, existem conflitos-chave que terão de ser superados no desenvolvimento da personalidade. A superação com sucesso de cada um desses conflitos, é construída sobre a superação satisfatória do conflito anterior. Cada estadio psicossocial apresenta dois componentes, aspetos favoráveis e desfavoráveis, e o progresso para o próximo estadio depende da resolução desse conflito. O desenvolvimento da personalidade decorre em oito estadios, mas apenas cinco se relacionam com a infância: confiança versus desconfiança (do nascimento até ao ano); autonomia versus vergonha e dúvida (um aos três anos); iniciativa versus culpa (dos três aos seis anos); esforço versus inferioridade (dos seis aos doze anos); identidade e reputação versus confusão de papéis (dos doze aos dezoito anos) (Hockenberry et al., 2019).

Para Piaget, o conhecimento é construído a partir da interação com o meio, organizando-se em estadios de desenvolvimento ou estadios cognitivos, processo contínuo e ordenado. Nesta teoria explicativa do raciocínio infantil, cada estadio é derivado e constrói-se a partir do anterior, onde são propostos quatro estadios de desenvolvimento intelectual (Golse, 2005). No estadio sensoriomotor (do nascimento até aos dois anos), a criança progride a partir da atividade reflexa para o senso de causa-efeito e permanência do objeto, verificando-se o início da linguagem e o pensamento representativo. O estadio pré-operacional, compreendido entre os dois e os sete anos, é caracterizado pelo egocentrismo, raciocínio intuitivo e transdutivo, e pelo

pensamento concreto e tangível. No estadió das operações concretas, entre os sete e os onze anos de idade, o pensamento da criança torna-se mais lógico e coerente, evoluindo para um novo conceito de permanência - a conservação -, um raciocínio indutivo, e um pensamento menos egocêntrico e mais socializado. O último estadió diz respeito às operações formais, entre os doze e os quinze anos de idade, sendo caracterizado pelo raciocínio dedutivo e abstrato, possibilitando maior flexibilidade e adaptabilidade, o que permite ao adolescente a elaboração de hipóteses (Hockenberry et al., 2019).

Kohlberg sustentou-se nos estudos desenvolvidos por Piaget para elaborar a sua teoria, que tal como a anterior, é sequencial. Para explicar o desenvolvimento da moral, Kohlberg propôs três níveis e seis estadios, em que o tipo de raciocínio de um estadió superior inclui o do inferior. Apenas os dois primeiros níveis dizem respeito à infância. O primeiro nível - pré-convencional - típico entre crianças, é constituído pelos estadios I e II, em que o raciocínio se baseia no medo da punição (autopreservação) ou em interesses individuais. O segundo nível - convencional - característico entre adolescentes, é constituído pelos estadios III e IV, em que o raciocínio se baseia na conformidade às convenções e regras sociais determinadas por grupos ou autoridades, procurando manter a ordem social vigente (Silva & Martins, 2023).

O investimento em políticas de saúde que promovam o desenvolvimento infantil tem sido enfatizado por organismos como UNICEF e a Organização Mundial de Saúde (OMS), particularizando os primeiros anos de vida, que constituem um período crítico para o crescimento e desenvolvimento da criança, uma vez que estabelecem as bases para o resto da vida.

Exemplo disso é a ferramenta *Nurturing Care*, que apresenta domínios de atenção necessária para que as crianças alcancem todo o seu potencial de desenvolvimento, que incluem a saúde; a nutrição; os cuidados responsivos; a segurança e a proteção; e a aprendizagem precoce. Do conjunto de ações globais sugeridas e direcionadas a crianças na primeira infância, destacam-se a promoção de um ambiente seguro, estimulante, acolhedor, e promotor de aprendizagens da criança; acesso a cuidados de saúde de qualidade; nutrição adequada (priorizando a amamentação); oportunidades de aprendizagem/acesso à educação; e cuidados parentais que satisfaçam as suas necessidades (World Health Organization (WHO), 2018a). As relações de afeto, positivas e calmas entre o adulto e a criança na primeira infância, são vitais para promover o seu desenvolvimento cerebral e o bem-estar ao longo da vida, constituindo-se um período incomparável de oportunidades para potenciar o desenvolvimento e neutralizar eventuais desigualdades (UNICEF, 2024).

Também em Portugal, a DGS (2013) considera a articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos - dentro e fora do setor da saúde - que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, com enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento, as perturbações emocionais e de comportamento, e maus tratos. Outro

aspecto considerado, a par das questões relacionadas com o desenvolvimento, foi a adoção das curvas de crescimento preconizadas pela OMS, consideradas um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento do recém-nascido/criança/adolescente, para um desenvolvimento harmonioso e dentro dos parâmetros normais, considerado basilar para uma vida adulta saudável.

A avaliação e a promoção do desenvolvimento infantil devem ser áreas consideradas em qualquer contexto de saúde, exigindo uma intervenção assertiva por parte dos profissionais. A avaliação sistemática do desenvolvimento infantil; a promoção de comportamentos de promoção de saúde; a intervenção e orientação precoces; e a valorização das preocupações ou qualquer suspeita manifestada pelos pais, são aspetos que norteiam as orientações preconizadas pela DGS (2013), no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orienta a sua prática para a maximização do desenvolvimento infantil, implementando orientações antecipatórias, que se sustentam em processos comunicacionais eficazes (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A avaliação do desenvolvimento psicomotor até aos cinco anos é realizada pela implementação da Escala Mary Sheridan Modificada, em idades-chave, através da qual se avalia diversos parâmetros considerados essenciais na deteção precoce de alterações. A escala serve como padrão de referência da normalidade, com os vários parâmetros e sinais de alarme a pesquisar de acordo com a idade, bem como a sugestão de brinquedos adequados, atividades ou brincadeiras adaptadas a cada etapa de desenvolvimento (DGS, 2013). O brincar e as brincadeiras assumem-se basilares na promoção do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na idade escolar e nos adolescentes, a avaliação do desenvolvimento foca-se em aspetos como o desenvolvimento moral, cognitivo, psicoafetivo e os comportamentos sociais; para quem a escola (em simultâneo com a família) representa o contexto de aprendizagem com grande influência (DGS, 2013; Rodrigues & Melchior, 2014). A adolescência constitui-se uma fase crítica e desafiante do desenvolvimento humano, que envolve para além das mudanças físicas, emocionais e sociais, a procura pela identidade e autonomia. A abordagem perante o adolescente deve orientar-se para a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, fornecendo informação que elevem a sua literacia em saúde, de forma a sustentar decisões autónomas e informadas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Aquando da hospitalização, a criança vivencia uma transição saúde-doença em simultâneo com a transição desenvolvimental normativa, cujo impacto se reflete em toda a família. Esta, como o pilar básico e universal de todas as sociedades, representa o contexto primário e essencial de socialização, mas também a primeira instituição que dá resposta às necessidades fundamentais da criança como a alimentação, a proteção e o afeto. Segundo o Artigo 27º da Convenção sobre

os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada em Portugal em 1990, “cabe primordialmente aos pais e às pessoas que têm a criança a seu cargo, a responsabilidade de assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança” (UNICEF, 2019, p. 22).

Tornar-se mãe ou pai constitui um evento inerente ao desenvolvimento humano. Por conseguinte, a transição para a parentalidade apresenta-se como um processo de transformação individual, conjugal e social, através dos quais os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença que ocorrem na vida do filho (Melleis & Trangenstein, 1994; Melleis et al., 2000).

Conjuntamente, o conceito de parentalidade tem intrínseco a assunção da responsabilidade de ser mãe/pai; e os comportamentos que visam a incorporação do recém-nascido na família e a otimização do crescimento e desenvolvimento da criança (International Council of Nurses, 2019). Desta forma, a parentalidade integra um conjunto de ações realizadas pelas figuras parentais junto dos filhos, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento da maneira mais plena possível e utilizando os recursos existentes dentro da família e fora dela.

Em idade pediátrica, a relação estabelecida entre o enfermeiro e a criança, envolve uma parceria com pessoas significativas, como por exemplo a mãe e/ou pai. Neste sentido, os cuidados assumem um modelo concetual centrado na criança e família - binómio indissociável - num cuidado em parceria, a fim de promover o mais elevado estado de saúde possível, qualquer que seja o contexto de saúde em que se encontre (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nesta perspetiva, os cuidados especializados na área de Saúde Infantil e Pediátrica implicam um conjunto de intervenções que abrangem vários domínios de atuação - envolvimento, participação, parceria, capacitação e negociação de cuidados - numa interação dinâmica, flexível e multidimensional, sustentada na premissa de que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos filhos, e na valorização da sua experiência e do seu contributo na prestação desses mesmos cuidados (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O reconhecimento da importância dos cuidados centrados na família, pressupõe o envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança. A filosofia dos Cuidados Centrados na Família reconhece a importância e a influência da família na vida da criança, e baseia-se em componentes como o respeito, a colaboração e o apoio, aos quais se associam os conceitos de capacitação e empoderamento (Hockenberry et al., 2019). Estes cuidados representam um processo dinâmico, no qual o enfermeiro, a criança e os pais assumem - em parceria - parte ativa no processo de enfermagem, o que implica a participação e o acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012).

Atributo intrínseco a esta filosofia, está o conceito de Parceria de Cuidados, cujo modelo concetual foi desenvolvido por Anne Casey. Neste modelo de enfermagem pediátrica, os pais são envolvidos ativamente no processo pelos profissionais de saúde, e os cuidados à criança são planeados em função da capacidade e desejo de envolvimento dos pais, relação que assenta na igualdade, negociação e tomada de decisão conjunta (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Neste sentido, a relação de parceria estabelecida pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica caracteriza-se por uma articulação em equidade, dinâmica e flexível, onde a criança pode ser integrada na prestação de cuidados em unicidade ou numa perspetiva multidimensional, assente num relacionamento colaborativo entre a díade criança-família e a equipa de enfermagem (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Perante a hospitalização da criança, a ansiedade e o medo desencadeados pelo ambiente desconhecido, pelos procedimentos dolorosos e pela alteração nas rotinas, podem potenciar a experiência negativa da criança, e refletir-se no seu desenvolvimento, manifestando-se por alterações nos padrões de sono e alimentar, e comportamentos de regressão (Carvalhais et al., 2021).

Como tal, a prestação de Cuidados Atraumáticos em Pediatria constitui-se uma premissa fundamental na diminuição do impacto da hospitalização e na minimização desses efeitos na criança e no seu desenvolvimento.

Este conceito consiste na prestação de cuidados terapêuticos, recorrendo a intervenções que minimizem o desconforto físico e psicológico experienciados pela criança e família, sustentado em três princípios: prevenção ou minimização da separação da criança e da sua família; promoção da sensação de controlo; e prevenção ou minimização da lesão corporal ou da dor (Hockenberry et al., 2019). As experiências de dor na criança devem ser evitadas ou reduzidas ao mínimo, e a avaliação e o seu tratamento devem ter uma abordagem sistematizada e específica, para um exercício profissional direcionado ao reconhecimento de um direito fundamental da criança hospitalizada, num cuidado de saúde sustentado em práticas de qualidade e que visem o melhor interesse da criança (DGS, 2010; Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2017; UNICEF, 2019).

Uma vez que a natureza da Enfermagem assenta essencialmente nas interações humanas, a valorização do processo de comunicação por parte do enfermeiro deve ser uma premissa da relação estabelecida com a criança e família, de forma a influenciar a tomada de decisão individual sobre os comportamentos promotores de saúde e o empoderamento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A comunicação mútua numa atmosfera de respeito, maximiza as ações de saúde e o acesso à informação, representando a chave para o êxito da promoção em saúde (Sørensen, et al., 2013). Considerando estes aspetos, a literacia em saúde representa uma ferramenta essencial em todo o processo de prestação de cuidados à criança e respetiva

família.

Assumida como uma estratégia de capacitação, a literacia em saúde é definida pela OMS como um conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso de informação de forma a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998). A literacia em saúde tem vindo a alargar o seu foco inicial elementar, para incluir a capacidade de analisar criticamente e usar a informação sobre saúde, proporcionando um melhor envolvimento da pessoa com os sistemas de saúde, e onde o papel do enfermeiro tem estado associado a maiores níveis de empoderamento, envolvimento e consequentemente, a melhores resultados. Por outro lado, a literacia em saúde, associada aos recursos sociais apropriados, pode constituir um ativo valioso no processo de tornar as pessoas mais empoderadas e resilientes (Smith, 2021). Para Pedro et al. (2016), a literacia em saúde deve incluir eixos estratégicos como o acesso e gestão de informação eficiente; a comunicação efetiva; a integração da literacia na educação; e a sustentabilidade das iniciativas de promoção da literacia em saúde.

Em Portugal, a DGS (alinhada com as orientações da OMS no que diz respeito a esta temática) reconheceu importância e a necessidade de um conhecimento maior e mais específico na comunicação em saúde, incorporando no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 um Guia de Comunicação em Saúde, de forma a operacionalizar práticas, tendo como objetivos facilitar e otimizar o processo de comunicação, capacitando os profissionais de saúde e outros parceiros para uma comunicação mais estratégica, eficiente e assertiva (DGS, 2022a).

Simultaneamente com o percurso clínico nos diferentes contextos de estágio para a aquisição das competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi delineado durante o Módulo I do Estágio de Natureza Profissional, um projeto de desenvolvimento profissional na área de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo em vista a aquisição de competências clínicas especializadas na temática escolhida.

O projeto pode ser definido como um plano de trabalho com vista à resolução ou estudo de um problema que reflita o interesse e/ou a inquietação do interveniente que o realiza, baseado numa metodologia que integra uma conceitualização; o diagnóstico da situação; a definição de objetivos; o planeamento de atividades e estratégias; a execução; a avaliação; e a divulgação dos resultados. Constitui-se assim, um elo entre a teoria e a prática, através de uma metodologia reflexiva e sustentada na investigação, onde é possível a resolução de problemas através de ações práticas, permitindo a aquisição de capacidades e competências individuais (Ferrito et al., 2010).

A escolha pela temática do projeto, refletiu o interesse pessoal, e sustentou-se nos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso, na experiência profissional e na reflexão resultante das experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos durante o primeiro Módulo.

Durante o percurso enquanto profissional na área de Pediatria há mais de 20 anos, o cuidado ao recém-nascido de alto risco e sua família associa-se indubitavelmente ao confronto com situações de elevada carga e vulnerabilidade emocional, relacionada com contextos de parentalidade especial e complexa, que suscitam nos pais questionamentos quanto ao futuro e sentimentos de desesperança nos mesmos. O cuidado nestas situações, suscitaram (e suscitam) no âmbito profissional e pessoal, momentos de inquietação e reflexão, expressos de maneira singular no seguinte parágrafo da Professora Maria Teresa Magão, e com o qual existe uma identificação:

“Quem cuida ou cuidou de crianças com doença crónica e suas famílias não pode deixar de ficar impressionado pelo impacto, no decurso das suas vidas, do confronto quotidiano com os desafios associados a problemas de saúde e desenvolvimento e, ao mesmo tempo, a surpreendente resiliência de muitas crianças e pais face à adversidade. Os modos como confrontam os desafios e ameaças do sofrimento e perda, atestam as capacidades do espírito humano, que são profundamente inspiradoras” (como citado em Basto, 2012, p. 53).

Como tal, da reflexão que emergiu das experiências dos contextos da prática e dos aspetos referidos anteriormente (após a proposta e a aprovação do Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto), foi concretizado durante o Módulo II do Estágio de Natureza Profissional, o projeto intitulado *“Um olhar sobre a Esperança dos pais de crianças com doença crónica”*, tendo em vista aprofundar conhecimentos sobre a temática e desenvolver competências especializadas na adaptação dos pais de crianças com doença crónica, com enfoque na promoção de Esperança, e desta forma contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Partindo da perspetiva da Enfermagem assente no Cuidar, o exercício profissional assume uma abordagem à pessoa na sua totalidade - corpo, mente e alma - com vista a alcançar o mais elevado grau de harmonia, indo além dos cuidados tradicionais, centrados exclusivamente na dimensão física, e em que o objetivo principal é a cura da doença. O enfermeiro como coparticipante ativo das transações humanas do cuidar, ajuda a pessoa a encontrar o significado perante a desarmonia e o sofrimento, através de processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado, de forma a auxiliar nas decisões relacionadas com o estado em que se encontra, interação essa que envolve valores, vontade, compromisso, conhecimento e ações carinhosas. Desta forma, as intervenções de enfermagem relacionadas com o processo do cuidar, requerem intenção, vontade, relação e ações (designadas como fatores do cuidar), e nas quais se incluem a estimulação da fé e Esperança; o cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros; a promoção e a aceitação de sentimentos positivos e negativos; e a criação de um ambiente sustentador e protetor (Watson, 2002).

Como tal, ao sustentarem-se no estabelecimento de relações terapêuticas, os cuidados de

enfermagem têm intrínseco o facto de “o conhecimento das respostas humanas face à doença é essencial ao processo de cuidados de enfermagem, baseado numa interação pessoal com intencionalidade terapêutica - processo facilitador da readaptação e aprendizagem de novas competências, permitindo a integração de significações de esperança na gestão da sintomatologia que advém da doença, no bem-estar e na qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Assim, ao desenvolver a sua prática na prestação de cuidados à criança e família nas situações de especial complexidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem em vista a promoção da adaptação à doença (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A doença crónica pode ser definida como uma doença de longa duração, que requer uma abordagem sistemática e a longo prazo para o seu tratamento, e uma atenção contínua de todos os setores da sociedade, com impacto não só na qualidade de vida do portador, mas também um importante impacto económico - muitas vezes subestimado - nas famílias e sociedade em geral (WHO, 2005). Estas doenças integram um conjunto de características e uma ampla variedade de condições como cardiopatias, cancro, diabetes e distúrbios genéticos.

Em Portugal, o Ministério da Saúde no regulamento respeitante à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, define doença crónica como “doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação, e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada” (Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde, 2006, p. 3857).

O momento da suspeita ou do diagnóstico de uma doença crónica constitui um momento crítico e impactante para criança e toda a família, pelas incertezas associadas ao processo e pelas perceções (muitas vezes negativas) perante a mesma (Hockenberry et al., 2019). Ao longo de todo o processo surgem sentimentos como ansiedade, confusão, incerteza, desamparo, e a sobrecarga, que acabam por envolver toda a estrutura familiar, e que poderão constituir-se fatores dificultadores na adaptação à doença.

O diagnóstico de uma doença crónica, prolongada ou incapacitante na criança implica um conjunto de desafios relacionados com as necessidades especiais de saúde e a gestão da condição. Associa-se ainda, um confronto com o diagnóstico, do qual resultam estádios vivenciais - impacto e/ou choque da notícia; o ajustamento e a adaptação/aceitação - relacionados com a adaptação psicossocial, a Esperança e as consequências da própria doença, e que variam no modo e na duração como são experienciados (Charepe, 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Refletindo sobre o ditado popular “onde há vida há Esperança”, surge a constatação de que a Esperança pertence inseparavelmente à existência humana (O’Collins como citado em Stephenson, 1991). Da mesma forma, Teresa Rebelo descreve, no prefácio do livro *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem*, “viver com esperança é um viver silencioso, sem expressão, a não ser aquela que faz do presente um tempo de todos os possíveis, tornando nosso o mundo” (como citado em Pires, 2006, p. 14).

Dada a relevância, a Esperança como conceito norteador de vida e de adaptação em contexto de doença, tem sido alvo de investigação ao longo dos anos por várias disciplinas.

Numa vertente psicológica, Snyder (2002) apresentou a Esperança como um processo cognitivo, sustentável da força humana, assente em três componentes básicas - pensar nos objetivos (concretização de objetivos válidos); pensar nos caminhos (desenvolver estratégias específicas); pensar na atitude (iniciar e manter a motivação) - projetando desta forma, a Esperança como um processo cognitivo ativo.

Por outro lado, e numa perspetiva da Enfermagem, Stephenson (1991), identificou quatro atributos que abrangem o conceito da Esperança: o objeto da Esperança é significativo para a pessoa; a Esperança é um processo que envolve pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamentos; existe um elemento de antecipação e uma orientação futura positiva, que está alicerçada no presente e relacionada com o passado.

Por sua vez, Miller (2007), procurou compreender o conceito de Esperança através de uma síntese de várias perspetivas do conceito, de onde emergiram as seguintes definições: a Esperança como uma força de vida, dinâmica e multidimensional; a Esperança como resposta a uma ameaça que resulta no estabelecimento de uma meta; a Esperança como processo social básico e construtivo, que fornece orientação interna e preparação para os desafios.

Como foco de atenção sensível à prática de Enfermagem, a Esperança é um tipo de emoção definida como “sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (International Council of Nurses, 2019).

Da universalidade, subjetividade e complexidade do conceito, a Esperança como uma resposta humana básica assume-se com particular relevância, como conceito promotor da resiliência e essencial na adaptação parental face doença crónica de um filho (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Como descrito anteriormente neste documento, o exercício do papel parental requer um conjunto de competências que constituem uma dimensão proativa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde. Todavia “no caso das crianças portadoras de doença crónica, às mães/pais pede-se a aquisição de mais competências no sentido de lidarem eficazmente com tratamentos complexos e experiências emocionais desagradáveis” (Paiva e

Silva, 2007, p. 15).

Um estudo realizado por Bally et al. (2013), em pais de crianças com doença oncológica, revelou que a Esperança parental é descrita como essencial, dinâmica, deliberada, calmante e fortalecedora; que sustenta a vida e fornece orientação interna através da experiência desafiadora de preparação para o pior e Esperança pelo melhor. Os mesmos autores definiram-na como um processo social básico, que integra quatro subprocessos interrelacionados e cíclicos - aceitar a realidade; estabelecer o controlo; reestruturar a Esperança; e o pensamento positivo propositado - onde o enfermeiro, pela posição privilegiada nos contextos de saúde, tem um papel fundamental.

Por outro lado, a Esperança parental relaciona-se primariamente com a cura dos filhos, seguida da possibilidade de uma vida longa e da estabilização da doença com o tratamento; qualidade de vida; normalidade e minimização do sofrimento; e a possibilidade de perda de Esperança constitui a principal preocupação para os pais (Maravilha et al., 2021).

Como tal, o enfermeiro deverá incutir nas famílias com crianças com doença crónica, a Esperança necessária para enfrentar a doença, reconhecendo nos pais os parceiros privilegiados dos cuidados, ao qual compete “o dever ético e legal de disponibilizar formação aos pais acerca de como lidar com a doença do filho, em prol do desenvolvimento da respetiva autonomia e qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 13).

A Esperança é um “fenómeno amplo e multidimensional, entendido como uma força dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação de vida, emergindo das experiências partilhadas” (Charepe, 2014, p. 18), que se associa ao bem-estar psicológico dos pais e ao desenvolvimento das suas expectativas, representando um mecanismo protetor contra a ansiedade e o sofrimento dos mesmos. A mesma autora, desenvolveu uma construção teórica de referência, que visa fornecer explicitações para a Promoção da Esperança em pais de crianças com doença crónica, denominado *Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua Promotor de Esperança* (MIAMPE), orientado para a Promoção da Esperança, e centrado na descoberta das experiências de Esperança dos pais e dos fatores que influenciam pelo menos uma dimensão da Esperança, quando estes usufruem de atividades desenvolvidas pelo grupo de ajuda mútua.

A doença crónica na criança e família desencadeia um conjunto de desafios experienciais, e implica por parte da equipa profissional o estabelecimento de uma relação de parceria efetiva e envolvimento em todo o processo terapêutico, tendo em vista a promoção da autonomia da criança e a capacitação dos pais. Assim, o cuidado em contexto de doença crónica, deve ter como premissa o foco na adaptação e capacitação da criança e família à doença; nos cuidados centrados na família e numa perspetiva sistémica; no estabelecimento de relações terapêuticas e decisões compartilhadas; bem como o foco na normalização, através da referenciação e articulação com as redes de suporte, grupos de ajuda mútua, e a integração da criança na escola e na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2011a; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica engloba o cuidado nas situações de especial complexidade, de forma a promover a respetiva adaptação da criança/jovem e família. Tal competência pressupõe conhecimentos sobre estratégias promotoras da Esperança, baseada na procura de informação fundamentada na evidência científica, através da promoção de uma relação dinâmica, e na capacitação da criança/jovem e família na adoção de estratégias de *coping* (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Reconhecendo a Esperança como um aspeto vital dos cuidados de enfermagem especializada na área de Saúde infantil e Pediátrica, a Ordem dos Enfermeiros (2011a) sugere estratégias de formação e o investimento na utilização de critérios de qualidade, que permitam avaliar a implementação nas práticas de cuidados de estratégias promotoras da Esperança em pais de crianças com doença crónica como indicadores de qualidade.

Neste sentido, objetivando o contributo para a sistematização das intervenções promotoras da Esperança, dirigidas aos pais de crianças com doença crónica, foi elaborado o Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da Esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), que se constitui uma ferramenta cientificamente útil para apoio ao exercício profissional, e que representou uma das referências teóricas durante o ensino clínico.

Para uma prática de qualidade, o enfermeiro deverá incutir nas famílias com crianças com doença crónica, a Esperança necessária para enfrentar a doença, reconhecendo nos pais os parceiros privilegiados dos cuidados, ao qual compete “o dever ético e legal de disponibilizar formação aos pais acerca de como lidar com a doença do filho, em prol do desenvolvimento da respetiva autonomia e qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 13).

Segundo Maravilha et al. (2021), os pais valorizam a comunicação estabelecida com os profissionais de saúde; a informação e/ou conhecimento sobre a doença e tratamentos a que a criança vai ser submetida; a participação nos cuidados; o sentido de controle; a confiança e satisfação com os cuidados recebidos; e a perceção da normalidade; representando aspetos promotores da Esperança parental.

Para uma intervenção em Esperança, o exercício profissional deverá alicerçar-se em premissas como a relação interpessoal; a qualidade de presença; a expressão de expectativas positivas; e confiança na capacidade que os pais têm para enfrentar as dificuldades. O desenvolvimento de estratégias de promoção da Esperança como intervenção especializada do enfermeiro, pressupõe o respeito pelos objetivos, metas e planos definidos pelos pais no cuidado ao filho, abrangendo diferentes domínios no âmbito do observar, gerir, atender e informar (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Perante uma criança com doença crónica, e tendo em vista a adaptação dos pais, a abordagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica inclui a promoção e a

manutenção da Esperança parental. Como tal, a intervenção em Esperança nestas famílias, o conhecimento das suas respostas à situação de doença, e a implementação de um plano de cuidados individualizado e interdisciplinar, constituem uma condição promotora de todo o processo de adaptação da criança e dos pais à doença crónica, facilitando uma transição adequada na parentalidade em contextos especiais.

Para a realização deste documento seguiu-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva.

No que concerne à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo, aqui explorado, diz respeito à Introdução, onde se descreve o âmbito do relatório, os objetivos que se pretendem atingir, a metodologia utilizada, a temática escolhida para o desenvolvimento do projeto, assim como o enquadramento teórico relevante para a sustentação deste documento. O segundo capítulo, apresenta a descrição e a caracterização dos contextos clínicos escolhidos para o desenvolvimento dos estágios, tendo em vista a aquisição de competências comuns e específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os capítulos três, quatro, cinco e seis, são dedicados à conceção de cuidados de casos clínicos escolhidos da prática, com recurso à plataforma E4Nursing, disponibilizada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. No capítulo sete, é realizada uma descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, e uma análise reflexiva do contributo das mesmas para a aquisição de competências especializadas na área de Saúde Infantil e Pediátrica. O capítulo oito, corresponde a uma síntese objetiva das ideias e dos conteúdos apresentados no relatório, assim como as dificuldades surgidas e perspetivas futuras. O capítulo nove, refere-se à bibliografia que deu suporte à realização deste documento. Os anexos, complementam este relatório, e dizem respeito às atividades desenvolvidas durante os estágios.

Este relatório, elaborado na plataforma pedagógica E4Nursing, está redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, as regras para a elaboração de trabalhos escritos preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, e cumpre as normas de citação e referenciação da sétima edição da *American Psychological Association*.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O desenvolvimento de estágio profissional como uma das componentes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituiu uma etapa fundamental para o processo de formação especializada. Tendo em vista a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a opção pelo ensino clínico possibilitou um conjunto de aprendizagens e de competências comuns e específicas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros ao enfermeiro especialista.

O Estágio de Natureza Profissional integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, incluiu quatro áreas de ensino clínico, que permitiram a realização de um conjunto de atividades que se constituíram facilitadoras na consolidação dos conhecimentos adquiridos na componente teórica do curso e na aquisição de competências comuns e específicas para o enfermeiro especialista.

Como tal, optou-se por contextos que englobassem cuidados de enfermagem à criança/família com diferentes níveis de complexidade e que fossem agregadores da experiência profissional enquanto enfermeira na prestação de cuidados ao recém-nascido de alto risco e respetiva família. Esta escolha sustentou-se na aspiração em aprofundar conhecimentos e adquirir competências especializadas em diferentes contextos profissionais pediátricos, assim como o interesse em compreender de que forma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, integrado numa equipa multiprofissional e interdisciplinar nas diferentes áreas de intervenção, pode ser diferenciador no cuidado à criança inserida num contexto familiar e social.

Os ensinamentos clínicos permitiram ainda aprofundar competências clínicas diferenciadas no que diz respeito à conceção de cuidados, sustentada numa aprendizagem baseada na identificação de problemas de casos clínicos, e na relação entre a teoria e a prática sustentada em evidência científica, que se encontram descritos nos capítulos seguintes deste documento.

Assim, serão descritos os contextos clínicos onde foram desenvolvidos os estágios, salientando-se aspetos particulares de cada serviço como os recursos físicos e humanos, o método de trabalho e os projetos em desenvolvimento para práticas de qualidade. Os locais de ensino clínico englobaram áreas de intervenção do enfermeiro nos cuidados de saúde primários e diferenciados, nos seguintes contextos de atuação: Unidade de Cuidados na Comunidade; Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos; Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico e Serviço de Urgência Pediátrica.

Unidade de Cuidados na Comunidade

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos com autonomia administrativa que integram o Serviço Nacional de Saúde, são constituídos por várias unidades funcionais (agrupando um ou mais centros de saúde), e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, através do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; prestação de cuidados na doença; e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Unidades de Saúde Familiar (USF) são unidades funcionais integrantes de um ACES, constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa, funcional e técnica, e em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e ACES (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008).

A UCC e a USF onde se desenvolveu o estágio, estão inseridas num ACES que abrange dois concelhos de Portugal Continental, composto por 28 unidades funcionais, das quais 15 são USF e cinco são UCC. Uma vez que o ensino clínico se desenvolveu maioritariamente na UCC, descrever-se-á apenas esta unidade funcional. Do ponto de vista físico, a UCC está dividida em duas áreas de trabalho: uma para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados e outra para a equipa da comunidade. Esta unidade conta também com o apoio de um médico (segundo o protocolo instituído pelo ACES em questão), e da Unidade de Recursos Assistenciais Referenciados (quando solicitada), constituída por profissionais de diversas áreas, como nutricionista, psicólogo, terapeuta da fala e assistente social.

A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente (77%) por enfermeiros com especialização em enfermagem em diferentes áreas (saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstétrica, saúde comunitária, reabilitação e saúde mental e psiquiátrica). Relativamente a este aspeto, segundo o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e no contexto de atuação da UCC, as necessidades de saúde da comunidade relacionadas com a implementação de programas e projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), devem ser assegurados por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (podendo trabalhar em intercooperação com enfermeiros de outras especialidades), aspeto que foi possível observar-se ao longo do estágio. Uma das premissas desta unidade funcional, é a aposta na formação dos seus profissionais, como forma de construção e valorização profissional, através de um plano de formação contínua (que tem em conta os diferentes indicadores que a UCC se propõe a atingir, bem como as propostas e necessidades sentidas pela equipa) e incentivo à participação em formações programadas pelo ACES. Para além do respetivo Regulamento Interno e de Políticas de Segurança e Qualidade, a unidade conta com um Plano de Ação para cada triénio, com a descrição dos serviços e atividades da equipa; e um Código de Ética com princípios inerentes à atuação de todos os profissionais que integram a UCC.

A UCC acima descrita presta cuidados de saúde preventivos e curativos, individuais, familiares e em grupo, nos diferentes contextos de atuação - domicílio, comunidade ou unidade. A equipa orienta a sua prática para as necessidades dos utentes/família/comunidade, respeitando os seus contextos sociais e culturais. Do organograma funcional da UCC fazem parte um coordenador, uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados e uma Equipa da Comunidade. Esta última integra oito enfermeiros - dois dos quais Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - responsáveis pelos projetos nas áreas de Saúde Infantil e de Saúde Escolar, que serão descritos a seguir.

A UCC tem implementados vários projetos na área de Saúde Infantil, com o objetivo de apoiar o crescimento e o desenvolvimento da criança e a capacitação parental, como o Curso de Preparação para a Parentalidade, o Projeto de Apoio à Amamentação, e o Curso de Massagem Infantil. Estes, procuram dar resposta às orientações da DGS no que diz respeito à vigilância de saúde infantil em Portugal, emanadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). O Curso de Preparação para a Parentalidade, implementado durante a gravidez, tem como público-alvo a mãe e/ou pai, integrando quatro sessões teórico-práticas (duas presenciais e duas em formato online), que incluem temáticas como os cuidados ao recém-nascido; o sono; a segurança infantil; e a amamentação, com vista à promoção das competências parentais e desta forma facilitar o desempenho dos pais e a transição para a parentalidade. No Projeto de Apoio à Amamentação, disponibiliza-se apoio presencial e/ou telefónico individualizado à mãe que opta pelo aleitamento materno. A inclusão neste projeto é feita por iniciativa individual ou por referência do médico ou do enfermeiro de família. Na consulta, é valorizada cada situação, reconhecendo-se dificuldades e receios, reforçando-se positivamente o desempenho materno, promovendo-se desta forma a amamentação e o papel parental. O enfermeiro esclarece dúvidas e desmistifica mitos, realiza ensinamentos, assiste na técnica de amamentação, e intervém na resolução de problemas específicos como o ingurgitamento mamário, tendo em vista a capacitação materna e a manutenção do processo da amamentação. O Curso de Massagem Infantil, é constituído por sessões semanais ao longo de cinco semanas, com a duração de aproximadamente 90 minutos, em formato presencial ou online. As sessões têm como público-alvo pais e lactentes, a partir das quatro semanas de vida até aos seis meses de idade. A inclusão no curso é feita por referência interna, pelo enfermeiro e/ou médico de família das unidades da área de abrangência da UCC. Este projeto, cuja participação é incentivada, tem como finalidade promover a vinculação, o alívio das cólicas e a estimulação muscular, motora e sensorial do lactente.

Paralelamente a estes projetos, a equipa de saúde escolar que representa a interface entre a escola e os serviços de saúde, desenvolve várias intervenções no âmbito dos eixos estratégicos definidos no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), cujo público-alvo são crianças em contexto escolar, a família e os profissionais das instituições. Assim, a atuação da unidade funcional na comunidade escolar passa pela implementação de intervenções que abrangem

diferentes projetos, como a capacitação de competências socioemocionais; a educação para os afetos e a sexualidade - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar; e a alimentação saudável e atividade física - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar; os dois últimos promovidos pela Administração Regional de Saúde do Norte. O Projeto de Apoio a Crianças com Necessidades Especiais de Saúde surge como forma de intervenção e apoio às crianças com necessidades especiais de saúde, com a elaboração de um plano de saúde individual que responda às necessidades específicas da criança, tendo em vista a promoção da sua autonomia e a adaptação à escola. Relativamente a este projeto, constatou-se que existe falta de referenciação, fase esta que constitui o primeiro elo no processo da intervenção a estas crianças/famílias.

Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

O Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos onde foi desenvolvido o estágio, encontra-se integrado num hospital de Portugal Continental, sendo um dos centros com idoneidade formativa em Cuidados Intensivos Pediátricos. Com uma equipa clínica multiprofissional, é um local onde se presta assistência ao doente crítico pediátrico (idade inferior a 18 anos) com patologia diferenciada em diversas áreas como a gastroenterologia, a nefrologia, a neuropediatria, a endocrinologia, a imunologia, a reumatologia, a hematologia, e a pneumologia.

As crianças são admitidas no serviço provenientes de outros serviços do hospital ou por transferência inter-hospitalar, uma vez que está inserido num centro de referência de transplante renal pediátrico, doenças hereditárias do metabolismo, epilepsias refratárias e fibrose quística. O serviço tem capacidade para oito vagas, quatro das quais em quartos de isolamento. A prestação de cuidados de excelência ao doente crítico pediátrico assenta na humanização dos cuidados, tendo em vista o bem-estar da criança e família, pelo que a criança pode permanecer ao longo das 24 horas acompanhada por um dos progenitores ou substituto legal, para além da possibilidade de um segundo acompanhante num intervalo de tempo regulamentado pela instituição.

A equipa de enfermagem é constituída por elementos com longa experiência no cuidado ao doente crítico pediátrico, tendo sido possível observar-se em todos os turnos, equipas constituídas maioritariamente por enfermeiros com um mínimo de dois anos de experiência em pediatria. Adotando o método individual de trabalho, os enfermeiros são distribuídos equitativamente pelos diferentes turnos - manhã, tarde e noite - pelo enfermeiro responsável de turno, com grau de especialista. Os enfermeiros com especialidade representam 63% da equipa, sendo a maioria especialistas em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica (54%). A equipa conta ainda com o contributo especializado de enfermeiros de outras áreas, como a médico-cirúrgica e a reabilitação, num trabalho de intercooperação, dando desta forma resposta às necessidades específicas decorrentes das múltiplas patologias. Classificada como uma unidade

de cuidados intensivos nível II, e tendo em conta o rácio enfermeiro/utente recomendado no Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, observou-se que o cumprimento das dotações seguras dos cuidados de enfermagem estava em conformidade com o que é recomendado para unidades desta tipologia. Contudo, no que diz respeito aos rácios mínimos para os cuidados pediátricos diferenciados e a permanência nas 24 horas de dois enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o mesmo não foi observado em todos os turnos do estágio, aspeto que se relaciona com o facto de só metade da equipa de enfermagem ter especialização nesta área. Paralelamente, para além de assumir a coordenação da equipa durante o turno, o enfermeiro responsável de turno assegura, com o pediatra intensivista, a resposta à Emergência Pediátrica Interna Hospitalar.

Para além do quadro profissional qualificado, o serviço tem capacidade para a monitorização invasiva e o suporte das funções vitais às crianças que necessitam de assistência intensiva. A unidade dispõe ainda, de meios de monitorização avançada, de diagnóstico e terapêutica, e todos os modos de ventilação pulmonar convencional e não convencional, como a ventilação por alta frequência oscilatória e a ventilação com óxido nítrico. Dispõe ainda de equipamento diferenciado para a realização de vários tipos de técnicas nas especialidades de pneumologia (broncofibroscopia e lavagem alveolar pulmonar); de nefrologia (técnicas de depuração renal - hemodiálise, hemofiltração e plasmaferese) e neurorradiologia de intervenção. A assistência da criança em contexto pós-operatório de cirurgia, engloba abordagens em diversas patologias como a escoliose, a craneossinostose, e malformações congénitas complexas diversas; com intervenção de diferentes subespecialidades pediátricas como a ortopedia; a neurocirurgia; e a urologia, em colaboração com outras como a otorrinolaringologia e a cirurgia vascular, maxilofacial e plástica. Através de um protocolo colaborativo interinstitucional, esta unidade presta ainda apoio a doentes críticos pediátricos provenientes do Instituto Português de Oncologia.

Decorrente dos processos de acreditação, e da própria filosofia institucional, cuja visão assenta no cuidado e tratamento dos utentes e nas boas práticas clínicas e de gestão, num ambiente onde se privilegia a qualidade, a segurança do serviço prestado, e os valores como o respeito, a responsabilidade, a integridade e a ética; o serviço tem ao dispor vários procedimentos e protocolos que permitem a segurança, o rigor e a uniformização, tendo em vista a prestação de cuidados de excelência à criança/família. Neste âmbito, destaca-se o Protocolo da Dor no Doente Pediátrico que, alinhado com as recomendações descritas na Orientação n.º 014/2010 (DGS, 2010) e Orientação n.º 022/2012 (DGS, 2012), relativamente à avaliação e tratamento da dor em contexto pediátrico, apresenta as escalas recomendadas para a monitorização da dor de acordo com a idade e a condição da criança, bem como as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu tratamento, de forma a sistematizar e a uniformizar práticas. Ao longo do estágio foi possível constatar-se que o reconhecimento e o tratamento da dor na criança constituem uma preocupação de toda a equipa e um dos focos de atenção dos cuidados

de enfermagem.

Integrado num centro cuja atividade complementar passa pela investigação, o serviço tem em desenvolvimento um projeto de investigação que envolve a equipa médica e de enfermagem. Este projeto consiste na aplicação de uma ferramenta de avaliação de sintomas de abstinência, com o objetivo de definir a abordagem no desmame da sedoanalgesia e tratamento da síndrome de abstinência a opióides e benzodiazepinas em lactentes e crianças, resultante do uso de sedoanalgesia em crianças ventiladas, no controlo da dor no pós-operatório ou noutros contextos. No que concerne à equipa de enfermagem, o tipo de ação neste projeto passa pela implementação de um instrumento de avaliação de sintomas de abstinência, após o primeiro dia de desmame da sedoanalgesia, nas crianças que tenham sido tratadas com opióides e/ou benzodiazepinas em perfusão ou em bólus regularmente por um período superior a 24 horas.

Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico

O Serviço de Pediatria do hospital onde se realizou o ensino clínico, está integrado num hospital de Portugal Continental, com funções assistenciais de prestação de cuidados diferenciados, ensino e investigação na área da saúde. A filosofia da instituição assenta na humanização de cuidados, através da adequação do espaço físico, da comunicação com o cliente e da valorização do papel da família.

O serviço consiste num Internamento Médico e Cirúrgico, onde se prestam cuidados de saúde a crianças até aos 17 anos e 364 dias de idade, internadas por patologias diversas, limite que pode ser ultrapassado nas situações de crianças com doença crónica, estando atualmente, envolvido em processo de acreditação. Pelo seu elevado grau de diferenciação e especialização, a integração de equipas de cuidados multidisciplinares, é possível a intervenção em múltiplas áreas pediátricas, como a cirurgia, a endocrinologia, a cardiologia e a nefrologia, entre outras. Desta forma, devido ao amplo espectro de patologias, existe a capacidade para o acompanhamento de crianças e família em contexto de doença aguda, crónica e complexa. Integrado no Serviço de Pediatria, o Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco é constituído por uma equipa multidisciplinar, cuja função é facilitar a articulação entre a instituição e as entidades que acompanham crianças e jovens em situação de risco ou em situações em que haja suspeita, sendo assim possível dar resposta organizada e atempada às crianças vítimas de maus tratos, negligência ou abuso.

O serviço tem uma lotação de 20 camas, distribuídas por quartos individuais, e integra uma equipa multidisciplinar, composta por médicos de diversas especialidades, enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, assistentes operacionais, assistentes administrativos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, educadoras infantis, nutricionistas, psicólogos, entre outros. Verificou-se que a equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros com longa experiência na prestação de cuidados à criança/família, em que 81% são especialistas em diferentes áreas (saúde infantil e pediátrica, reabilitação e médico-cirúrgica),

dos quais 71% são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica. A norma técnica emanada pelo Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, constitui a orientação mais atual para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, em paralelo com o Parecer n.º 10/2018 emitido pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, relativamente ao Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, tendo por base estes documentos, observou-se que o rácio enfermeiro-utente/cama ocupada foi cumprido na maioria dos três turnos, com exceção do turno da manhã, onde se verificou frequentemente um rácio enfermeiro-doente inferior ao recomendado. Salienta-se o facto, de o ensino clínico ter sido realizado num período sazonal crítico, com uma taxa de ocupação elevada (e frequentemente a lotação máxima atingida), o que constituiu um fator dificultador para o cumprimento dos rácios recomendados. Relativamente ao número de enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, constatou-se que está em conformidade com o que é recomendado (equipa de enfermagem constituída maioritariamente por enfermeiros especialistas), quer no rácio enfermeiro especialista/enfermeiro cuidados gerais quer na presença de pelo menos um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica durante as 24 horas.

O plano de trabalho é definido pelo enfermeiro responsável de turno (especialista), de forma a que dê resposta às necessidades de cuidados dos diferentes tipos de internamento, que englobam desde a patologia médica como infeção respiratória; meningite; insuficiência renal; assim como as patologias cirúrgica e ortopédica, como apendicite e escoliose, respetivamente, entre outras. Os enfermeiros são distribuídos de forma não equitativa (em maior número nos turnos da manhã de semana) por três turnos distintos - manhã, tarde e noite - tendo em consideração a complexidade de cuidados e as necessidades específicas da criança/pais (por exemplo, criança em isolamento ou com doença crónica complexa), adotando o método individual de trabalho.

A humanização, a formação e o suporte aos pais, assumidos como parceiros na equipa de saúde, constituem premissas da filosofia do serviço, cujo objetivo passa pela melhor integração e desempenho da família na promoção de um crescimento físico, intelectual e afetivo saudáveis da criança, que pode ter o acompanhamento permanente de um dos progenitores ou representante legal, para além da possibilidade da presença de um segundo acompanhante num intervalo de tempo regulamentado pela instituição. Para além do serviço de internet gratuito e da existência de televisores em todos os quartos, o serviço dispõe de uma sala de atividades lúdica e pedagógica, onde as crianças têm à disposição brinquedos e jogos variados, biblioteca, e apoio escolar, se necessário.

Paralelamente, estão implementados vários projetos lúdicos de parceria como a Operação Nariz Vermelho e *“A Música nos Hospitais”*, com atividades regulares durante a semana, quer para a

criança e família, como também para os profissionais do serviço. Integrada no serviço de Pediatria, a Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, assegura o acompanhamento da criança e família com doença crónica complexa; o apoio e intervenção no luto; entre outras intervenções, devidamente regulamentadas pela Portaria n.º 66/2018 do Ministério da Saúde. A equipa é multiprofissional, com formação pós-graduada em cuidados paliativos pediátricos, e inclui enfermeiros (a maioria especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica); pediatras; psicólogo; pedopsiquiatra e assistente social.

O Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico tem em desenvolvimento um projeto de parceria com a Fundação do Gil, denominado Cuidados Domiciliários Pediátricos - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD). Este projeto tem como missão apoiar, em ambiente domiciliário, o doente pediátrico com patologia crónica e respetiva família, através do acompanhamento de uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social), facilitando desta forma a autonomização e o bem-estar físico da criança; a capacitação parental e o equilíbrio socioemocional de todo o agregado. As visitas domiciliárias, consignadas pela DGS (2013) como elemento fundamental na vigilância da saúde em particular na doença prolongada ou crónica, são realizadas pelo enfermeiro (e em algumas situações, em parceria com o médico), sendo programadas por via telefónica com os pais, prestando-se apoio em contexto domiciliário, a crianças/famílias que são assistidas na instituição e referenciadas para este projeto.

Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica onde se desenvolveu o estágio, encontra-se inserido num hospital de Portugal Continental, tendo como missão tratar com qualidade e eficiência crianças com idade inferior a 18 anos com doença aguda, urgente ou emergente, por acesso direto ou referenciado, através de um serviço diferenciado e apoiado numa rede com diferentes níveis de cuidados e práticas clínicas de qualidade, classificado como um Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica. Este tipo de serviço de urgência, conforme o regulamentado pelo Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, permite o atendimento de crianças em situação de doença ou trauma grave, e dispõe de recursos mínimos definidos, que incluem Cuidados Intensivos Pediátricos e Cirurgia Pediátrica; equipas com formação adequada para o atendimento do trauma grave (incluindo neurotrauma) e apoio de Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria (local ou protocolado de fácil acesso).

Para otimização dos cuidados e recursos, e aumentar os níveis de eficiência, o serviço está organizado em diferentes áreas funcionais, que permitem um circuito do utente diferenciador, que se inicia na triagem e classificação dos diferentes níveis de prioridade de atendimento, seguidas da alocação do doente não urgente a uma área específica, e a distinção do doente cirúrgico e/ou ortopédico do doente médico. As unidades funcionais do serviço de urgência incluem:

- Área de admissão e receção;
- Área de triagem;
- Sala de emergência (doente classificado como emergente);
- Área fast-track (doente médico classificado como não urgente);
- Área cirúrgica (doente cirúrgico e ortopédico);
- Área médica I (doente médico classificado como pouco urgente ou urgente, não elegível para a área médica II);
- Área médica II (doente médico classificado com muito urgente ou urgente, que cumpra critérios pré-definidos, como por exemplo, criança com necessidades especiais complexas);
- Internamento de curta duração.

A estrutura física do serviço permite o fluxo de doentes pré-estabelecido, diferenciados por tipo de problema e/ou por prioridade de observação; a definição das atividades que são realizadas em cada área e como se relacionam com as restantes; assim como o acesso fácil aos meios complementares de diagnóstico (devidamente assinalados) e bloco operatório. Estas características estruturais estão em conformidade com o que é recomendado no Artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, que estabelece, entre outros aspetos, os padrões mínimos relativos à estrutura e recursos humanos dos Serviços de Urgência. Para além disso, as áreas médicas e os postos de enfermagem estão alocados às salas de espera (uma delas de isolamento), otimizando desta forma a articulação entre os diferentes grupos profissionais e os tempos entre procedimentos em urgência.

A distribuição dos enfermeiros é feita pelo enfermeiro responsável de turno (especialista), que assume funções de coordenação funcional do turno, sendo um dos enfermeiros que assegura o posto de trabalho na sala de emergência quando esta é ativada. Os enfermeiros estão alocados às diferentes unidades funcionais (de acordo com a respetiva experiência e diferenciação profissional), e são mobilizados pelo enfermeiro coordenador em função das necessidades específicas e do fluxo de doentes no serviço de urgência (como por exemplo, abertura da sala de emergência para assistência da criança em suporte avançado de vida).

Relativamente à diferenciação dos enfermeiros, a equipa é heterogénea, constituída por elementos com vasta experiência no cuidado à criança em situação de urgência/emergência e enfermeiros menos experientes. Observou-se que 32% dos enfermeiros da equipa são especialistas, dos quais 30% com a Especialidade em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, sendo que a Ordem dos Enfermeiros recomenda, no Regulamento n.º 733/2019 para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, pelo menos 50% da equipa. Observou-se ainda, que os postos de triagem eram assegurados por enfermeiros com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, e sempre que possível, com o grau de

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. Relativamente à formação complementar da equipa em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, 14% dos enfermeiros têm este curso, não tendo sido possível obter os dados relativos ao número de enfermeiros com Formação Avançada em Trauma Pediátrico, ambas tidas como formações recomendadas para equipas que integram urgências pediátricas classificadas como polivalentes.

A Área de Triagem é constituída por dois postos, onde a criança (com um acompanhante) é avaliada pelo enfermeiro. Após a avaliação, é estabelecida a prioridade de atendimento através do sistema de triagem adotado, em conformidade com a orientação da Norma n.º 002/2018 (DGS, 2018a) organismo a quem compete auditorias externas à sua implementação. O Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, reconheceu como obrigatório a implementação dos sistemas de triagem de prioridades nos serviços de urgência, que permitam distinguir graus de prioridade, de forma a que, havendo tempos de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica. A dor, reconhecida como 5º Sinal Vital pela Circular Normativa n.º 09/2003 (DGS, 2003), tem também um papel determinante na classificação da urgência, sendo tratada sempre que se justifique, no posto de triagem pelo enfermeiro triador. Após a avaliação, é atribuído um tempo de atendimento recomendado para a observação médica, pelos cinco níveis de prioridade - emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente - cada um associado a um sistema de cores - vermelho, laranja, amarelo, verde e azul - e a distribuição do doente pelas diferentes especialidades médicas e unidades funcionais do serviço.

A Área de Emergência é constituída por uma sala com duas vagas, onde é possível a receção, a avaliação e a estabilização da criança em situação de risco de vida ou de compromisso das funções vitais, e que necessitam de tratamento imediato.

A Área de Internamento de Curta Duração consiste num espaço com capacidade para oito vagas (uma delas, em quarto de isolamento), para o atendimento de crianças que necessitem de vigilância e/ou tratamento em situações clínicas - médicas ou cirúrgicas - nas quais se prevê um período de permanência até 24 horas para a sua resolução ou decisão quanto ao internamento, ou alta. Nesta área funcional, é possível a prestação de cuidados a crianças com patologia aguda ou crónica agudizada, que necessitem de vigilância temporária por não apresentarem estabilidade clínica para a alta ou transferência para a enfermaria, assim como as situações de recobro de pós-operatório. Neste sentido, privilegiando-se o atendimento em ambulatório sempre que possível, tal como o configurado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017), é possível evitar internamentos desnecessários em enfermaria e o regresso mais rápido ao domicílio, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados, otimização dos recursos, e o bem-estar da criança e da família.

3. CRIANÇA EM IDADE TODDLER AVALIADA NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL NOS CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS.

Criança em idade toddler trazida pela mãe à Unidade de Saúde Familiar para avaliação em Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

3.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO:

O Artur (nome fictício) é uma criança de 18 meses de idade, saudável, que tem apresentado um crescimento e desenvolvimento adequados para a idade. Apresenta bom aspeto geral e está bem-disposto. Frequenta o infantário e tem uma irmã de cinco anos. Esquema de vacinação atualizado. Anda sozinho sem apoio, não gosta de ser pegado ao colo por desconhecidos, mas gosta de atenção. Diz várias palavras e constrói frases com duas a três palavras. Aponta o nariz, boca e olhos. Faz rabiscos, pinta com pincel, folheia livros e empilha blocos. Alimenta-se da dieta da família e é amamentado (manhã e à noite). Usa a colher e bebe água pelo copo. Usa fralda, mas já identifica quando está suja. Não apresenta alterações do padrão de sono. Durante a consulta, permanece acompanhado pela mãe.

Este cenário diz respeito à Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil dos 18 meses do Artur, enquadrada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Como tal, a conceção de cuidados realizada será relativa a esse contacto, pelo que terá apenas uma sessão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

O Período *toddler*

O Artur tem 18 meses, pelo que se encontra no período toddler ou pré-infância, compreendido entre os 12 e os 36 meses. Este período caracteriza-se pela curiosidade e interesse progressivos da criança face ao ambiente que a rodeia, transitando de uma fase de total dependência para a conquista da autonomia, constituindo-se um período de aprendizagens promotoras do desenvolvimento psicomotor, e uma fase desafiante no processo de parentalidade. Durante este período, o crescimento da criança é progressivamente mais lento. O ganho médio de peso é de 1,8 a 2,7 Kg por ano e a altura de 7,5 cm por ano. O aumento do perímetro cefálico, também verifica uma desaceleração, sendo previsível que a fontanela anterior se encontre encerrada

entre os 12 e os 18 meses. A maturação do aparelho gastrointestinal, tem como principal consequência o controlo voluntário dos esfíncteres, capacidade que ocorre entre os 18 e os 24 meses. Nesta fase verificam-se mudanças sensoriais significativas. A visão binocular completa está bem desenvolvida, pelo que a evidência de estrabismo persistente deve ser valorizada. A percepção da profundidade ainda está em desenvolvimento o que, associado à falta de coordenação motora, conduz a criança nesta fase a um risco aumentado para quedas. Os restantes sentidos (audição, olfato, paladar e tato) tornam-se cada vez mais apurados e coordenados entre si, pelas experiências ambientais e exploração sensorial da criança, o que vai permitir, por exemplo, o desenvolvimento de preferências por gostos específicos. A característica principal do desenvolvimento motor grosso neste período é a locomoção. Aos 18 meses de idade, a criança anda sozinha e já tenta correr, embora caia com facilidade. As habilidades motoras finas continuam a desenvolver-se, permitindo o aumento da destreza manual. Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, na busca pela autonomia, o *toddler* vai adquirindo o domínio de várias tarefas importantes, permitindo aquisição de controlo e a independência. Este período é caracterizado pelo egocentrismo, negativismo, ritualismo, assim como as birras, que podem constituir um verdadeiro desafio para os pais. Assim, neste etapa verifica-se que o *toddler*: anda sem apoio e corre de forma desajeitada; apresenta apreensão do lápis e faz rabiscos aleatórios; apanha objetos do chão; empilha três a quatro cubos e vira páginas de um livro; alimenta-se com a colher e auxilia no vestir; fala cinco a vinte palavras e forma combinações entre elas; aponta para partes do corpo e objetos comuns; expressa as emoções; tem acessos de raiva e birras; brinca sozinho (embora prefira a presença de alguém) e seja um imitador (mímica doméstica) (Hockenberry et al., 2019; Lissauer & Clayden, 2009; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil

O crescimento e o desenvolvimento são processos contínuos e individualizados, sendo que cada criança tem o seu próprio padrão. Contrariamente ao crescimento, os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis. A Consulta de Saúde de Vigilância de Infantil, constitui um momento por excelência para a avaliação e deteção precoce de alterações, e deve orientar-se pela observação crítica - desde o momento que a criança entra no gabinete - pela forma como interage com os pais e a maneira como brinca. O processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor neste contexto (e que inclui a implementação da escala de Mary Sheridan Modificada) deve considerar, não só a individualidade da criança, como também ser “monitorizado através da valorização das observações dos pais, da história clínica, do reconhecimento dos fatores de risco e da observação da criança (...) e ser encarado no contexto geral da promoção da saúde da criança” (DGS, 2013, p. 59), incluindo o ensino aos pais sobre a estimulação do desenvolvimento da criança, de forma a que esta consiga atingir o máximo do seu potencial. Esta consulta em contexto de Cuidados de Saúde Primários, está integrada nas orientações técnicas preconizadas pela DGS no âmbito da Saúde Infantil. O Programa Nacional

de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), inclui os seguintes objetivos: avaliar o crescimento e o desenvolvimento; estimular comportamentos promotores de saúde; promover a imunização, a saúde oral, o aleitamento materno e a prevenção de acidentes; detetar precocemente, sinalizar, apoiar e encaminhar; apoiar e estimular o exercício da parentalidade e o bem-estar da família.

A calendarização das consultas integradas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil tem como critério as idades-chave, que correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança, como por exemplo as etapas desenvolvimentais, a alimentação e a transição escolar. A apreciação de enfermagem durante a Consulta de Saúde Infantil aos 18 meses inclui a avaliação do crescimento e desenvolvimento psicossocial; as rotinas alimentares; a frequência e a adaptação ao infantário; o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação; as intercorrências desde as consultas anteriores, e as preocupações dos pais, que devem ser valorizadas. Outro aspeto relevante, são os cuidados antecipatórios, que têm como foco a promoção de comportamentos de saúde, implementados em função da idade, crescimento e desenvolvimento da criança, e incluem temáticas de ensino e capacitação dos pais como a alimentação; higiene; controlo dos esfíncteres; sono; segurança; saúde oral; vacinação; relação emocional e comportamental; e socialização. A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar, deverá também constituir uma preocupação do profissional de saúde, para a identificação de alterações e encaminhamento precoces (DGS, 2013; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A imunização é uma das medidas de saúde pública mais efetivas para melhorar a saúde da população. O Programa de Vacinação implementado em Portugal desde 1965, é gratuito e acessível a toda a população, e tem como objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial de constituírem ameaças à saúde pública e individual, e para as quais existe proteção eficaz através da vacinação. Algumas vacinas necessitam de dose de reforço ou adicional, para que possa ser possível uma proteção mais duradoura e efetiva. O esquema de vacinação recomendado pretende desta forma obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível. Em Portugal, compete ao enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários a implementação deste programa que, para além do procedimento técnico, deverá divulgar e motivar as famílias para a adesão ao programa, esclarecer sobre as vacinas, os benefícios e potenciais reações adversas, bem como o risco da não vacinação, quando aplicável (DGS, 2020).

Os Cuidados atraumáticos em Pediatria

A administração de vacinas constitui uma intervenção interdependente do enfermeiro, mas também um procedimento invasivo e doloroso. A dor é reconhecida pela DGS desde 2003 como o 5º Sinal Vital, e deve ser encarada “como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2008, p. 5). A compreensão dos mecanismos da

dor, o seu reconhecimento e o tratamento, são considerados um direito fundamental da criança, numa filosofia de cuidados atraumáticos em pediatria, e em particular do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, ao qual compete “o rigor técnico/científico na implementação de intervenções de Enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 21). A evidência tem comprovado que os benefícios do leite materno e a amamentação combinada em todos os seus aspetos (o colo, o contacto pele com pele, o sabor adocicado do leite e a sucção) constituem estratégias não farmacológicas seguras e eficazes no controlo da dor, não existindo registos de efeitos adversos, como a regurgitação ou a obstrução da via aérea (Taddio, et al., 2010). A amamentação e o envolvimento dos pais nos cuidados, são estratégias preconizadas pela DGS para alívio e tratamento da dor na criança, e consideradas uma boa prática profissional (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A Vinculação da criança

Para além da amamentação, o estabelecimento de uma vinculação segura e efetiva é uma das estratégias promotoras do desenvolvimento infantil. Outra considerada uma necessidade secundária, Bowlby propôs que (tal como a alimentação), a vinculação fosse considerada uma necessidade primária do ser humano, essencial no desenvolvimento da personalidade. Segundo ele, a evolução do processo de vinculação, tem uma dupla função - proteção e socialização - e cursa ao longo dos três primeiros anos de vida. Ao nascimento, a figura de vinculação é quem dispensa os cuidados (na maioria das vezes, a mãe) e vai diversificar-se e alargar-se a figuras auxiliares, persistindo durante toda a vida (Golse, 2005). As experiências e interações verificadas durante o processo de vinculação “vão organizar o padrão de vinculação da criança e definir a sua perceção, os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, sobretudo em situações de angústia” (IAC, 2022, p. 5). Assim, a vinculação pode ser definida como “a necessidade e satisfação primária de contacto e afeto, é a segurança encontrada nos braços da mãe, do pai ou de outros adultos cuidadores, que permitem à criança construir-se psicologicamente, autonomizar-se e desenvolver-se saudavelmente” (Ramos, 2004, p. 367). A existência de comportamentos de afetividade e responsividade por parte da figura de vinculação com a criança, são determinantes na construção da relação segura, que se desenvolve desde o nascimento e se vai adaptando às diferentes fases de desenvolvimento da criança. Entre os dezoito meses e os quatro anos, a criança torna-se gradualmente mais independente, formando vínculos com várias pessoas presentes na sua vida, que lhe respondam de forma sensível e consistente, auxiliando-a na sua necessidade de autonomia, e proporcionando-lhe afeto, carinho e proteção. Desta forma a vinculação segura neste período é caracterizada por uma progressiva tolerância à separação, pela aprendizagem da cooperação e pela regulação do equilíbrio entre a necessidade de autonomia, autocontrolo, exploração, e a continuação da necessidade de afeto, amor e proteção (DGS, 2006).

A Transição na parentalidade

O desempenho do papel parental constitui uma transição do tipo desenvolvimental, inerente ao desenvolvimento humano, implicando mudanças irreversíveis e incorporação de novos conhecimentos e habilidades por parte dos pais. A vulnerabilidade presente nesta experiência é uma característica deste processo, no qual o cuidado da Enfermagem tem um papel fundamental, ao preparar o cliente para a transição, facilitando a aprendizagem de novas habilidades (Melleis et al., 2000). Da mesma forma, compreender as propriedades e as condições facilitadoras ou dificultadoras inerentes a este processo, permitirá ao enfermeiro uma intervenção promotora de respostas positivas, para que “a mensagem incluída nas intervenções de enfermagem tenha como resultado a adesão a comportamentos de saúde, deve permitir ao cliente compreender as soluções, promover a autoconfiança e a consciencialização” (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 88). Neste sentido, a identificação dos significados e das atitudes pessoais que os pais demonstram perante o seu processo de mudança, possibilita ao enfermeiro identificar o nível de consciencialização, envolvimento e pontos críticos, bem como os significados atribuídos, para assim implementar terapêuticas de enfermagem focadas na promoção, na prevenção e na intervenção, que serão facilitadoras de uma transição saudável (Melleis et al., 2000). Ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compete a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, a avaliação do desenvolvimento da parentalidade e a transmissão de orientações antecipatórias para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), aspetos que vão contribuir para aquisição da mestria do papel parental.

3.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 1 ano | Masculino

Mãe/Pai

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Figura parental principal: mãe.

- 02-10-2023 10:00 - Número de outros filhos: 1.
02-10-2023 10:00 - Filho(s) pré-escolar.
02-10-2023 10:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
02-10-2023 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-02 10:00:00	Vacina Pentavalente DTPaHibVIP	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Uma das áreas de atuação do enfermeiro é a administração de medicamentos. No que concerne à Consulta de Saúde Infantil, um dos objetivos é a promoção e a implementação da Norma n.º 018/2020 da DGS (2020), que regulamenta o Programa Nacional de Vacinação. Aos 18 meses de idade a vacina recomendada é a vacina combinada contra a difteria, tétano, tosse convulsa e doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* (Pentavalente DTPaHibVIP).

O local de administração aconselhado para a administração desta vacina é o braço esquerdo. As definições dos locais anatómicos para administração das vacinas recomendadas no Plano Nacional de Vacinação têm como objetivo promover as boas práticas e facilitar a farmacovigilância. As reações adversas à vacinação são na maioria das vezes ligeiras (no local da administração). A febre é menos frequente. Pode também verificar-se reações de hipersensibilidade não grave aos componentes da vacina. Porém, esta situação não implica uma contraindicação à mesma, e pode ser realizada como habitualmente. Apesar de raras, as vacinas poderão provocar reações adversas graves como a reação anafilática severa, que pode ser potencialmente ameaçadora da vida. Assim, é recomendado o conhecimento prévio sobre história de doença alérgica (alergia a medicamentos, alimentos e picadas de insetos) e reações adversas graves a outras vacinas; a consulta do folheto informativo da vacina (detetar possíveis precauções e contraindicações à vacinação); e manter uma vigilância de cerca de 30 minutos após a administração da vacina. As reações adversas graves (porém raras), relacionadas com a administração desta vacina, incluem convulsões, com ou sem febre, ocorrendo no período de três dias após vacinação. No caso de se verificarem, as reações adversas devem ser notificadas pelo profissional (online ou por formulário específico), constituindo assim a base do Sistema Nacional de Farmacovigilância, cujo objetivo é a identificação precoce de possíveis problemas de segurança na utilização de medicamentos, incluindo as vacinas. A farmacovigilância contribui para o melhor conhecimento do perfil de segurança das vacinas e para a proteção da saúde

pública (DGS, 2020).

Não é recomendado o uso de paracetamol preventivo e por rotina antes ou durante a vacinação, uma vez que pode interferir com a resposta imunológica, devendo restringir-se a situações em que se verifique febre ou sintomatologia local após administração da vacina (DGS, 2020).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2023 10:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
02-10-2023 10:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
02-10-2023 10:00	Desenvolvimento psicomotor	
02-10-2023 10:00	Desenvolvimento físico	
02-10-2023 10:00	Período toddler	
02-10-2023 10:00	Comportamentos para amamentar	
02-10-2023 10:00	Sensações somáticas	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Como linguagem classificada para a prática de Enfermagem, a ligação entre cuidador (neste caso a mãe) e criança é definida como o “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (International Council of Nurses, 2019). A família, como primeira referência de socialização da criança, tem uma influência primordial no seu desenvolvimento, pelo que as experiências emocionais e as aprendizagens dependerão dos processos de socialização estabelecidos inicialmente dentro do núcleo familiar. Desta forma, os pais influenciam a criança através do afeto, da comunicação, do controlo e da exigência, bem como pelo estilo de educação adotado (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A transição para a parentalidade implica nos pais a incorporação de conhecimentos e habilidades, e é influenciada na sua dimensão afetiva, por um conjunto de propriedades, como o grau de envolvimento, aspeto determinante na forma como a transição é vivenciada (Melleis et al., 2000). A avaliação de comportamentos de afetividade e responsividade permite determinar a relação emocional e comportamental da mãe com a criança e a adaptação ao papel parental, assim como implementar cuidados antecipatórios, detetar alterações e intervir precocemente (DGS, 2013).

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

A vinculação pode ser definida como a “ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos” (International Council of Nurses, 2019). O processo de vinculação “tem origem nos três primeiros anos de vida (...), é a fase em que o indivíduo adquire todas as capacidades do ser humano” (Golse, 2005, p. 158). A construção de uma vinculação segura é fundamental para o desenvolvimento saudável da criança, sendo influenciada por vários fatores como as características do temperamento da criança, a sensibilidade dos pais às necessidades específicas do filho e a adequação das suas respostas, a dinâmica familiar, relação entre os pais, bem como os fatores socioculturais (DGS, 2006).

A avaliação de comportamentos de vinculação na criança permite avaliar a relação socioemocional com os pais, detetar sinais de alarme, implementar cuidados antecipatórios e intervir precocemente (DGS, 2013).

Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, embora a passagem de estadios varia de criança para criança e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere (DGS, 2013). A avaliação do desenvolvimento psicomotor até aos cinco anos, inclui as habilidades adquiridas desde o nascimento, no que concerne ao progresso na motricidade, fala e linguagem, comunicação e independência sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções (Lissauer & Clayden, 2009). A sua avaliação (e a valorização das preocupações verbalizadas pelos pais) permite identificar precocemente alterações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias. O desenvolvimento psicomotor é determinado na consulta dos 18 meses, pela implementação da Escala Mary Sheridan Modificada, e inclui a avaliação da postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social (DGS, 2013).

Um aspeto que se constitui basilar para um desenvolvimento infantil salutar é a segurança, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de acidentes. Segundo a Associação para a Promoção da Segurança Infantil, os acidentes são a primeira causa de morte de crianças e jovens em Portugal. A criança deste cenário encontra-se numa idade cronológica em que o risco de acidentes está aumentado, principalmente os relacionados com o ambiente doméstico, pela conquista da locomoção, busca gradual da autonomia, e a inconsciência do perigo (Hockenberry et al., 2019). Esta temática deverá ser abordada pelo enfermeiro nos cuidados antecipatórios preconizados para esta consulta, de forma a capacitar os pais e apoiar assim no desempenho do papel parental informado e adequado (DGS, 2013).

A realização da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil na idade-chave dos 18 meses, permite ao enfermeiro avaliar as tarefas desenvolvimentais do Artur; detetar sinais de alerta e encaminhar precocemente; implementar cuidados antecipatórios promotores de um

desenvolvimento infantil adequado; e facilitar a transição para a mestria do papel parental.

Desenvolvimento físico

Na linguagem classificada, o desenvolvimento físico ou crescimento é definido como o processo corporal de “desenvolvimento físico normal e progressivo com alterações físicas distintas desde a infância até à idade adulta, em consequência do processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico e maturação, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento (...)” (International Council of Nurses, 2019).

A avaliação do crescimento aos 18 meses inclui a avaliação do peso; da altura e do perímetro cefálico; do encerramento da fontanela anterior; do número de dentes; e do início do treino do controlo de esfíncteres. Uma avaliação rigorosa dos indicadores de crescimento e a interpretação das curvas de percentis, permite a identificação de qualquer descontinuidade no processo de crescimento e maturação óssea. Importa salientar que durante este período, o desenvolvimento verifica uma desaceleração do crescimento (DGS, 2013; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A avaliação do desenvolvimento físico aos 18 meses está preconizada pela DGS como idade-chave para a realização de Consulta de Vigilância de Saúde Infantil, a qual permitirá ao enfermeiro uma avaliação do crescimento do Artur, detetar sinais de alerta e implementar cuidados antecipatórios para a promoção de um crescimento saudável e a promoção do desempenho de um papel parental adequado.

Período *toddler*

O Artur é uma criança com 18 meses, pelo que se encontra no período *toddler* ou pré-infância, compreendido entre os 12 e os 36 meses de idade. Este período, também conhecido como os “terríveis dois”, caracteriza-se pela curiosidade e interesse progressivos da criança face ao ambiente que a rodeia, transitando de uma fase de total dependência para a conquista da autonomia, o que constitui uma fase de aprendizagens promotoras do seu desenvolvimento psicomotor, mas também uma fase desafiante no processo de parentalidade (Hockenberry et al., 2019).

Os 18 meses do Artur constituem uma idade chave preconizada pela Direção-Geral da Saúde para a realização da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil. Assim, a intervenção do enfermeiro nesta consulta inclui a avaliação do crescimento e desenvolvimento, a identificação de sinais de alerta, a promoção das tarefas desenvolvimentais como a linguagem e a motricidade fina, assim como o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2013; DGS, 2020).

Comportamentos para amamentar

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, e a sua

manutenção até aos dois anos, enquanto ocorre a diversificação alimentar (WHO, 2015). A amamentação é considerada uma estratégia para a promoção do desenvolvimento infantil, bem como uma medida não farmacológica, preconizada pela DGS para o controlo/alívio da dor na criança, relacionada com procedimentos invasivos, como a vacinação (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O Enfermeiro Especialista de Saúde infantil e Pediátrica, deve promover a amamentação, estabelecer intervenções promotoras da parentalidade, incentivar e potenciar o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho, numa filosofia de cuidados atraumáticos, em parceria e centrados na família (Ordem dos Enfermeiros, 2015a; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo em conta o cenário apresentado, foi incentivada e facilitada a amamentação como medida não farmacológica para o controlo/alívio da dor do Artur durante e após a vacinação.

Sensações somáticas

A dor é uma experiência subjetiva e multidimensional, influenciada por diversos fatores, e a sua avaliação em crianças em aquisição de linguagem verbal constitui um desafio. De acordo com Batalha (2010), para as crianças de um a três anos (faixa etária onde se inclui o cliente desta conceção de cuidados), as experiências invasivas são altamente ansiogénicas, podendo reagir a procedimentos não dolorosos com a mesma intensidade quando são submetidas a técnicas dolorosas. Para o mesmo autor, nestas idades, as experiências dolorosas (ou percebidas como tal), provocam perturbações emocionais e resistência física acentuada, cujo os comportamentos mais frequentes são o choro, o grito, a expressão facial de raiva, as caretas, o balançar, a proteção da zona dolorosa, a agitação, a agressividade e a imobilidade. Entre os 18 e os 24 meses, surge a capacidade de verbalizar a dor, e aos dois anos as crianças são capazes de descrever a dor, embora não consigam verbalizar a sua intensidade. Assim, é fundamental, o conhecimento dos comportamentos de dor (ou potencial dor) de acordo com a idade da criança, para ser possível a implementação de estratégias adequadas para o seu tratamento, partindo-se da premissa de que uma dor não reconhecida não pode ser tratada.

A avaliação da dor está integrada num conjunto de orientações técnicas emanadas pela DGS, para a sua avaliação sistemática e tratamento, sendo considerada o 5º sinal vital (DGS, 2003). Em contexto pediátrico, numa filosofia de cuidados atraumáticos, o reconhecimento e tratamento da dor são considerados uma boa prática profissional, para além de constituir um imperativo ético e um direito fundamental da criança. A amamentação é reconhecida como uma estratégia não farmacológica eficaz para o tratamento da dor na criança, e deve ser utilizada em situações de procedimentos invasivos, como é o caso da administração de vacinas (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A Consulta de Saúde Infantil dos 18 meses integra o cumprimento do Programa Nacional de

Vacinação, com a imunização indicada para esta idade. Neste sentido, como estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante a vacinação na criança deste cenário, foi incentivada a amamentação. Como forma de diminuir do medo e a ansiedade do Artur, característicos deste período desenvolvimental, foi incentivada a presença e a participação da mãe ao longo da consulta, como forma de envolver a mãe em todo o processo e promover uma prestação de cuidados em parceria, e utilizadas estratégias lúdicas como o recurso a brinquedos e jogos.

3.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Sem manifestação de dor.

02-10-2023 10:00 - Dor

02-10-2023 10:00 - Expressão facial: Nenhuma expressão particular, sorriso .

02-10-2023 10:00 - Movimento dos membros: Pernas em posição normal ou relaxadas.

02-10-2023 10:00 - Choro/vocalização: Ausência de choro (acordado ou adormecido).

02-10-2023 10:00 - Atividade: Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente.

02-10-2023 10:00 - Consolabilidade: Satisfeito, relaxado.

02-10-2023 10:00 - Determinar evolução da dor

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Diminuir dor

02-10-2023 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Neste contacto]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 10:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 10:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Incentivar a amamentação [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de

ligação mãe/pai-filho

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

02-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Próximo contacto]*

Comportamentos para amamentar

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Amamentação

02-10-2023 10:00 - Promover o amamentar/mamar

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

02-10-2023 10:00 - Vinculação

02-10-2023 10:00 - Determinar evolução da vinculação

02-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução da vinculação [Próximo contacto]*

02-10-2023 10:00 - Promover vinculação

02-10-2023 10:00 - *Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Neste contacto]*

Desenvolvimento psicomotor

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

02-10-2023 10:00 - Desenvolvimento infantil

02-10-2023 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

02-10-2023 10:00 - *Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Próximo contacto]*

02-10-2023 10:00 - Promover desenvolvimento infantil

02-10-2023 10:00 - *Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Neste contacto]*

Desenvolvimento físico

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Peso: 10.15 Kg.

02-10-2023 10:00 - Percentil do peso: P(25).

02-10-2023 10:00 - Comprimento/Altura: 80.00 cm.

- 02-10-2023 10:00 - Percentil do comprimento: P(15).
02-10-2023 10:00 - Perímetro cefálico: 48.00 cm.
02-10-2023 10:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).
02-10-2023 10:00 - Índice de massa corporal: 15.86 Kg/m².
02-10-2023 10:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(25).
02-10-2023 10:00 - Encerramento da fontanela
02-10-2023 10:00 - Posição anterior: sem compromisso.

02-10-2023 10:00 - Crescimento

02-10-2023 10:00 - Determinar evolução do crescimento

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do crescimento [Próximo contacto]

Período toddler

02-10-2023 10:00

02-10-2023 10:00 - Período toddler

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora.

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: asfixia [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: brinquedos [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança:

intoxicações [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: quedas [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: queimaduras [Neste contacto]

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

02-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Próximo contacto]

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período toddler: facilitador.

02-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler: facilitador.

3.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Determinar desenvolvimento psicomotor

Avaliar evolução do crescimento

- Determinar parâmetros de crescimento
- Interpretar curvas de crescimento

Avaliar evolução da vinculação

- Observar a interação da criança com a mãe

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar comportamentos de afetividade da mãe para com a criança
- Observar comportamentos de responsividade da mãe para com a criança

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Elogiar a criança

- Brincar com a criança
- Apoiar a amamentação

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: asfixia

- Supervisionar a criança (incluindo durante as refeições, e quando perto de qualquer fonte de água, como piscinas, banheiras e baldes)
- Evitar pedaços grandes de comida, frutas com sementes ou caroços e doces (por exemplo gomas, rebuçados)
- Adequar os brinquedos à faixa etária da criança
- Guardar sacos e caixas fora do alcance da criança
- Usar colete apropriado para frequência de piscina
- Evitar uso de vestuário com cordões
- Evitar o contacto com objetos redondos côncavos, ocós e de plástico (por exemplo recipientes de plástico redondos sem tampa)

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: queimaduras

- Supervisionar a criança
- Proteger as tomadas elétricas
- Manter aparelhos e fios elétricos fora do alcance da criança (exemplo ferro de engomar, cafeteira)
- Não cozinhar com a criança ao colo
- Virar as pegadas da panela no fogão para dentro
- Proteger os botões do fogão
- Proteger radiadores e lareiras
- Manter fora do alcance da criança velas, isqueiros, fósforos, cigarros e alimentos quentes
- Verificar sempre a água do banho
- Evitar horário de maior exposição solar e exposição prolongada ao sol
- Usar protetor solar e vestuário adequado quando a criança está exposta ao sol

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: quedas

- Supervisionar a criança (incluindo espaços de recreio e parques infantis)
- Proteger escadas e janelas acessíveis à criança
- Evitar o uso de andadores móveis
- Remover tapetes
- Usar vestuário e calçado adequado ao tamanho da criança
- Proteger a cama com grades ou adequar altura do berço

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: brinquedos

- Supervisionar a criança
- Adequar o espaço lúdico à idade da criança
- Providenciar brinquedos adequados à idade da criança

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: intoxicações

- Supervisionar a criança
- Colocar medicamentos, produtos de limpeza, tóxicos ou corrosivos devidamente identificados e fora do alcance da criança

- Informar sobre o número do Centro de Informação Antivenenos
- Fechar armários e gavetas acessíveis

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Incentivar a participação da mãe na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança
- Facilitar a amamentação

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança

- A mãe identifica as atividades adequadas ao nível de desenvolvimento da criança
- A mãe descreve medidas de prevenção de acidentes (afogamento, choques elétricos, asfixia por objetos, quedas, queimaduras)

Avaliar evolução da dor

- Observar manifestações comportamentais de dor na criança
- Determinar a resposta da criança á implementação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Amamentação

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança

- Determinar o conhecimento da mãe sobre prevenção de acidentes

3.7. Síntese relativa ao caso

Justificação da escolha das intervenções por tipologia

O domínio da atuação autónoma do enfermeiro integra um conjunto de enunciados onde se inclui a promoção da saúde, que em contexto pediátrico tem como alvo dos cuidados a criança em parceria com a família. Uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é a educação para a saúde que, em contexto de cuidados saúde primários, têm a sua ênfase nos cuidados antecipatórios. Estes, devem basear-se num processo comunicativo individualizado e assertivo, o que vai permitir a aquisição de conhecimentos, e o aumento da literacia em saúde por parte dos pais, e como consequência, a promoção da saúde do filho e a aquisição da mestria no desempenho do papel parental (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2010). No contexto deste cenário, as terapêuticas de enfermagem têm como objetivo, facilitar o papel parental desenvolvimental, através da educação para a saúde, o que vai permitir maximizar as aprendizagens e promover a parentalidade. Entende-se como competências parentais o conjunto de conhecimentos e habilidades que permitem o desempenho com mestria do papel parental, garantindo desta forma o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso et al., 2015).

Assim:

As intervenções do tipo “*Avaliar a evolução*” são ações que vão permitir determinar a evolução e os resultados das intervenções implementadas, contribuindo desta forma para a evolução favorável da condição.

As intervenções do tipo “*Ensinar*” permitem fornecer informação geradora de aprendizagens cognitivas, em particular no que diz respeito à temática da prevenção de acidentes, e desta forma promover o desenvolvimento infantil do Artur, capacitar para o desempenho do papel parental e facilitar a transição adequada.

A intervenção do tipo “*Implementar*” é uma ação que vai permitir pôr em prática o que foi planeado, para dar resposta às necessidades promotoras do desenvolvimento infantil do Artur.

A intervenção do tipo “*Planear*” é uma ação que vai permitir a coordenação dos cuidados de forma a que seja possível o envolvimento da mãe do Artur ao longo da consulta de enfermagem.

A intervenção do tipo “*Executar*” é uma ação que vai permitir implementar uma técnica de tratamento não farmacológica para o tratamento da dor do Artur relacionada com a administração da vacina.

Critérios de resultado face ao diagnóstico identificado

Diagnóstico: Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança

Dado: A mãe do Artur questionou sobre os cuidados a adotar para evitar acidentes em casa relacionados com a etapa de desenvolvimento do Artur.

Critério de resultado:

1. Melhorar o conhecimento da mãe sobre prevenção de acidentes

- A mãe verbaliza a importância na adoção de medidas preventivas;
- A mãe reconhece a importância da supervisão do Artur;
- A mãe identifica os fatores de risco;
- A mãe descreve as atividades adequadas ao nível de desenvolvimento do Artur;
- A mãe descreve métodos de prevenção: afogamento, choques elétricos, asfixia por objetos, quedas, queimaduras.
- A mãe enuncia medidas a adotar para prevenção de acidentes.

2. Determinar a evolução de conhecimento da mãe sobre prevenção de acidentes

Justificação: o período *toddler* é caracterizado pela aquisição de habilidades motoras grossas e

finas, que vão permitir à criança dominar uma ampla variedade de atividades. É também uma fase de intensa exploração e interesse pelo ambiente, devido à aquisição da locomoção, bem como uma maior coordenação visual e manual. Estes aspetos aumentam o risco de acidentes, principalmente em ambiente doméstico, relacionados com quedas, queimaduras, asfixia e afogamento.

Outra área que deve ser abordada nos cuidados antecipatórios para esta consulta é o treino dos esfíncteres e o uso do sanitário. Apesar de ter sido uma temática conversada com a mãe, verificou-se que, com os dados recolhidos ao longo da entrevista com a mãe, que o Artur apesar de identificar quando a fralda está suja, não apresenta outros sinais de prontidão fisiológica e cognitiva. Em associação, a mãe do Artur refere ainda não estar disponível para iniciar esse treino com o filho, pelo que se determinou não ser o momento próprio para intervir, avaliação esta que será realizada novamente na próxima consulta.

Reflexão sobre os contributos do caso clínico para as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil em contexto de Cuidados de Saúde Primários, constitui um excelente momento para promover a saúde e prevenir da doença na criança; detetar situações de alarme de forma a ser possível o encaminhamento precoce; e promover a parentalidade; através da valorização dos cuidados antecipatórios e capacitação dos pais no desempenho do seu papel.

Através da entrevista, das orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, do exame físico e interação comunicacional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica recolhe os dados necessários para elaboração do processo de enfermagem, possibilitando desta forma a sistematização da informação para a tomada de decisão.

Assim, tendo como referencial as competências comuns e específicas previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), este contexto clínico permitiu o desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

- Implementar um plano de saúde em parceria e promotor da parentalidade (E1.1);
- Intervir nas situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança (E1.2);
- Gerir e tratar a dor da criança (E2.2);
- Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)
- Promover a vinculação (E3.2);

- Comunicar com a criança e a família, adequando ao estadio de desenvolvimento da criança (E3.3).
- Demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (A1.1);
- Promover a proteção dos direitos humanos (A2.1).

A elaboração da conceção de cuidados aqui descrita, baseada na Ontologia de Enfermagem, permitiu a representação da atividade do enfermeiro no contexto referido. Porém, não foi possível a realização de uma 2ª sessão, uma vez que a próxima consulta do cliente não se enquadra no tempo do ensino clínico. Tal facto não permitiu inferir sobre o resultado dos ensinamentos realizados à mãe do Artur, isto é, o resultado da ação sob a forma de resultados em saúde, os quais configuram um dos contributos da utilização de uma ontologia para a representação do processo de enfermagem.

4. LACTENTE INTERNADO NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

Lactente internado no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos por insuficiência respiratória após episódio de convulsão febril complexa.

4.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO:

O João (nome fictício) é um lactente de 11 meses e 25 dias de idade internado no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos por convulsão febril complexa e insuficiência respiratória grave. Nacionalidade brasileira, de férias em Portugal com os pais. Segundo estes, tem sido uma criança saudável, com um desenvolvimento psicomotor adequado para a idade.

Antecedentes pessoais: prematuridade (35 semanas e 4 dias, com internamento de 24 horas na Neonatologia por taquipneia transitória do recém-nascido); rastreio das cardiopatias normal; plano de vacinação atualizado (Brasil). Sem antecedentes de convulsões febris e sem história familiar de epilepsia.

História do episódio atual: febre no dia do evento, com administração de paracetamol pela mãe, mas que o João não terá tolerado (episódio de engasgamento). Cerca de duas horas depois, apresentou nova subida térmica (temperatura axilar 39°C), seguida de episódio de revulsão ocular e “apatia”. Deu entrada no Serviço de Urgência transportado pelos pais cerca de seis minutos após o evento. À entrada da Sala de Emergência em crise convulsiva, que não cedeu ao diazepam retal e arrefecimento natural, pelo que foi realizada escalada terapêutica com administração de diazepam e levetiracetam endovenosos. Por respiração ineficaz e regurgitação com aspiração de conteúdo gástrico, foi decidida entubação traqueal. Realizado suporte avançado de vida por paragem cardiorrespiratória, que reverteu ao fim de um minuto. Após estabilização, o João foi transferido para o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos para continuidade de cuidados.

O cenário diz respeito ao sexto e sétimo dias de internamento do João, com os diagnósticos médicos de convulsão febril complexa e pneumonia por aspiração. Atualmente, encontra-se em coma induzido com monitorização cardiorrespiratória; ventilação mecânica; sedoanalgesia contínua; e com os seguintes dispositivos: cateter venoso central de duplo lúmen; cateter

venoso periférico; cateter arterial; sonda gástrica e sonda vesical. Sem episódios de febre desde a admissão. Foi pedida colaboração de Neurologia Pediátrica, que deu indicação aos pais, dada a gravidade do evento, de ser acompanhado pela especialidade após alta, no país de origem. Pais presentes e preocupados com a evolução do estado clínico do filho, procuram frequentemente informação junto dos profissionais. A mãe permanece junto do filho durante as 24 horas, verbalizando sentir-se ansiosa sempre que é monitorizada a temperatura corporal do João. Relativamente à segunda sessão (sétimo dia de internamento), devido à resposta positiva ao tratamento (com melhoria da imagem da radiografia pulmonar e dos valores gasométricos), o plano terapêutico implementado inclui a redução gradual da sondação, com vista ao desmame ventilatório para eventual extubação eletiva do João.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

Crise convulsiva febril

A febre representa um dos sinais de doença mais frequentes na criança, e é diagnosticada quando existe elevação da temperatura corporal acima de 1°C ou mais. Nas situações em que se desconhece a temperatura média individual, considera-se febre quando se verifica uma temperatura axilar igual ou superior a 37,6°C ou uma temperatura retal igual ou superior a 38°C (DGS, 2018). A convulsão é um evento clínico no qual há uma alteração súbita das funções neurológicas, causada por uma descarga elétrica neuronal anormal ou excessiva (Lissauer & Clayden, 2009). As convulsões febris são uma manifestação epilética benigna da infância, que ocorre entre os três meses e os cinco anos de idade, afetando cerca de 2-5% das crianças, e representa a causa mais comum de convulsão na infância (Alencar, 2015). A convulsão febril é definida como uma crise convulsiva acompanhada por febre (temperatura igual ou superior a 38°C por qualquer método de avaliação) sem evidência de infeção ou inflamação do sistema nervoso central, alteração metabólica e ou história prévia de crise convulsiva (Durante & Cancelier, 2007). A existência de história familiar de convulsão febril parece ser um fator preditor da ocorrência da primeira crise convulsiva febril na criança, e a probabilidade de recorrência é de cerca de 30% (diminuindo com a idade), sendo os fatores de risco mais importantes a idade precoce da primeira crise, a história familiar de crise febril, a temperatura (inversamente proporcional ao grau) e a duração do período febril (quanto menor o período, maior a probabilidade de recorrência) (Siqueira, 2010).

Os mecanismos fisiopatológicos para a convulsão febril não estão claramente estabelecidos, embora a imaturidade cerebral, a deficiente mielinização neuronal, a diferença de permeabilidade celular e a atividade elétrica cerebral da criança, possam explicar a maior suscetibilidade de convulsões febris na infância do que na idade adulta. É consensual que a etiologia da convulsão febril é multicausal, e que a maioria das crianças apresentam concomitantemente infeções gripais e das vias aéreas superiores. As convulsões febris podem ser classificadas como simples (uma única crise tónico-clónica generalizada, com duração média

de 15 minutos, num período de 24 horas) ou complexa/complicada (múltiplas crises focais e/ou recorrentes em 24 horas, com duração superior a 15 minutos cada crise). A maior parte das convulsões febris são tónico-clónicas do tipo simples ou típicas (Alencar, 2015; Fonseca & Benavides, 2022; Lissauer & Clayden, 2009).

O diagnóstico da convulsão febril é clínico, através do exame físico da criança (com despiste de presença de sinais meníngeos) e da anamnese, sendo essencial o relato dos pais da descrição detalhada do evento. O tratamento é similar a qualquer crise convulsiva, e engloba a fase aguda, a profilaxia e a orientação familiar. Na abordagem farmacológica da convulsão a classe de fármacos de primeira linha são as benzodiazepinas. A maioria das crises convulsivas febris não têm impacto do desenvolvimento psicomotor da criança. Todavia, ao contrário das convulsões febris simples (geralmente com prognóstico benigno e sem necessidade de investigação diagnóstica), as complexas necessitam de uma avaliação mais detalhada e eventualmente a realização de exames complementares, pelo maior risco de causas subjacentes detetáveis e pelo risco (discreto) de desenvolvimento posterior de epilepsia. O recurso a anticonvulsivantes com objetivo profilático das convulsões febris simples ou complexas não reúne consenso, pelos efeitos secundários destes fármacos, embora nas segundas possa eventualmente ser considerado (Alencar, 2015).

Uma vez que um evento desta natureza é gerador de grande carga emocional e de ansiedade nos pais, e assumindo-se sempre a avaliação do momento próprio da intervenção, numa perspetiva de cuidados antecipatórios (pela possibilidade de ocorrência de um novo episódio), o ensino a ser realizado pelo enfermeiro deverá englobar a informação sobre a condição clínica, as medidas preventivas e as formas de atuação perante a mesma. Destas medidas preventivas é essencial, o ensino aos pais sobre a febre e o seu tratamento. Tendo por base as orientações da DGS (2018) no que diz respeito ao processo assistencial da febre em idade pediátrica, é fundamental que os pais tenham informação sobre os seguintes aspetos:

1. A febre não é uma doença, mas sim um sintoma;
2. Os locais e métodos da avaliação da temperatura corporal e quando diagnosticar febre;
3. O tratamento da febre não encurta a duração da mesma nem contribui para a resolução da doença atual;
4. Durante a subida térmica é desaconselhado o uso de arrefecimento com recurso a banho, compressas húmidas, álcool ou ventoinhas;
5. O estado geral da criança e a presença de sinais de alerta (explicar quais), são mais importantes que valor da temperatura ou a duração da febre;
6. As viroses são responsáveis pela grande maioria dos episódios febris, e duram em média quatro dias.

Pneumonia por aspiração

Designa-se por pneumonia a inflamação do parênquima pulmonar, que pode ter origem primária ou secundária, quando é resultante da complicação de outra doença (Hockenberry et al., 2019). A pneumonia por aspiração pode ser definida como uma pneumonia química, produzida pela aspiração do conteúdo gástrico, e os síndromes aspirativos (como a atelectasia, o pneumotórax e a asfixia) que se desenvolvem são variáveis e dependem da frequência da aspiração, do pH, da quantidade e da natureza do material aspirado, assim como a resposta do hospedeiro. Após o evento, ocorre hipoxemia grave, devido ao aumento do shunt intrapulmonar (agravado pelo edema alveolar desencadeado pelo extravasamento capilar devido ao processo inflamatório) e à alteração da relação ventilação-perfusão. A distribuição lobar do conteúdo depende da posição da criança e do volume aspirado aquando o episódio, contudo o lobo inferior direito é frequentemente mais afetado que o esquerdo. Para além do conteúdo aspirado para os pulmões, e que conduz ao compromisso ventilatório e respiratório, a pneumonia aspirativa também se desenvolve devido às bactérias que estão presentes na via aérea respiratória superior e no estômago, sendo as mais comuns no período do lactente o *Staphylococcus sp.* e a *Neisseria sp.* (Tarrío, 2003). Uma vez que foi um evento presenciado em contexto de sala de emergência, não foi necessária investigação diagnóstica, além do estudo analítico e da radiografia pulmonar.

O tratamento em situações de aspiração massiva (como no caso deste cenário) inclui a abordagem A-B-C da reanimação (assegurar a via aérea-ventilação-circulação) O principal e mais importante objetivo nestas situações é o tratamento de suporte da função pulmonar através da ventilação mecânica (com parâmetros ventilatórios adequados), administração de oxigénio, fluidoterapia, terapêutica com aerossóis e fármacos vasoativos. A terapêutica com antibiótico é geralmente implementada, pela dificuldade em excluir muitas das vezes a infeção bacteriana como fator primário ou contribuinte nestas situações (Tarrío, 2003).

Devido à doença grave do parênquima pulmonar, o João foi submetido a tratamento de suporte com ventilação mecânica e como tal, internado no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos para uma abordagem multiprofissional e diferenciada.

Parentalidade e o impacto da hospitalização

O Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos é um local que integra, para além da estrutura física e organizacional característica, um conjunto de equipamentos de monitorização e terapêutica, e equipas multidisciplinares altamente diferenciadas e treinadas, que permitem a assistência do cliente crítico pediátrico ao longo das 24 horas, independentemente da causa de internamento. Este ambiente tecnológico e tecnicista, condiciona na criança e, neste cenário em particular nos pais, uma situação de grande vulnerabilidade e sofrimento, pelo evento e a hospitalização inesperadas. Num estudo qualitativo realizado por Portugal (2019) com mães cujos filhos estavam internados em Cuidados Intensivos Pediátricos, a autora identificou que,

para além do medo de perder o filho e a angústia que isso provoca, as mães revelaram ter esperança na resolução do problema do filho. Aspectos como a condição estável do filho; a possibilidade de estar presente e prestar alguns cuidados; as competências técnicas e humanas dos profissionais; e a atenção da equipa direcionada quer para si quer para o filho revelaram-se fatores tranquilizadores para as mães durante a hospitalização dos filhos (Portugal, 2019).

Tal aspeto, coloca o enfermeiro numa posição privilegiada do cuidado, como elemento diferenciador e promotor no ajuste de papéis perante a vivência de uma parentalidade especial, ainda que transitória. Para além da intervenção na vertente da capacitação da criança e dos pais, o enfermeiro detém também um importante papel na regulação emocional destes, uma vez que “a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico no contexto da prática clínica em pediatria” (Diogo, 2012, como citado em Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 96).

Durante a hospitalização, a criança tem direito à presença dos pais durante as 24 horas, acompanhamento este que deve ser incentivado. Para além destes aspetos, os pais têm direito a obter informação sobre as regras e rotinas do serviço, para participarem ativamente nos cuidados; e a receber informação concreta e adequada ao seu nível de conhecimento, sobre a doença e tratamentos para que possam ter um papel ativo nas decisões de saúde da criança (IAC, 2017). O enfermeiro, assumindo a criança e os pais como alvo indissociável dos cuidados, promove este processo “com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do filho” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 14). O grau de envolvimento da família sofreu mudanças ao longo dos anos, desde providenciar cuidados emocionais e físicos básicos até aos cuidados que exigem maior capacitação, mas também no que concerne à tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Perante a hospitalização de um filho previamente saudável num Serviço de Cuidados Intensivos, os pais vivenciam um período de choque intenso, acompanhado pela sensação de desamparo (que perdura enquanto a criança se encontra numa situação de instabilidade), que é potenciada pelo aspeto físico do filho, o diagnóstico, a monitorização e as intervenções terapêuticas inerentes ao tratamento (entubação traqueal, cateterizações, etc.). A informação clara, honesta e frequente, por parte da equipa de saúde constitui um elemento facilitador na adaptação dos pais ao contexto de doença do filho (Tarrío, 2003).

Tendo como beneficiários dos cuidados o binómio criança/pais, o enfermeiro deve ser um agente promotor e facilitador na parentalidade, assumindo o cuidado centrado na família e em parceria, e ser sensível ao facto de que qualquer situação de transição, independentemente da sua natureza, tem um forte impacto nos pais e que estes têm mecanismos diferenciados de reagir e de se adaptar.

4.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 11 meses | Masculino

Mãe/Pai

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Figura parental principal: mãe.

05-11-2023 14:00 - Distância casa/hospital: Não aplicável.

05-11-2023 14:00 - Número de outros filhos: 0.

05-11-2023 14:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

05-11-2023 14:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-05 14:00:00	Esomeprazol 5mg IV	
2023-11-05 14:00:00	Leviteracetam 100mg IV de 12/12h (7h-19h)	
2023-11-05 14:00:00	Amoxicilina+ Ácido Clavulânico 400mg IV de 8/8h (7h-15-23h)	
2023-11-05 14:00:00	Paracetamol 150mg IV de 6/6h (SOS)	
2023-11-05 14:00:00	Metamizol Magnésico 100mg IV de 8/8h (SOS)	
2023-11-05 14:00:00	Midazolam 2mg IV de 4/4h (SOS)	
2023-11-05 14:00:00	Morfina 2mg IV de 4/4h (SOS)	
2023-11-05 14:00:00	Rocurónio (Brometo) 1mg IV de 6/6h (SOS)	2023-11-06 14:00:00
2023-11-05 14:00:00	Hidrato de Cloral 500mg PO de 8/8h (SOS)	
2023-11-05 14:00:00	Salbutamol Suspensão Pressurizada 200mcg Inalatório de 6/6h (6h-12h-18h-24h)	
2023-11-05 14:00:00	Brometo de Ipratrópio Suspensão Pressurizada 40mcg Inalatório de 8/8h (7h-15h-23h)	
2023-11-05 14:00:00	Decnp oral (Fresubin original drink) 80ml Sonda gástrica de 6/6h (6h-12h-18-24h)	
2023-11-05 14:00:00	Polieletrólítico com glucose 249ml+KCl 7,45% 5ml+Fosfato Monopotássico 10mmol IV (perfusão contínua a 11ml/h)	

Início	Medicação	Fim
2023-11-05 14:00:00	Midazolam 96mg em Soro Fisiológico 30,8ml IV (perfusão contínua a 3ml/h)	2023-11-06 14:00:00
2023-11-05 14:00:00	Fentanil 960mcg em Soro Fisiológico 30,8ml IV (perfusão contínua a 3ml/h)	2023-11-06 14:00:00
2023-11-05 14:00:00	Dexmedetomidina 200mcg em Soro Fisiológico 50ml IV (perfusão contínua a 0,5ml/h)	2023-11-06 14:00:00
2023-11-05 14:00:00	Noradrenalina 15 mg em Soro Fisiológico 50ml IV (perfusão contínua a 0,1ml/h)	2023-11-06 14:00:00
2023-11-05 14:00:00	Soro Fisiológico 72ml com Heparina Sódica (heparina não fracionada) 36UI IV (perfusão contínua a 3ml/h) - Cateter Arterial	
2023-11-06 14:00:00	Dexmedetomidina 200mcg em Soro Fisiológico 50ml IV (perfusão contínua a 1ml/h)	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A prática profissional do enfermeiro insere-se num contexto multiprofissional, que abrange intervenções independentes (prescritas e implementadas pelo enfermeiro) e interdependentes (iniciadas por outros técnicos e implementadas pelo enfermeiro), e que incluem a administração de fármacos (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A abordagem farmacológica perante o cliente deste cenário, implica por parte do enfermeiro a responsabilidade e o conhecimento de forma a otimizar o tratamento, prevenir intercorrências e contribuir para a recuperação do cliente. Esta abordagem diferenciadora, inclui a sedoanalgesia para o controlo da dor e a otimização da ventilação mecânica, a inaloterapia e antibioterapia direcionadas ao tratamento da pneumonia por aspiração, a manutenção hidroeletrólítica e aporte nutricional e a manutenção de cateter arterial.

Fármacos

Esomeprazol 5mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Antiulcerosos. Inibidores da bomba de prótons.

Indicações: Doenças do refluxo gastroesofágico, incluindo esofagite erosiva.

Efeito terapêutico: reduz a secreção gástrica de ácido através de um mecanismo de ação direcionado (inibidor específico da bomba de prótons das células parietais).

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: reações alérgicas graves; diarreia.

Considerações de enfermagem: Deve ser reconstituído em soro fisiológico ou glicose 5% (mínimo 5ml). Administração intravenosa em bólus lento (três minutos) ou em perfusão até 30

minutos. A solução reconstituída é estável à temperatura ambiente por 24 horas (soro fisiológico) ou 12 horas (glicose 5%). Não administrar com outros fármacos ou soluções. Lavar o acesso intravenoso antes e após a administração com soro fisiológico ou glicose 5%.

Levetiracetam 100mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Anticonvulsivantes. Pirrolidinas.

Indicações: Crises convulsivas parciais (monoterapia ou terapêutica adjuvante).

Efeito terapêutico: Diminuição da incidência e da severidade das convulsões.

Contraindicações e precauções: Nipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: não aplicável.

Considerações de enfermagem: Recomenda-se uma diluição com solvente compatível (por exemplo soro fisiológico) para a obtenção de uma concentração final de 5mg/ml. Administração intravenosa em perfusão de 15 minutos. Não deve ser misturado com outros medicamentos. Do ponto de vista microbiológico, deve ser administrado após a diluição.

Amoxicilina+Ácido Clavulânico 400mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Antiinfeciosos. Aminopenicilinas; inibidores das betalactamases.

Indicações: Tratamento de infecções do trato respiratório.

Efeito terapêutico: Ação bactericida.

Contraindicações e precauções: hipersensibilidade às penicilinas e ao ácido clavulânico.

Reações adversas e efeitos laterais: reações alérgicas (erupção cutânea, vasculite, febre e angioedema); inflamação do intestino grosso.

Considerações de enfermagem: A Amoxicilina+Ácido Clavulânico de 500mg deve ser reconstituída em 10ml de água para preparações injetáveis, e deve ser administrada de imediato, em bólus intravenoso lento de três a quatro minutos ou em perfusão de 30 a 40 minutos. Verificar antecedentes de alergias às penicilinas ou cefalosporinas. Vigiar sinais e sintomas de anafilaxia. Vigiar padrão intestinal.

Paracetamol 150mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Antipiréticos; analgésicos não opiáceos.

Indicações: Tratamento da febre.

Efeito terapêutico: Antipirético.

Contraindicações e precauções: hipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: Insuficiência hepática e hepatotoxicidade (sobredosagem).

Considerações de enfermagem: Administração intravenosa por perfusão entre 15 a 30 minutos. Monitorizar a temperatura corporal. Antídoto - acetilcisteína.

Metamizol Magnésico 100mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Analgésicos; antipiréticos.

Indicações: Febre alta, que não responde a outras terapêuticas antipiréticas.

Efeito terapêutico: Antipirético.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: Hipotensão.

Considerações de enfermagem: Administração intravenosa em bólus lento. Pode ser diluído em soro fisiológico ou glicose 5% (administrar imediatamente após diluição).

Midazolam 2mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Ansiolíticos, sedativos, hipnóticos. Benzodiazepinas.

Indicações: Sedação.

Efeito terapêutico: Sedação a curto prazo. Atua em vários níveis do sistema nervoso central, produzindo depressão generalizada.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade; Choque. O tratamento prolongado pode originar dependência física. Recomenda-se a diminuição gradual da dose. Depressão aditiva com opiáceos e outros sedativos/hipnóticos.

Reações adversas e efeitos laterais: Hipotensão (comum quando associado a narcóticos e quando administrado rapidamente), mioclonias (perfusão contínua), flebite no local de administração intravenosa.

Considerações de enfermagem: Pode diluir-se em soro fisiológico ou glicose 5% para a obtenção de uma concentração final 1mg/ml. Administração intravenosa em bólus lento ou em perfusão contínua. Monitorização cardiorrespiratória. Administrações rápidas podem provocar hipotensão. Vigiar local de administração intravenosa (risco de flebite). Antídoto - flumazenil.

Morfina 2mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Analgésicos estupefacientes. Agonistas opiáceos.

Indicações: Analgesia. Sedação.

Efeito terapêutico: Diminuição da intensidade da dor. Depressão generalizada do sistema nervoso central.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade. Choque, insuficiência respiratória, hepática e renal. Depressão aditiva com outros sedativos/hipnóticos.

Reações adversas e efeitos laterais: Sedação, depressão respiratória, hipotensão, taquicardia, vômitos, íleo e atraso no esvaziamento gástrico, obstipação, tolerância e dependência.

Considerações de enfermagem: Administração intravenosa em bólus lento (diluída em soro fisiológico numa concentração de 1:1) ou em perfusão contínua. Estabilidade de 24 horas à temperatura ambiente após a diluição. Proteger da luz. Administrações rápidas podem levar aumento da depressão respiratória, hipotensão e colapso circulatório. Suspensão gradual após uso prolongado (risco de abstinência). Monitorização cardiorrespiratória. Monitorização da dor. Antídoto: Naloxona.

Rocurónio (Brometo) 1mg IV

Classificação farmacoterapêutica: Relaxantes musculares. Agentes de ação periférica.

Indicações: Anestesia. Relaxamento muscular. Facilitar a intubação endotraqueal e a ventilação mecânica.

Efeito terapêutico: Bloqueador neuromuscular não despolarizante de início rápido e de ação intermédia (curariforme). Os relaxantes de ação periférica (curarizantes) são fármacos que bloqueiam a transmissão da condução nervosa ao nível da junção neuromuscular. Pode ser usado para obter relaxamento muscular satisfatório durante a ventilação mecânica. O início do efeito clínico ocorre usualmente dentro de dois minutos, com duração entre vinte minutos até duas horas.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: Reações anafiláticas; reação/dor no local de administração (extravasamento pode causar irritação tecidular), taquicardia, hipotensão.

Considerações de enfermagem: Conservação no frigorífico e protegido da luz. Administração intravenosa em bólus (diluído em soro fisiológico, glucose 5%, água para preparação de injetáveis, numa concentração nominal de 0,5 a 2 mg/ml) ou em perfusão contínua. Estabilidade após a diluição de 24h à temperatura ambiente. Não deve ser misturado a outros medicamentos. Deve ser acompanhada de analgesia e sedação eficazes. Provoca relaxamento dos músculos respiratórios (pelo que deve manter-se a ventilação mecânica). Monitorização cardiorrespiratória. Lubrificação ocular (risco de lesão da córnea). Antídoto: Neostigmina.

Hidrato de Cloral 500mg PO

Classificação farmacoterapêutica: Sedativos e hipnóticos.

Indicações: Sedativo de ação curta e hipnótico (a eficácia diminui após 2 semanas de uso).

Efeito terapêutico: Propriedades depressoras do sistema nervoso central. Sedação ou indução do sono.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade. Coma ou depressão preexistente do sistema nervoso central. Depressão aditiva com outros depressores do SNC.

Reações adversas e efeitos laterais: Sedação excessiva, diarreia, tolerância.

Considerações de enfermagem: Suspensão oral 10% (100mg/ml). Proteger da luz e conservar no frigorífico. A administração deve ser feita, preferencialmente, com a alimentação, para minimizar a irritação gástrica. Monitorizar o nível de consciência e de sedação. Doses repetidas devem ser usadas com maior precaução, devido ao efeito cumulativo do fármaco e dos metabolitos, podendo causar toxicidade. A interrupção abrupta, após 2 semanas ou mais de terapêutica, pode provocar excitabilidade do sistema nervoso central.

Salbutamol Suspensão Pressurizada 200mcg Inalatório

Classificação farmacoterapêutica: Broncodilatadores. Agonistas adrenérgicos beta.

Indicações: Controlo e prevenção da obstrução reversível das vias respiratórias. Alívio rápido do broncospasmo agudo.

Efeito terapêutico: Broncodilatação.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade. Doença cardíaca e hipertensão.

Reações adversas e efeitos laterais: aumento da frequência cardíaca, arritmias, hipertensão, trémulos, hipocaliemia, hiperglicemia.

Considerações de enfermagem: Administração inalatória. Agitar o fármaco antes da administração, e aguardar pelo menos um minuto entre as administrações, e cinco minutos se administração de outro fármaco inalatório.

Brometo de Ipratrópio Suspensão Pressurizada 40mcg Inalatório

Classificação farmacoterapêutica: Broncodilatadores. Anticolinérgicos.

Indicações: Tratamento adjuvante na manutenção do broncospasmo.

Efeito terapêutico: Broncodilatação, sem propriedades anticolinérgicas sistémicas (a broncodilatação que se observa após a inalação é sobretudo local e específica a nível do pulmão e não de natureza sistémica).

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: Não aplicável.

Considerações de enfermagem: Administração inalatória. Agitar o fármaco antes da administração, e aguardar pelo menos um minuto entre as administrações, e cinco minutos se

administração de outro fármaco inalatório.

Perfusões intravenosas contínuas

----» **Fluidoterapia** (manutenção hidroeletrólítica e da glucose)

Polieletrólítico com glucose 249ml+KCl 7,45% 5ml+Fosfato Monopotássico 10mmol IV (perfusão contínua a 11ml/h)

----» **Sedoanalgesia** (controle da dor, adaptação à ventilação mecânica):

Midazolam 96mg em Soro Fisiológico 30,8ml IV (perfusão contínua a 3ml/h)

Fentanil 960mcg em Soro Fisiológico 30,8ml IV (perfusão contínua a 3ml/h)

Fentanilo

Classificação farmacoterapêutica: Analgésicos estupefacientes. Agonistas opiáceos.

Indicações: Anestesia geral como agente analgésico em situações de intubação endotraqueal e ventilação mecânica.

Efeito terapêutico: Analgesia. Sedação. Anestesia.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade; hipotensão; hipovolémia. Depressão respiratória e do sistema nervoso central aditiva com outros depressores, sedativos/hipnóticos e opiáceos. Aumento do risco de hipotensão com as benzodiazepinas.

Reações adversas e efeitos laterais: Depressão respiratória, rigidez muscular esquelética e torácica, laringoespasma, retenção urinária (perfusão contínua), tolerância e síndrome de abstinência (uso prolongado). A administração intravenosa rápida pode causar rigidez muscular, principalmente ao nível dos músculos torácicos (neste caso, administrar bloqueantes neuromusculares para facilitar a respiração).

Considerações de enfermagem: Administração intravenosa em bólus lento ou perfusão contínua, com ou sem diluição. Pode ser diluído em soro fisiológico ou glucose 5%. Estabilidade de 24 horas à temperatura ambiente após diluição. O bólus lento diminui a incidência e a severidade de rigidez muscular, bradicardia ou hipotensão. Monitorização cardiorrespiratória. Monitorização da dor. Antagonista: Naloxona (usar no caso de depressão respiratória).

Dexmedetomidina 200mcg em Soro Fisiológico 50ml IV (perfusão contínua a 0,5ml/h)

Dexmedetomidina

Classificação farmacoterapêutica: Antipsicóticos, outros hipnóticos e sedativos.

Indicações: Indução de sedação (estado de calma, sonolência ou sono).

Efeito terapêutico: Sedação (não profunda).

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade; hipotensão não controlada. É provável que a administração concomitante de dexmedetomidina com anestésicos, sedativos, hipnóticos e opioides leve a uma potenciação dos efeitos, incluindo efeitos sedativos, anestésicos e cardiorrespiratórios.

Reações adversas e efeitos laterais: Hipotensão, hipertensão, depressão respiratória e bradicardia; hiperglicemia e hipoglicemia; agitação; síndrome de abstinência Diminuição da frequência cardíaca e da tensão arterial devido a ação sobre o sistema simpático central, mas em concentrações superiores provoca vasoconstrição periférica que origina hipertensão. Pode induzir a hipertermia a qual pode ser resistente aos métodos de arrefecimento tradicionais. Tem sido notificada diabetes insípida e poliúria associada ao tratamento com dexmedetomidina. Considerar suspensão do fármaco nestas situações.

Considerações de enfermagem: Administração intravenosa apenas em perfusão contínua controlada. Não deve ser administrado em dose de bólus ou de carga (se necessário, para o controlo agudo da agitação ou durante as intervenções, usar outro sedativo,). A diluição pode ser feita com soro fisiológico ou glucose 5%, numa concentração de 4 a 8mcg/ml. Estabilidade após diluição de 24 horas à temperatura ambiente. Compatível com os seguintes fármacos: brometo de vecurónio, brometo de rocurónio, dopamina, noradrenalina, dobutamina, midazolam, sulfato de morfina, citrato de fentanil. Monitorização cardiorrespiratória. Monitorização da dor.

----» **Manutenção da tensão arterial:**

Noradrenalina 15 mg em Soro Fisiológico 50ml IV (perfusão contínua a 0,1ml/h)

Noradrenalina

Classificação farmacoterapêutica: Simpaticomiméticos.

Indicações: Hipotensão aguda.

Efeito terapêutico: Vasopressor (restauração da pressão arterial). Causa vasoconstrição generalizada, exceto nos vasos coronários, que dilata indiretamente aumentando o consumo de oxigénio, resultando num aumento na força (e na ausência da inibição vagal) e na velocidade de contração miocárdica. A resistência periférica aumenta, provocando elevação das tensões diastólica e sistólica.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilbidade. A utilização prolongada de qualquer vasodilatador potente pode resultar na depleção do volume plasmático, que deve ser continuamente corrigido pela terapêutica apropriada de substituição com água e eletrólitos. Se os volumes plasmáticos não forem corrigidos, pode ocorrer hipotensão quando a perfusão é interrompida, ou a pressão sanguínea poderá ser mantida com o risco de vasoconstrição periférica e visceral grave com diminuição no fluxo sanguíneo.

Reações adversas e efeitos laterais: tremores, taquicardia, bradicardia (reflexa ao aumento tensional), arritmias, aumento da contractilidade cardíaca (inotrópico e cronotrópico), hipertensão e hipoxia tecidual, lesão isquêmica devido à ação potente vasoconstritora que pode resultar em palidez dos membros e da face.

Considerações de enfermagem: Administração intravenosa após diluição em perfusão controlada, preferencialmente por cateter venoso central. A diluição pode ser feita com glucose 5% ou soro fisiológico com glucose. Perfusão por cateter venoso periférico: o extravasamento pode causar necrose dos tecidos circundantes da veia. Devido à vasoconstrição da parede da veia com permeabilidade aumentada, pode haver algum fluxo da noradrenalina para os tecidos circundantes da veia alvo da perfusão, causando um branqueamento dos tecidos que não é devido a um extravasamento óbvio. Se o branqueamento ocorrer, deve considerar-se a mudança de local de perfusão para permitir que os efeitos da vasoconstrição local diminuam. Monitorização frequente da tensão arterial (a fim de evitar a hipertensão).

----» **Manutenção do cateter arterial** (monitorização invasiva contínua da tensão arterial):

Soro Fisiológico 72ml com Heparina Sódica (heparina não fracionada) 36UI IV (perfusão contínua a 3ml/h)

Alimentação entérica

Decnp oral (Fresubin original drink) 80ml Sonda gástrica

(suplemento nutricional com elevado teor calórico e proteico. Manutenção das necessidades nutricionais e energéticas).

(Deglin & Vallerand, 2009; Infarmed, 2006; Infarmed, s.d.)

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva

- 05-11-2023 14:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada por volume.
- 06-11-2023 14:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação com pressão de suporte.
- 05-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 40 %.
- 06-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 35 %.
- 05-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 90 ml.
- 05-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 35 cr/min.
- 06-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 40 cr/min.
- 05-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.
- 06-11-2023 14:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 5 cm H2O.

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva

- 05-11-2023 14:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [À admissão]*
- 05-11-2023 14:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h]*

05-11-2023 14:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais

- 05-11-2023 14:00 - Dar banho na cama [Turno 8h--14h]*
- 05-11-2023 14:00 - Lavar cavidade oral [Em cada turno]*
- 05-11-2023 14:00 - Arranjar o cliente [Em cada turno]*
- 05-11-2023 14:00 - Alimentar através de sonda gástrica [6/6h e SOS]*

Sondas, Drenos e Cateteres

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Sonda gástrica

- 05-11-2023 14:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.
- 06-11-2023 14:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.
- 05-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Ch 10.
- 06-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Ch10.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da administração pela sonda

- 05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [6h-12h-18h-24h]*

05-11-2023 14:00 - Assegurar funcionamento da sonda

- 05-11-2023 14:00 - Otimizar sonda gástrica [Em cada turno]*

05-11-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

- 05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [Antes da alimentação por sonda e SOS]*

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

05-11-2023 14:00 - Trocar sonda gástrica [7/7 dias]

05-11-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica
[Turno 8h-14h e SOS]

05-11-2023 14:00 - Tubo endotraqueal

05-11-2023 14:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

05-11-2023 14:00 - Cavidade oral: 14.00 cm.

06-11-2023 14:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

06-11-2023 14:00 - Cavidade oral: 14.00 cm.

05-11-2023 14:00 - Presença de cuff

05-11-2023 14:00 - Traqueia: Com cuff.

05-11-2023 14:00 - Pressão do cuff: 30 cmH2O.

06-11-2023 14:00 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

05-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: tubo orotraqueal nº4.

06-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Tubo orotraqueal nº 4.

05-11-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal

05-11-2023 14:00 - Otimizar tubo endotraqueal [SOS]

05-11-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal
[Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal

05-11-2023 14:00 - Manter cuff insuflado [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Gerir a pressão do cuff [Em cada Turno]

05-11-2023 14:00 - Insuflar cuff [SOS]

05-11-2023 14:00 - Cateter urinário

05-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Folley, cH 8.

05-11-2023 14:00 - Quantidade de urina: 120 ml.

06-11-2023 14:00 - Quantidade de urina: 150 ml.

05-11-2023 14:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

06-11-2023 14:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

05-11-2023 14:00 - Transparência da urina: Límpida.

06-11-2023 14:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

06-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Folley Ch8.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [3/3h]

05-11-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

05-11-2023 14:00 - Otimizar cateter urinário [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

05-11-2023 14:00 - Remover cateter urinário [SOS]

05-11-2023 14:00 - Cateter venoso periférico

05-11-2023 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

05-11-2023 14:00 - Pé Direita(o)

05-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: 24G.

06-11-2023 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

06-11-2023 14:00 - Pé Direita(o)

06-11-2023 14:00 - Ausência de infiltração.

06-11-2023 14:00 - Ausência de rubor.

06-11-2023 14:00 - Ausência de tumefação.

06-11-2023 14:00 - Ausência de exsudado.

06-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: 24G.

05-11-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

05-11-2023 14:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

05-11-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

05-11-2023 14:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

05-11-2023 14:00 - Cateter central

05-11-2023 14:00 - Localização do cateter central

05-11-2023 14:00 - Veia femoral Esquerda(o)

05-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Venoso, duplo lúmen.

06-11-2023 14:00 - Localização do cateter central

06-11-2023 14:00 - Veia femoral Esquerda(o)

06-11-2023 14:00 - Ausência de rubor.

06-11-2023 14:00 - Ausência de tumefação.

06-11-2023 14:00 - Ausência de exsudado.

06-11-2023 14:00 - Características do dispositivo: Venoso; FR 5; duplo lúmen.

05-11-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

05-11-2023 14:00 - Otimizar cateter central [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

05-11-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [7/7 dias]

05-11-2023 14:00 - Cateter arterial

05-11-2023 14:00 - Localização do cateter arterial

05-11-2023 14:00 - Membro superior Esquerda(o)

06-11-2023 14:00 - Localização do cateter arterial

06-11-2023 14:00 - Membro superior Esquerda(o)

05-11-2023 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

05-11-2023 14:00 - Otimizar cateter arterial [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter arterial

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter arterial [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

05-11-2023 14:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter arterial

05-11-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial [7/7 dias]

4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Ventilação invasiva e Tubo endotraqueal

A ventilação mecânica é um método de suporte (não curativo), quando se verifica alterações da função respiratória, em que as trocas gasosas e o fornecimento do oxigénio para a perfusão tecidual está comprometida. Consiste num método invasivo, que exige a manutenção de um acesso direto à traqueia, por entubação traqueal (naso ou orofaríngea) ou por traqueostomia (Lima, 2020). O avanço tecnológico permitiu melhorias na ventilação artificial, facto que permitiu a redução de ocorrências de complicações relacionadas com a ventilação mecânica e aperfeiçoou a assistência ventilatória, sendo a doença grave do parênquima pulmonar (por exemplo, pneumonia) uma das indicações da mesma, e que deve ser utilizada de acordo com a doença de base, a idade e o peso, a fim de se promover melhor oxigenação celular e redução do trabalho respiratório (Júnior et al., 2014). O cuidado assistencial na criança submetida a ventilação mecânica implica um local adequado (Serviço de Cuidados Intensivos) e acompanhamento por parte de uma equipa multiprofissional experiente e diferenciada. Esta atitude terapêutica necessita, por norma, de sedação profunda da criança (coma induzido), obtida com o recurso a fármacos de diversos grupos farmacológicos, que incluem sedativos (benzodiazepinas); analgésicos opióides e bloqueadores neuromusculares (curarizantes). Como qualquer procedimento invasivo, podem existir potenciais complicações, agrupando-se em complicações resultantes da entubação (lesões traumáticas); resultantes da ventilação (pneumotórax, infeção) e resultantes da imobilização (úlceras de pressão). O desmame ventilatório e a extubação devem basear-se em critérios específicos de cada unidade e atender

às características individuais de cada cliente (Lima, 2020). Um dos modos ventilatórios mais frequentes em contexto pediátrico é a ventilação controlada (volume ou pressão), onde os ciclos são disparados a tempo e o ventilador não responde aos esforços inspiratórios do paciente, pelo que esta opção deve ser reservada nas crianças sob anestesia geral (em apneia) (Júnior et al., 2014).

A ventilação mecânica requer da parte da equipa de enfermagem o conhecimento relacionado com os ventiladores e a assistência ventilatória, bem como um conjunto de intervenções direcionadas, que garantam a sua otimização, manutenção, e a prevenção de complicações. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil deve assegurar o cuidado à criança/família em situação de especial complexidade, mobilizando os recursos adequados e implementar cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). No âmbito do cuidado à criança em ventilação mecânica numa unidade intensiva, tais cuidados categorizam-se em cuidados relacionados com o tubo endotraqueal (fixação e pressão do cuff); cuidados relacionados com o ventilador e o circuito (alarmes e troca de circuito); cuidados relacionados com a prevenção da broncoaspiração (elevação da cabeceira da cama a 30º e 45º); cuidados relacionados com o controlo de infeção (higienização das mãos; uso de equipamento individual de proteção e técnica asséptica, durante a aspiração; e higiene oral com clorexidina a 0,12%); e cuidados relacionados à sedação e analgesia (avaliação da dor e da sedação) (Melo, et al., 2014; Santos, et al., 2020).

Sonda gástrica

A entubação gástrica permite o aporte nutricional e energético do cliente através da alimentação enteral. Uma das indicações para a alimentação enteral é o cliente sob ventilação mecânica, de forma a garantir as necessidades proteico-calóricas e prevenir a desnutrição (Fernandes et al., 2013). Perante a indicação de nutrição artificial (que deve ser iniciada o mais precocemente possível), e nas situações que a função gastrointestinal não está comprometida, a via entérica deve ser a elegível, dado à sua eficácia, simplicidade, segurança e efeito trófico sobre a mucosa intestinal, permitindo a manutenção da integridade estrutural e funcional do maior órgão imunológico do corpo humano. A verificação da correta localização da sonda após a colocação é importante, a fim de evitar complicações como vómitos e broncoaspiração, e faz-se através da aspiração do conteúdo gástrico, avaliação do pH ou radiografia simples (Estevão-Costa, 2014; Viana et al., 2017).

Cateter urinário

A algaliação é um procedimento de enfermagem que consiste na introdução de um cateter através do meato urinário até à bexiga. Esta técnica de enfermagem tem em vista a manutenção das funções vitais do cliente, nomeadamente a eliminação (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996, p. 2960). Este procedimento, possibilita a avaliação das características da urina e o controlo rigoroso do débito urinário, essencial para a determinação do

balanço hídrico, e na avaliação e manutenção da abordagem terapêutica. A cateterização vesical está associada a um conjunto de potenciais complicações como a hematúria traumática, a retenção urinária pós-desalgaliação e as infeções urinárias associadas ao cateter vesical (Brigas et al., 2020). Neste sentido, uma vez que a infeção urinária é uma das mais frequentes infeções hospitalares e evento adverso associado ao uso do cateter vesical, a DGS (2022b) definiu um conjunto de intervenções para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, com aplicabilidade à população pediátrica em contexto hospitalar, e que incluem: técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem; técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem; realizar a higiene diária do meato urinário; manter o cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga (sem tocar no chão) e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade; avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível.

Cateter venoso periférico

O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento de enfermagem, que consiste na introdução de um cateter numa veia periférica, de forma a ser possível o acesso à rede venosa, para terapias de curta duração, administração de fármacos, nutrição parenteral, colheitas sanguíneas e reposição de hemoderivados, sendo a primeira escolha em situações de emergência. Pelo facto de ser um procedimento complexo, implica um conjunto de cuidados específicos que englobam desde a escolha do cateter, à manutenção, ao tipo de penso a utilizar e à prevenção de complicações (pelo facto de ser um procedimento invasivo). Ao contrário do que é preconizado para os adultos, a orientação para a substituição do cateter em contexto pediátrico deve estar sujeita a indicações clínicas específicas e não por rotina. As complicações decorrentes da cateterização venosa periférica incluem manifestações locais e sistémicas e incluem a oclusão do cateter; a remoção acidental e dor (designadas *minor*); a flebite; a infiltração; a infeção; o extravasamento (consideradas complicações maiores). Neste sentido, é essencial a observação e monitorização para a deteção de eventuais alterações do local de inserção do cateter, e despiste de potenciais complicações (Parecer n.º 06/2017 da Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Cateter venoso central

A cateterização de uma veia central na abordagem à criança internada em Cuidados intensivos é essencial. O cateter venoso central é um cateter intravascular cuja extremidade se localiza perto do coração ou de um vaso de grande calibre (por exemplo veia jugular), e cuja utilidade é a monitorização hemodinâmica invasiva, a administração de fluidoterapia, fármacos, hemoderivados, nutrição parentérica, entre outros. Como qualquer procedimento invasivo, apresenta risco de complicações, um dos quais a infeção da corrente sanguínea associada ao cateter, e considerada um tipo de infeção associada a cuidados de saúde (Correia et al., 2019). Neste sentido, os cuidados de enfermagem relacionados com o cateter são fundamentais para

uma prática de qualidade, como implementação do "Feixe de intervenções" para a prevenção da Infecção relacionada com o cateter vascular central, no momento de colocação e na sua manutenção (DGS, 2022c). Este procedimento incluiu intervenções relacionadas com o momento de colocação do cateter como higienização das mãos, a utilização de barreira de proteção máxima, a antissepsia da pele com clorexidina a 2%; bem como intervenções relacionadas com a manutenção, e que incluem, a higienização das mãos, a desinfecção dos pontos de acesso com antisséptico (clorexidina a 2% ou álcool a 70º) e utilização de técnica asséptica na realização do penso. A troca do penso deve realizar-se sempre que visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; de 2/2 dias nos pensos com compressa; e de 7/7 dias nos pensos transparentes.

Cateter arterial

O processo de avaliação à criança internada em Cuidados Intensivos inclui a monitorização hemodinâmica e de análises laboratoriais. A monitorização invasiva do sistema arterial, através de um cateter arterial permite a colheita de sangue para estudos analíticos, por exemplo gasometria, mas também para a avaliação hemodinâmica do cliente através da monitorização contínua e invasiva da tensão arterial, sendo possível desta forma, avaliar a função cardíaca, o volume circulante e a resposta ao tratamento. Como procedimento invasivo, existe o risco de complicações, como por exemplo a hemorragia, a embolia gasosa, e a lesão dos tecidos ou compromisso vascular decorrente da presença do cateter ou posicionamento incorreto. Desta forma, para além do conhecimento exigido ao enfermeiro relacionado com o equipamento, a calibração e a acurácia na interpretação das ondas de pressão registadas no monitor, os cuidados de enfermagem relacionados com a manutenção do cateter são fundamentais, para a sua otimização e para o despiste das complicações já referidas (Azeredo & Oliveira, 2013).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-11-2023 14:00	Sensações somáticas	
05-11-2023 14:00	Sistema respiratório	
05-11-2023 14:00	Sistema cardiovascular	
05-11-2023 14:00	Eliminação intestinal	
05-11-2023 14:00	Eliminação urinária	
05-11-2023 14:00	Pele e mucosas	
05-11-2023 14:00	Metabolismo	
05-11-2023 14:00	Termorregulação	
05-11-2023 14:00	Volume de líquidos	
05-11-2023 14:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
05-11-2023 14:00	Desenvolvimento físico	
05-11-2023 14:00	Lactente	

Início	Domínios	Fim
05-11-2023 14:00	Atitudes terapêuticas	
05-11-2023 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
05-11-2023 14:00	Virar-se	
05-11-2023 14:00	Condução elétrica cerebral	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

SISTEMA RESPIRATÓRIO/ SISTEMA CARDIOVASCULAR/ TERMORREGULAÇÃO

A avaliação das funções respiratória e cardiovascular, e da temperatura, estão integradas na monitorização dos sinais vitais do João, o que permitirá a deteção de alterações e a intervenção precoce. É competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, e prestar cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Relativamente aos sinais vitais no lactente, estes variam com a idade e o peso. As frequências respiratórias e cardíacas são mais elevadas que no adulto, e os ritmos de pulsação são irregulares devido à imaturidade do sistema vascular. A taxa metabólica também é mais elevada, pelo que o lactente apresenta valores de temperatura corporal mais elevados que o adulto.

SENSAÇÕES SOMÁTICAS

A dor é reconhecida como o 5º sinal vital e o seu reconhecimento e tratamento consignados como um direito fundamental da criança hospitalizada (DGS, 2003; IAC, 2017). Premissa nos cuidados em contexto pediátrico, assente na filosofia de cuidados atraumáticos, a gestão da dor é considerada uma boa prática do enfermeiro e um padrão de qualidade institucional (DGS, 2010; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). A escolha de um instrumento adequado, quer à idade da criança quer à condição clínica, é essencial para a sistematização da avaliação da dor, como também para a otimização do seu tratamento. Uma vez que o cliente deste cenário é um lactente, mas também pela condição clínica, não apresenta capacidade para verbalizar a sua dor, pelo que deve optar-se pelo recurso a uma escala de heteroavaliação (Batalha, 2010). Acresce também o facto do João estar sujeito a ventilação mecânica, e por consequência, sob o efeito de fármacos sedativos, o que constitui mais um desafio para o reconhecimento da dor. Assim, a avaliação da dor do João realizou-se com recurso à Escala COMFORT- Behavior (COMFORT-B). Este instrumento permite de forma válida e viável, avaliar a dor em crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos de idade, com incapacidade de autorrelato e sob cuidados intensivos, submetidas a ventilação mecânica ou não. A escala é composta por seis categorias, pontuadas de um a cinco, fazendo de seis a pontuação mais baixa (sem dor) e trinta a pontuação máxima (pior dor), necessitando

de um tempo mínimo de observação da criança de dois minutos para a sua implementação (Borges, 2014). Esta escala é também adequada para avaliação da sedação e analgesia (Amoretti et al., 2008). Os fármacos opiáceos são os analgésicos de eleição para a gestão da dor do cliente desta conceção de cuidados, em perfusão contínua e em bólus, garantindo-se desta forma a gestão diferenciada da dor através da implementação de medidas farmacológicas. Esta gestão deve basear-se na avaliação sistemática da dor através de escala adequada, e no conhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica dos analgésicos. A administração em horários fixos é preferível, em vez do tradicional ad hoc, de forma a evitar as flutuações nas concentrações plasmáticas dos fármacos (Batalha, 2010).

ELIMINAÇÃO INTESTINAL

A avaliação do padrão intestinal e das características das fezes permite detetar alterações e intervir precocemente. Acresce o facto do João se encontrar em coma induzido e com perfusão contínua de morfina, aspetos que potenciam o risco de alteração do padrão intestinal, como por exemplo, obstipação.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA

A monitorização do débito urinário e das características da urina (conseguidas através da algaliação do cliente) é fundamental para detetar alterações e desequilíbrios hidroeletrólíticos, (como oligúria ou anúria), e intervir precocemente. A maturidade completa dos rins ocorre por volta dos dois anos. Esta imaturidade das estruturas renais, e a capacidade de filtração reduzida dos glomérulos predispões o lactente à desidratação (Hockenberry et al., 2019).

PELE E MUCOSAS

A avaliação da pele, como parte integrante do sistema tegumentar, permite detetar alterações, como as que estão relacionadas com os sinais de hiperhidratação ou desidratação (devido à doença) e alteração da integridade cutânea (devido ao tratamento), e desta forma intervir precocemente. Pela sedoanalgesia, o cliente deste cenário apresenta diminuição da consciência e conseqüentemente, ausência de mobilidade espontânea. Tal facto condiciona um risco aumentado de alteração da integridade cutânea, nomeadamente, o desenvolvimento de úlceras de pressão. Estas constituem um problema de saúde pública importante e um indicador de qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, a DGS (2011) preconiza a Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão em idade pediátrica, através de instrumento de avaliação adequado, designadamente a Escala de Braden: Versão Pediátrica (Braden Q), aquando da admissão da criança no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, e a cada 24 horas, de forma a ser possível a identificação do risco, e a implementação de medidas específicas e adequadas à prevenção de úlceras de pressão.

METABOLISMO

O metabolismo pode ser definido como o “conjunto de processos corporais: somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, produção de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais relacionadas com a distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, atividade hormonal ou digestão” (International Council of Nurses, 2019). O lactente apresenta uma taxa metabólica aumentada. A determinação da glicemia permite despistar situações de hipoglicemia ou hiperglicemia, e adequar as necessidades metabólicas, através da alteração da soroterapia intravenosa e da nutrição enteral (Hockenberry et al., 2019).

VOLUME DE LÍQUIDOS

A alta proporção do líquido extracelular (plasma, líquido intersticial e linfa) predispõe o lactente a uma perda mais rápida do total de líquido corporal e, conseqüentemente à desidratação (Hockenberry et al., 2019). A determinação do balanço hídrico (com a monitorização das entradas e saídas) e a avaliação do grau de hidratação da criança, permite despistar sinais de desidratação ou hiperhidratação e sobrecarga hídrica, possibilitando a implementação de medidas corretivas.

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO

A ligação entre mãe/filho pode ser definida como o “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (International Council of Nurses, 2019). Esta relação é construída desde o nascimento no contexto de interações entre a criança e a figura de vinculação (normalmente a mãe), que funciona como base segura. Quando o sistema de vinculação é ativado devido às necessidades sentidas pela criança, vai despertar o sistema de prestação de cuidados do cuidador, que irá ao encontro das necessidades da criança e, nesta perspetiva, a investigação tem apontado a qualidade dos cuidados parentais como a variável mais importante para o desenvolvimento infantil (Cardoso & Veríssimo, 2013). A hospitalização da criança constitui um momento de grande carga emocional para os pais, que vêem o seu papel “ameaçado” pelo ambiente tecnológico, o plano terapêutico e os cuidados múltiplos e diferenciados prestados e que são característicos do Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos. Isto poderá interferir nos processos afetivos como também na adaptação dos pais à sua função de papel de prestadores de cuidados ao filho. Desta forma, é fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica englobe os pais como alvo dos cuidados, de forma a envolvê-los nos cuidados e implementar um plano promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

A monitorização do peso corporal constitui um dos parâmetros da avaliação do crescimento

(DGS, 2013). A determinação do peso é fundamental para a abordagem intensiva neste cenário, que inclui a fluidoterapia; a terapêutica farmacológica; a assistência ventilatória invasiva; assim como a vigilância da função renal (débito urinário), e as quais integram o plano terapêutico do João.

LACTENTE

Período desenvolvimental onde se enquadra o cliente desta conceção de cuidados. Por lactente designa-se a pessoa com uma idade igual ou superior a 28 dias e inferior a um ano (Herdman & Kamitsuru, 2018). No que diz respeito a algumas particularidades, relacionadas com os sinais vitais no lactente, estes variam com a idade e o peso. As frequências respiratória e cardíaca são mais elevadas que no adulto, e os ritmos de pulsação são irregulares devido à imaturidade do sistema vascular. A tensão arterial, pelo contrário, é mais baixa, devido à diminuição da força de contração cardíaca. A taxa metabólica também é mais elevada, pelo que o lactente apresenta valores de temperatura corporal mais elevados que o adulto (Hockenberry et al., 2019).

VIRAR-SE

Virar é um foco da prática que se define como “mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás” (International Council of Nurses, 2019). O bem-estar e o autocuidado constituem um dos focos da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Tendo como alvo o conforto, a prevenção de lesões da pele (nomeadamente úlceras de pressão), e a otimização da ventilação, compete ao enfermeiro o posicionamento adequado, de forma a evitar complicações relacionadas com a impossibilidade do João se mobilizar. Está intrínseco à área autónoma do enfermeiro na dimensão da prestação de cuidados, substituir a competência funcional do cliente quando este está totalmente incapacitado, tendo em vista, nesta situação, a manutenção da integridade cutânea e a mobilidade (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

CONDUÇÃO ELÉTRICA CEREBRAL

O sistema nervoso é constituído por três estruturas: o sistema nervoso central (dois hemisférios, tronco cerebral, cerebelo e espinal medula); o sistema nervoso periférico (pares craneanos e nervos espinais) e o sistema nervoso autónomo (sistema simpático e parassimpático, responsáveis pelo controlo automático das funções vitais). O crescimento cerebral está dependente da multiplicação neuronal, com o aumento do número e da complexidade das comunicações, isto porque nenhuma célula nervosa surge após o sexto mês de gestação. Com o avanço do desenvolvimento e maturação cerebral, a criança passa a executar tarefas progressivamente mais complexas e coordenadas, em detrimento da atividade reflexa e primária. As necessidades metabólicas de oxigénio pelo cérebro são alteradas pelas mudanças de temperatura; a hipertermia aumenta o consumo de oxigénio pelo cérebro e a hipotermia diminui as necessidades (Hockenberry et al., 2019). A crise convulsiva traduz uma atividade

neurológica exacerbada, manifestada por sinais e sintomas clínicos transitórios. A convulsão febril está associada a um episódio febril, ao contrário da epilepsia que é caracterizada por crises afebris recorrentes (Fonseca & Benavides, 2022).

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Sem manifestação de dor.

05-11-2023 14:00 - Determinar sinais de dor

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [8/8h e em SOS]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Condução elétrica cerebral

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Convulsão

05-11-2023 14:00 - Determinar crise convulsiva

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da convulsão [SOS]

05-11-2023 14:00 - Referenciar convulsão ao médico [SOS]

05-11-2023 14:00 - Prevenir acidentes

05-11-2023 14:00 - Aplicar tubo de Guedel [SOS]

05-11-2023 14:00 - Aplicar proteção da cabeça durante a convulsão [SOS]

Sistema respiratório

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Frequência respiratória: 35 ciclos/min.

05-11-2023 14:00 - Ritmo respiratório regular.

05-11-2023 14:00 - Saturação do oxigénio no sangue

05-11-2023 14:00 - Periférico(a): 96 %.

05-11-2023 14:00 - Coloração da mucosa: rosada.

05-11-2023 14:00 - Reflexo da tosse: ausente.

05-11-2023 14:00 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.

05-11-2023 14:00 - Secreções em grande quantidade.

05-11-2023 14:00 - Secreções viscosas.

05-11-2023 14:00 - Secreções esbranquiçadas.

05-11-2023 14:00 - Limpeza da via aérea comprometida

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Melhorar limpeza da via aérea

05-11-2023 14:00 - Aspirar via aérea [3/3h]

05-11-2023 14:00 - Executar inaloterapia [6h-12h-18h-24h e 7h-15-23h]

06-11-2023 14:00

- 06-11-2023 14:00 - Frequência respiratória: 38 ciclos/min.
- 06-11-2023 14:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 06-11-2023 14:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 06-11-2023 14:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 06-11-2023 14:00 - Saturação do oxigênio no sangue
 - 06-11-2023 14:00 - Periférico(a): 98 %.
- 06-11-2023 14:00 - Coloração da mucosa: rosada.
- 06-11-2023 14:00 - Reflexo da tosse: ausente [MANTEVE].
- 06-11-2023 14:00 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores [MANTEVE].
- 06-11-2023 14:00 - Secreções em moderada quantidade.
- 06-11-2023 14:00 - Secreções fluídas [MELHOROU].
- 06-11-2023 14:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

05-11-2023 14:00

- 05-11-2023 14:00 - Localização do Pulso
 - 05-11-2023 14:00 - Pé Direita(o)
 - 05-11-2023 14:00 - Frequência do pulso: 115 pulsações por minuto.
 - 05-11-2023 14:00 - Pulso rítmico.
- 05-11-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 05-11-2023 14:00 - Artéria Central
 - 05-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 87 mmHg.
 - 05-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 49 mmHg.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Contínuo]

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Contínuo]

06-11-2023 14:00

- 06-11-2023 14:00 - Localização do Pulso
 - 06-11-2023 14:00 - Antebraço Esquerda(o)
 - 06-11-2023 14:00 - Frequência do pulso: 102 pulsações por minuto.
- 06-11-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 06-11-2023 14:00 - Artéria Central
 - 06-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 81 mmHg.
 - 06-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.
- 06-11-2023 14:00 - Temperatura das extremidades
 - 06-11-2023 14:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
- 06-11-2023 14:00 - Coloração das extremidades
 - 06-11-2023 14:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MELHOROU].

Eliminação intestinal

05-11-2023 14:00

- 05-11-2023 14:00 - Ausência de dejeções.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Em cada turno]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Ausência de dejeções [MANTEVE].

Eliminação urinária

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [3/3h]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Quantidade de urina: 155 ml.

Pele e mucosas

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [6/6h]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Glicemia capilar: 97 mg/dl.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da glicemia

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da glicemia [24/24h]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Glicemia capilar: 80 mg/dl.

Termorregulação

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica

05-11-2023 14:00 - Região axilar: 36.40 °C.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [3/3h]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica

06-11-2023 14:00 - Região axilar: 36.10 °C.

Volume de líquidos

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Turgor da pele normal.

05-11-2023 14:00 - Pele hidratada.

05-11-2023 14:00 - Peso: 10.00 Kg.

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].

06-11-2023 14:00 - Pele hidratada.

06-11-2023 14:00 - Peso: 10.00 Kg.

Virar-se

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Capaz de mudar de posição na cama

05-11-2023 14:00 - não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

05-11-2023 14:00 - Virar-se comprometido

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução do virar-se

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução do virar-se [Após extubação]

05-11-2023 14:00 - Assegurar atividades de virar-se

05-11-2023 14:00 - Prevenir úlcera de pressão

05-11-2023 14:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

05-11-2023 14:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

05-11-2023 14:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Em cada turno]

05-11-2023 14:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Em cada turno]

06-11-2023 14:00

06-11-2023 14:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

06-11-2023 14:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Lactente

05-11-2023 14:00

05-11-2023 14:00 - Lactente

05-11-2023 14:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

05-11-2023 14:00 - Alimentar cliente [6/6h]

05-11-2023 14:00 - Trocar fralda [SOS]

4.7. Especificação das intervenções

Alimentar cliente

- Administrar a nutrição enteral prescrita pela sonda nasogástrica

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar comportamentos de afetividade
- Observar procura de informação sobre o estado, a evolução clínica, e o plano terapêutico do João
- Determinar tempo de contacto com o João

Lavar cavidade oral

- Aplicar colutório

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Auscultar

Otimizar tubo endotraqueal

- Determinar posição do tubo endotraqueal
- Trocar adesivos de fixação
- Determinar pressão do cuff

Otimizar sonda gástrica

- Determinar posição da sonda (auscultação, aspiração de conteúdo/suco gástrico)
- Trocar adesivo de fixação

Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica

- Trocar adesivo de fixação
- Avaliar a integridade da pele

Otimizar cateter central

- Vigiar sinais de complicações
- Trocar adesivo de fixação
- Trocar perfusões

Executar tratamento ao local de inserção do cateter central

- Remover adesivo de fixação
- Avaliar sinais de complicações
- Desinfetar local de inserção com clorexidina a 2%
- Aplicar adesivo de fixação transparente e impermeável

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Remover adesivo de fixação
- Avaliar sinais de complicações
- Desinfetar local de inserção com clorexidina a 2%
- Aplicar adesivo transparente e impermeável

Otimizar cateter urinário

- Vigiar sinais de obstrução ou exteriorização
- Trocar adesivo e local de fixação

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar comportamentos de afetividade
- Observar procura de informação sobre o estado, a evolução clínica, e o plano terapêutico do João

Otimizar cateter arterial

- Vigiar sinais de complicações
- Trocar adesivo de fixação
- Trocar perfusão

Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial

- Remover adesivo de fixação
- Avaliar sinais de complicações
- Desinfetar local de inserção com clorexidina a 2%

- Aplicar adesivo de fixação transparente e impermeável

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central

- Observar sinais de infecção local ou obstrução

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Observar sinais de oclusão, exteriorização, flebite, infiltração, infecção ou extravasamento

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter arterial

- Observar sinais de compromisso vascular, lesão dos tecidos, hemorragia ou posicionamento incorreto

Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário

- Monitorizar débito urinário
- Determinar as características da urina

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a pele
- Determinar o grau de Risco de Úlcera de Pressão, através da Escala Braden-Q

Avaliar evolução de sinais de dor

- Monitorizar a dor através da escala COMFORT-B

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Determinar quantidade e características da urina

Gerir a pressão do cuff

- Aumentar ou diminuir a pressão do cuff (pressão alvo entre 25-35 cmH2O)

4.8. Síntese relativa ao caso

Esta síntese final inclui três aspetos: a justificação da escolha das intervenções na conceção de cuidados; os critérios de resultado face aos diagnósticos identificados; e a reflexão sobre os contributos do caso clínico para as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com uma análise crítica da prática perante o cenário apresentado.

Justificação da escolha das intervenções por tipologia

A atuação do enfermeiro configura um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes (ações de enfermagem que resultam de uma prescrição de outro profissional), que abrangem vários domínios. Assim, face ao planeado para esta conceção de cuidados:

As intervenções do tipo “*Avaliar a evolução*” são um tipo de ação que vão permitir determinar a evolução e os resultados das intervenções implementadas, contribuindo desta forma para a

evolução favorável da condição.

As intervenções no domínio do “*Executar*” são tipos de ação que vão permitir desempenhar uma ação técnica específica. Estas ações incluem as que estão relacionadas com o bem-estar e as atividades de vida do cliente, e a deteção precoce e prevenção de complicações, decorrentes da condição clínica e do tratamento instituído.

A intervenção do tipo “*Referenciar*” é um tipo de ação que vai permitir indicar ao médico acerca da ocorrência de convulsão ou de complicações relacionadas com dispositivos médicos e desta forma, intervir-se de forma adequada.

Critérios de resultado face aos diagnósticos identificados

Diagnóstico: Virar-se comprometido

Dado: O João não inicia o movimento de rodar o corpo na cama e não se posiciona.

Critérios de resultados:

1. Assegurar as atividades de virar-se.
2. Prevenir úlcera de pressão.
3. Determinar a evolução do virar-se.

Justificação: Pelo facto de apresentar diminuição da consciência, relacionada com a sedoanalgesia contínua, o João encontra-se incapacitado de se mobilizar e virar-se de forma autónoma. Por este motivo, de forma a garantir o conforto e a suplementação das atividades de vida humana e desta forma prevenir alterações da integridade da pele, é necessário posicionar o João.

Diagnóstico: Limpeza da via aérea comprometida

Dados: O João não apresenta reflexo de tosse e não mobiliza as secreções.

Critérios de resultados:

1. Melhorar a limpeza das vias aéreas
2. Determinar a evolução da limpeza da via aérea.

Justificação: Pelo facto de se encontrar submetido a ventilação mecânica, o que implica a indução do coma, o João apresenta os mecanismos de proteção da via aérea inibidos. Os mecanismos fisiopatológicos da pneumonia, também explicam a existência e a necessidade de aspiração de secreções (ao nível da via aérea superior e inferior), pelo próprio processo inflamatório e edema dos alvéolos, resultante da aspiração do conteúdo gástrico após o episódio convulsivo.

Reflexão sobre os contributos do caso clínico para as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde da pessoa e, ao longo do ciclo vital visam, entre outros, prevenir complicações, promover processos de readaptação e satisfazer as necessidades humanas básicas, muitas vezes através da sua suplementação, tendo em vista o bem-estar e o autocuidado do cliente, numa máxima de procura permanente de cuidados de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O cuidado em contexto pediátrico, tem como alvo dos cuidados o binómio indissociável criança e família. A parentalidade diz respeito a um conjunto de atividades e comportamentos que os pais têm de assumir e desenvolver, através da aquisição de um conjunto de competências parentais (pela incorporação de conhecimentos e habilidades), o que lhes vai permitir desempenhar com mestria o seu papel parental e, desta forma, garantir o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança (International Council of Nurses, 2019; Cardoso et al., 2015).

A hospitalização de um filho tem um forte impacto nos pais (e em toda a estrutura familiar), implicando um conjunto de adaptações e de ajustes emocionais que podem pôr em causa o seu papel. Tendo em conta que no hospital os pais querem (e devem) continuar a ser pais, o exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é diferenciador uma vez que, inseridos numa equipa multidisciplinar, assumem-se como “ativistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno; aumentando a confiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 14).

A hospitalização de uma criança Serviço de Cuidados Intensivos é geradora de grande stress, ansiedade e angústia nos pais, pelo ambiente tecnológico característico, mas também pelas incertezas relativas ao bem-estar, potencial de recuperação e impacto do evento no desenvolvimento futuro do filho, pelo que as necessidades emocionais dos pais devem ser valorizadas e atendidas. Os fatores stressores para os pais incluem o ambiente desconhecido, o ruído do equipamento; as pessoas desconhecidas; a atividade da equipa; a falta de privacidade; o conhecimento e compreensão inadequada da situação; e a privação de relações familiares e sociais; perante os quais o enfermeiro deve estar atento e ser sensível (Hockenberry et al., 2019). Perante este cenário em particular, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no planeamento dos cuidados assume duas abordagens essenciais: a que tem como foco os processos corporais e as necessidades humanas fundamentais do João; e o suporte dos pais no exercício da sua parentalidade.

Configurado como um direito da criança, deve ser permitido aos pais o acompanhamento do filho dia e noite; receber informação das regras e rotinas próprias do serviço, sobre a doença e

tratamentos do filho, de forma a poderem ser participantes ativos nas decisões relativas à criança (IAC, 2017). Os pais devem receber informação acerca do processo patológico; plano terapêutico e evolução clínica do João. A informação fornecida deve ser validada e clarificada (sempre que necessário), assumindo-se uma comunicação efetiva tendo em vista o suporte parental, dando-lhes desta forma um sentido de controlo da situação, diminuição das incertezas face ao processo adaptativo e aumentando a sua autoconfiança, o que lhes vai permitir a gestão emocional necessária para se reorganizarem perante a hospitalização da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Este evento desencadeou na mãe do João um conjunto de emoções, manifestada pela própria através da verbalização de ansiedade e preocupação aquando da monitorização da temperatura corporal do filho e na possibilidade do evento se voltar a repetir. Neste sentido, é fundamental a capacitação dos pais através do ensino sobre os aspetos relacionados com a febre (abordados no enquadramento teórico) de forma a contribuir para melhorar a sua autoeficácia, melhorar o desempenho parental e prevenir a repetição do evento. Estes ensinamentos devem estar incluídos na preparação para o regresso a casa do João, numa abordagem de cuidados antecipatórios da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (DGS, 2013; Direção-Geral da Saúde, 2018; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Considerou-se face a esta conceção de cuidados, aos dados recolhidos e ao contexto clínico do João, não ser o momento próprio para intervir em relação a este aspeto.

As intervenções de enfermagem num Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos estão inseridas numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar, configuradas no quadro normativo da profissão como interdependentes, identificadas nesta conceção de cuidados, como a linha de atuação primordial do enfermeiro e essencial para a sobrevivência, recuperação e a prevenção de complicações do cliente. Esta abordagem requer um conjunto de conhecimentos e rigor técnico e científico, que englobam os processos patológicos, o tratamento e a resposta ao mesmo (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste âmbito, realça-se a importância da maximização de conhecimentos, como por exemplo no âmbito da farmacologia, e a aquisição de destreza e perícia face a todo o equipamento tecnológico e monitorizações, tendo como foco a excelência dos cuidados.

Tendo como referencial as competências comuns para o Enfermeiro Especialista e específicas para o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), a atuação perante este cenário clínico permitiu o desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

- Implementa e gere um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1);
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns (E1.2);

- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais, e presta cuidados apropriados (E2.1);
- Faz a gestão diferenciada da dor da criança, otimizando as respostas (E2.2);
- Demonstra conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1);
- Comunica com a família de forma apropriada (E3.3);
- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal (A1.1);
- Promove a proteção dos direitos humanos (A2.1);
- Gere práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (A2.2);
- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (C1.1);
- Suporta a prática clínica em evidência científica (D2.2);
- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (D2.3).

Baseada na Ontologia de Enfermagem, a realização da conceção de cuidados para este cenário, permitiu representar o conhecimento de Enfermagem, e desta forma contribuir para a excelência dos cuidados. Uma vez que este cenário é relativo ao sexto e sétimo dias de internamento do João (sem alterações do estado) não foi possível inferir sobre os resultados das intervenções implementadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados, requisito essencial para avaliação da prática profissional e para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

5. LACTENTE INTERNADO NO INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO PEDIÁTRICO.

Lactente internado no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico a aguardar cirurgia corretiva por atresia esofágica.

5.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO:

O Nuno (nome fictício) é um lactente com 2 meses e 18 dias internado no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico por atresia esofágica e gastrostomia. O cenário desta conceção de cuidados diz respeito ao 80º e 81º dias de internamento (1ª e 2ª sessão, respetivamente), momento em que o Nuno se encontra em evolução ponderal para realização de cirurgia corretiva.

NOTA: Por lapso, na introdução dos dados na 1ª e 2ª sessão, foram definidas as datas de 29/12/2023 e 30/12/2023, em vez de 29/11/2023 e 30/11/2023, respetivamente.

O Nuno (nome fictício) é o segundo filho da Raquel (nome fictício). A gravidez da Raquel foi vigiada, com serologias negativas, e com internamento às 32 semanas de gestação por polihidrâminios e suspeita de atresia do esófago. O parto por cesariana eletiva ocorreu às 36 semanas e 6 dias. O Nuno nasceu hipotónico e bradicárdico, com um Índice de APGAR de 7/8/9 e necessidade de reanimação com um ciclo de ventilação por pressão positiva, com recuperação. Apresentou a seguinte somatometria ao nascimento: peso - 2370gramas; comprimento - 50cm; perímetro cefálico - 35cm. Sem dismorfias. Ânus perfurado. Após o nascimento, o Nuno foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por dificuldade respiratória com necessidade de ventilação não invasiva (CPAP) e suspeita de atresia do esófago. Durante este internamento foi confirmada atresia esofágica do tipo C de *gap* longo (sem fístula) e confeccionada uma gastrostomia percutânea (PEG) para alimentação entérica. Ao 37ºdia de vida, foi transferido para o Serviço de Pediatria para manutenção de cuidados e otimização da evolução ponderal, e onde permanece à data desta conceção de cuidados. Apresenta um desenvolvimento psicomotor adequado para a idade e o plano de vacinação atualizado. A mãe do Nuno permanece junto do filho ao longo das 24 horas, e presta os cuidados relacionados com as necessidades desenvolvimentais e especiais do filho de forma autónoma e com aceitação da situação. Verbaliza alguma ansiedade relacionada com a proximidade da cirurgia (que já foi adiada duas vezes) e esperança que o procedimento cirúrgico corra bem para que possa

regressar a casa e voltar a ter uma rotina normal. Em alguns dias da semana, é o pai que permanece junto do Nuno (também com autonomia total para os cuidados), para que a mãe tenha a possibilidade de estar com a filha mais velha e usufruir de períodos de descanso.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

A criança com atresia esofágica

A atresia esofágica é uma malformação congénita que consiste na interrupção da continuidade do esófago. Tem uma prevalência de cerca de um em cada 2500-4500 nados-vivos e associa-se em cerca de 90% dos casos a uma comunicação com a traqueia, através de uma fístula traqueoesofágica (Trocado et al., 2016). Do ponto de vista embrionário, a formação do esófago e da traqueia são simultâneas e têm origem na mesma camada endodérmica, o que explica a frequência da atresia do esófago associada a fístula traqueoesofágica (Tarrio, 2003). Com uma etiologia desconhecida, a incidência parece ser ligeiramente maior no sexo masculino, o peso ao nascimento é significativamente mais baixo do que a média, e existe um risco acrescido de prematuridade. A classificação de Gross é a universalmente aceite, e define cinco tipos de anomalias esofágicas - tipos A, B, C, D, E - de acordo com a presença ou não de fístula e a sua localização, sendo a mais comum (80-95% dos casos) a atresia do esófago com fístula traqueoesofágica do tipo C (Hockenberry et al., 2019). Em cerca de 50% dos casos, esta patologia pode estar associada a alterações cromossómicas, genéticas ou estruturais, como as síndromes de VACTERL (V - vertebrais; A - anais; C - cardiopatias; T - traqueais; E - esofágicas; R - renais; L - membros) e CHARGE (C - coloboma; H - defeitos cardíacos; A - atresia das coanas; R - atraso de crescimento; H - hipoplasia genital; E - defeitos auditivos), e a trissomia 18. Atualmente, na maioria das vezes o diagnóstico é pré-natal (habitualmente no terceiro trimestre de gravidez), através de sinais ecográficos indiretos, pela observação da diminuição ou ausência da câmara gástrica, em associação a polihidrâmnios (Naranjo et al., 2022).

Do ponto de vista clínico, o recém-nascido com atresia esofágica apresenta ao nascimento aumento da salivação (com presença de secreções abundantes oro e naofaríngeas), associada a tosse, dificuldade respiratória e cianose, sintomas estes que são exacerbados com alimentação, e que podem desencadear dificuldades alimentares e episódios de regurgitação, com consequente risco de broncoaspiração e apneia. Perante estes sinais, o diagnóstico pós-natal de atresia esofágica é realizado pela impossibilidade de progressão da sonda gástrica e da confirmação radiológica, com a visualização da sonda radiopaca no topo esofágico proximal. A medição da distância entre os dois topos esofágicos (*gap*) faz-se pelos corpos vertebrais, que se for superior a dois, é definida como atresia de *gap* longo. O diagnóstico diferencial de atresia com existência de fístula traqueoesofágica é complementado pela realização de radiografia toracoabdominal, com a visualização da câmara gástrica e ar intestinal (Trocado et al., 2016).

O diagnóstico precoce permite o tratamento oportuno, de forma a diminuir a morbilidade e a mortalidade. A abordagem perante o recém-nascido com atresia do esófago inclui a

manutenção da via aérea, a prevenção de pneumonia, a descompressão gástrica e a correção cirúrgica. Assim, enquanto não é possível o tratamento cirúrgico definitivo, a criança fica posicionada com o leito elevado entre 30-45º, com o objetivo de facilitar a drenagem de secreções e diminuir o risco de broncoaspiração. Para a manutenção da via aérea livre, é necessário a aspiração frequente das secreções da boca e do fundo do saco superior (topo esofágico proximal) de forma intermitente ou contínua a baixa pressão, com recurso a uma sonda de duplo lúmen (sonda de repogle), sendo este último o método preferível. Deve ser suspensa (se tiver sido iniciada) a alimentação oral, e em alguns casos, quando não há indicação cirúrgica imediata, a realização de gastrostomia, para garantir o suporte nutricional adequado. A antibioterapia intravenosa está indicada se houver suspeita de aspiração do conteúdo gástrico (Hockenberry et al., 2019; Naranjo et al., 2022).

Uma vez que a cirurgia é o tratamento resolutivo nesta patologia, as diferentes abordagens estão dependentes de variáveis como malformações associadas; o peso ao nascimento; a existência ou não de fístula traqueoesofágica; a distância entre os topos do esófago e a experiência de cada grupo de trabalho. Enquanto na atresia do tipo C é consensual que a cirurgia corretiva com anastomose primária se realize nos primeiros dias de vida, a intervenção nas atresias de *gap* longo, constitui ainda um desafio, com várias abordagens alternativas, e será a experiência da equipa que determinará a técnica a ser escolhida. Apesar das diferentes técnicas, a maioria dos cirurgiões opta por uma abordagem com anastomose primária, adotando em primeira linha uma atitude conservadora (protelando-se a cirurgia até que o crescimento natural aproxime os dois topos esofágicos), concomitantemente à realização de uma gastrostomia como procedimento cirúrgico inicial (para a manutenção da nutrição da criança) e a aspiração contínua de secreções do topo esofágico proximal. Atingidas as condições necessárias, a cirurgia num único tempo, consiste tradicionalmente numa toracotomia para laqueação da fístula traqueoesofágica (se existente) e correção da atresia esofágica com anastomose dos dois topos do esófago (Trocado et al., 2016; Naranjo et al., 2022). As complicações potenciais da cirurgia corretiva incluem a deiscência da anastomose; estenose esofágica resultante da tensão ou isquemia; e alterações da motilidade do esófago, que podem desencadear disfagia e refluxo gastroesofágico (Hockenberry et al., 2019). O prognóstico está relacionado com o peso ao nascimento, as anomalias congénitas associadas e o momento do diagnóstico (Hockenberry et al., 2019). Em centros especializados, a taxa de sobrevivência é superior a 90%, embora seja comum a prevalência de complicações futuras como disfagia, refluxo gastroesofágico, infeções respiratórias de repetição e tosse persistente, sendo por isso essencial o seguimento destas crianças a longo prazo por uma equipa multidisciplinar (Trocado et al., 2016).

Uma vez que o tratamento definitivo neste cenário é o cirúrgico (e que não foi realizado imediatamente após o nascimento), os cuidados de enfermagem implementados ao longo de todo o processo assistencial englobam os cuidados à criança e a capacitação dos pais,

fundamentais para a recuperação e prevenção de complicações associadas ao processo patológico, bem como para promoção e suporte do papel parental, essenciais para uma adaptação adequada ao processo de doença.

Aspetos particulares do cuidado na criança com atresia esofágica: aspiração contínua de secreções e gastrostomia

Uma sonda repogle é usada no tratamento de recém-nascidos e lactentes com atresia esofágica com *gap* longo, enquanto aguardam a cirurgia corretiva, o que pode não verificar-se até aos quatro meses de idade. Esta sonda permite a drenagem contínua da saliva da bolsa esofágica superior, devendo ficar posicionada a 0,5cm acima desta extremidade. Este procedimento é essencial para que se verifique a drenagem adequada da bolsa esofágica, a fim de evitar broncoaspiração e pneumonia. A sonda repogle consiste numa sonda de duplo lúmen, em que um deles permite a drenagem das secreções e o outro funciona como ventilação (entrada e saída de ar), e que é conectada a um sistema de aspiração contínua a baixa pressão (15 a 35mmHg). O tamanho da sonda deve ser escolhido em função do peso e idade gestacional, recomendando-se sondas de calibre 8-10FR (esta última, a preferencial) e inseridas por via nasal. A opção pela sonda de maior calibre, permite uma drenagem mais eficaz e menor risco de obstrução. A medição inicial e a inserção de uma sonda repogle deve ser realizada pela equipa cirúrgica. Após a determinação do comprimento, este deve ficar registado para confirmação futura no caso de exteriorização acidental, ou necessidade de troca da sonda, que deve verificar-se semanalmente, com alternância de narinas. As inserções subsequentes podem ser realizadas pelo enfermeiro, e uma nova medição da bolsa esofágica deve realizar-se a cada duas a quatro semanas (ou antes, se necessário), pela equipa de cirurgia. Relativamente aos cuidados de enfermagem específicos estes incluem a vigilância de sinais de dificuldade respiratória ou apneia, estridor ou alterações hemodinâmicas (por exemplo bradicardia ou baixa de saturação do oxigénio periférico), relacionadas com a obstrução da via aérea e ineficácia da aspiração (obstrução, deslocamento/mau posicionamento da sonda); a avaliação das características e quantidade de secreções aspiradas; e os aspetos relacionados com a manutenção e otimização da sonda repogle (verificação do posicionamento e permeabilidade; desobstrução e lavagem da sonda). É também fundamental a informação dada aos pais relativamente ao procedimento e eventuais complicações, assim como o esclarecimento de dúvidas (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2021).

Uma gastrostomia é uma ostomia de alimentação e tem como objetivo o aporte nutricional por via entérica (DGS, 2016). Este procedimento é realizado através da inserção de uma sonda através da parede abdominal até ao estômago, que é fixa por um dispositivo de retenção interno (balão ou "bumper") e outro na parte externa (fixador de retenção ou "flange"), podendo ser realizado por via endoscópica, cirúrgica ou radiológica (The Agency for Clinical Innovation and the Gastroenterological Nurses College of Australia (ACI & GENCA), 2015). As ostomias de alimentação mais frequentes são as gastrostomias endoscópicas percutâneas

(PEG), como é o caso do lactente deste cenário. A PEG é indicada quando se prevê a necessidade de suporte nutricional não oral por um período superior a três a seis semanas (Homan, et al., 2021). Neste procedimento, uma sonda é inserida no estômago através de uma pequena incisão da pele (via percutânea), sendo posicionada com recurso a um endoscópio (introduzido pela cavidade oral), podendo permanecer por três a doze meses. Ao contrário do botão gástrico (que pode ser trocado por enfermeiros treinados), a troca de uma sonda PEG requer a intervenção da equipa cirúrgica (Farrag et al., 2019; The Royal Children's Hospital Melbourne, 2023). As complicações minor mais frequentes após a colocação de uma PEG são a formação de tecido de granulação; a infeção do local; extravasamento; eritema e necrose da pele; remoção acidental; migração e obstrução da sonda. As complicações major incluem infeção; celulite; peritonite; fístula gastrocólica; pneumoperitoneu; úlcera gástrica e buried bumper syndrome (Homan, et al., 2021). De acordo com a European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN), uma abordagem multidisciplinar é mandatária, tendo em vista o melhor tratamento, e a orientação relativamente aos cuidados com a PEG incluem os seguintes aspetos:

- A limpeza asséptica diária do local, inicialmente; após a primeira semana lavagem simples é suficiente;
- A vigilância do local da pele, a realização de higiene diária do local da sonda de gastrostomia e a proteção da pele contra a humidade, fricção e trauma, são os cuidados mais importantes para prevenção de lesões cutâneas. O banho é permitido assim que o local da incisão estiver cicatrizado (que normalmente ocorre 48 horas após a colocação da gastrostomia);
- A aplicação tópica de antibióticos/corticosteróides pode ser útil na prevenção de infeção/inflamação local;
- A não utilização de pensos oclusivos, devido ao aumento do risco de infeção;
- O uso de pensos à base de hidrogel de glicerina para prevenir infeções periestomais, não está validado na população pediátrica;
- A rotação da sonda semanalmente é recomendada após a primeira semana de confecção da ostomia (de forma a evitar aderências). Os cuidadores devem ser instruídos a não puxar a sonda e a evitar tensão persistente (pelo risco de migração progressiva do balão para a parede abdominal, o que pode originar "*buried bumper syndrome*").
- O treino nos cuidados à PEG e o ensino sobre as principais complicações, incluindo sobre as medidas a adotar se ocorrer remoção acidental da sonda (considerada uma emergência, com necessidade de intervenção por parte do profissional de saúde), uma vez que a fístula gastrocutânea pode encerrar espontaneamente em seis horas (Homan, et al., 2021).

As intervenções de enfermagem implementados na criança com uma ostomia de alimentação,

têm como objetivo a promoção do seu potencial de vida e a minimização dos riscos, que respondam às suas necessidades e da sua família, numa abordagem de interdisciplinaridade profissional. Estas intervenções incluem a alimentação, os cuidados à gastrostomia com vista à prevenção e tratamento de complicações, e a capacitação dos pais para os cuidados específicos ao filho com ostomia de alimentação (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Ao reconhecer os pais como os melhores cuidadores da criança, o enfermeiro assenta a sua prática num cuidado negociado e em parceria tendo com vista o suporte e a capacitação parental, o que constituirá uma condição facilitadora no processo de hospitalização do filho e na adaptação na parentalidade especial.

A parentalidade no contexto de criança com necessidades especiais de saúde

Tornar-se mãe e pai, destaca-se de todas as outras transições do desenvolvimento humano pelo seu caráter irreversível, permanente, mas simultaneamente em mudança, uma vez que implica nos pais uma reestruturação nos comportamentos, significados e expectativas, e a incorporação de novos conhecimentos, capacidades e estratégias para lidar com as tarefas e os desafios, de forma a ser possível atingir a mestria no desempenho do seu papel (Melleis et al., 2000). O nascimento de um filho constitui um momento de grande expectativa para os pais, e o diagnóstico de uma deficiência, potencia o confronto do filho imaginário versus o filho real, uma vez que interrompe o processo da parentalidade “normal”, e pode desencadear nos pais sentimentos de culpa e percepções negativas face à doença, que estão muitas vezes relacionadas com as incertezas do prognóstico, a gestão da doença e as particularidades do próprio tratamento. O impacto da notícia repercute-se em toda a família alargada (não esquecendo a fratria), que deve ser envolvida em todo o processo desde a fase inicial, uma vez que constitui uma base de apoio e uma malha afetiva fundamental de suporte na parentalidade especial (Bayle & Martinet, 2008).

Vários são os termos que atualmente estão associados à criança com necessidades especiais de saúde e que traduzem a sua vulnerabilidade, como condição crónica complexa, deficiências múltiplas e crianças dependentes de tecnologia. Estas crianças necessitam de hospitalizações frequentes e prolongadas, bem como cuidados especializados multidisciplinares, proporcionados pelo avanço tecnológico, mas também pela qualificação e diferenciação do cuidado assistencial (Hockenberry et al., 2019). A doença crónica, prolongada ou incapacitante tem impacto na qualidade de vida do portador e da sua família, exigindo a atenção de todos os setores da sociedade, e o seu tratamento requer uma abordagem sistemática, contínua e a longo prazo, devido às necessidades em saúde e supervisão de cuidados (WHO, 2005).

O diagnóstico de uma condição crónica ou incapacitante no filho, implica nos pais um conjunto de desafios relacionados com as necessidades especiais de saúde e a gestão da mesma, que se caracterizam por estádios vivenciais relacionados com a adaptação psicossocial, a esperança e as consequências da própria doença (Charepe, 2011). Uma abordagem de envolvimento e

suporte parental, que seja abrangente a toda a família e a longo prazo, revela-se essencial para que os pais possam ultrapassar tarefas adaptativas como aceitar e lidar com a condição da criança; atender às necessidades do desenvolvimento normal da criança e dos outros membros da família (por exemplo, irmãos) e estabelecer um sistema de apoio. Os cuidados de enfermagem centrados na família, no estabelecimento de relações terapêuticas e na tomada de decisões compartilhadas, tendo em vista a normalização, ou seja, a integração da criança com incapacidade e a sua família na sociedade, são aspetos que assumem particular relevância na abordagem à criança/família com necessidades especiais de saúde (Hockenberry et al., 2019). De acordo com Sousa (2012), os aspetos de saúde relevantes à ação dos enfermeiros na parceria de cuidados com intencionalidade terapêutica, que é estabelecida com os pais de uma criança com necessidades especiais/complexas transitórias durante a hospitalização (como é o caso neste cenário), têm o seu foco na promoção da parentalidade e devem centrar-se no desempenho do papel parental especial; no papel parental desenvolvimental e especial nas dimensões conhecimento e capacidade; e na ligação mãe-filho e vinculação.

Durante a hospitalização do filho, os pais desejam manter o seu papel e que este seja reconhecido pela equipa de saúde. O enfermeiro constitui-se essencial na adaptação dos pais à condição de saúde do filho, ao potenciar a aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas competências, condições facilitadoras no processo de transição, e que lhes permitirá integrar com mestria a sua parentalidade.

5.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 3 meses | Masculino

Mãe/Pai

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Figura parental principal: mãe.

29-12-2023 08:00 - Número de outros filhos: 1.

29-12-2023 08:00 - Filho(s) Toddler.

29-12-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-29 08:00:00	Esomeprazol 3,3mg PO 1xdia (9h)	
2023-12-29 08:00:00	Complexo hidróxico férrico-polimaltose PO 2gotas/dia (9h)	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de medicação enquadra-se no domínio interdependente da atividade do enfermeiro, que assume a responsabilidade pela sua implementação (Ordem dos Enfermeiros, 2001), e na qual está intrínseca um conjunto de informação de forma a garantir a segurança e a otimização do tratamento. A terapêutica prescrita para o lactente deste cenário inclui um protetor gástrico (de forma a prevenir complicações relacionadas com o processo patológico) e o ferro.

Esomeprazol Suspensão oral (granulado)

Classificação farmacoterapêutica: Antiulcerosos. Inibidores da bomba de protões.

Indicações: Doenças do refluxo gastroesofágico, incluindo esofagite erosiva. Protetor gástrico.

Efeito terapêutico: Diminuição da secreção gástrica de ácido e menor refluxo gastroesofágico. Através de um mecanismo de ação direcionado, este inibidor específico da bomba de protões das células parietais gástricas liga-se na presença de pH gástrico ácido, prevenindo o transporte final de iões de hidrogénio para o lúmen gástrico.

Contraindicações e precauções: Não aplicável.

Reações adversas e efeitos laterais: Não aplicável.

Considerações de enfermagem: Diluir 10mg (1 saqueta) em 15ml de água e agitar. Deixar em repouso alguns minutos, até espessar. Misturar e administrar em 30 minutos, preferencialmente, uma hora antes das refeições.

(Deglin & Vallerand, 2009)

Complexo hidróxico férrico-polimaltose solução oral

Classificação farmacoterapêutica: Antianémicos.

Indicações: Tratamento da deficiência de ferro sem anemia.

Efeito terapêutico: Prevenção e tratamento da deficiência de ferro.

Contraindicações e precauções: Não aplicável.

Reações adversas e efeitos laterais: Coloração escura das fezes (sem significado clínico).

Considerações de enfermagem: O ferro é um nutriente essencial e a sua deficiência resulta em anemia e baixo neurodesenvolvimento na criança, sendo um mineral que necessita de recomendações em Portugal pela frequência da deficiência e pelas suas consequências (Domellof et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012). Deve administrar-se durante a refeição (melhor absorção) ou imediatamente após. Conservar o frasco na embalagem de origem (para proteger da luz). Cada 1ml da solução oral corresponde a aproximadamente 20 gotas.

(Deglin & Vallerand, 2009)

5.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
29-12-2023 08:00	Sensações somáticas	
29-12-2023 08:00	Sistema respiratório	
29-12-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
29-12-2023 08:00	Eliminação intestinal	
29-12-2023 08:00	Eliminação urinária	
29-12-2023 08:00	Estoma	
29-12-2023 08:00	Termorregulação	
29-12-2023 08:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
29-12-2023 08:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
29-12-2023 08:00	Desenvolvimento físico	
29-12-2023 08:00	Lactente	
29-12-2023 08:00	Desenvolvimento psicomotor	

5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Termorregulação/Sistema respiratório/Sistema cardiovascular

A avaliação da temperatura e das funções respiratória e cardiovascular estão integradas na monitorização dos sinais vitais do Artur. Esta monitorização regular permitirá a deteção de alterações e a intervenção precoce. Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compete o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais

e a implementação de cuidados adequados (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Sensações somáticas

O reconhecimento e o controlo da dor constituem um direito fundamental da criança hospitalizada, uma boa prática profissional e um dos alicerces para a humanização dos cuidados (DGS, 2008; IAC, 2017). A avaliação sistemática da dor como 5º sinal vital, implica a sua monitorização de oito em oito horas (pelo menos), com recurso a um instrumento adequado, e o seu controlo eficaz constitui um dos deveres dos profissionais de saúde (DGS, 2003). Devido à idade do Nuno, está indicado um instrumento de heteroavaliação da dor, estando preconizado o recurso à Escala FLACC (FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY). Esta escala consiste numa avaliação comportamental da dor, em crianças pré-verbais, e inclui a avaliação de cinco indicadores - expressão facial; movimento das pernas; atividade; choro e consolabilidade - onde cada parâmetro é medido de zero a dois pontos, sendo a pontuação total variável de zero a dez pontos. É uma escala fácil de aplicar e memorizar, podendo ser aplicada em vários tipos e contextos de dor pediátrica (Batalha, 2010; DGS, 2010).

Um dos enunciados descritivos que regem o exercício profissional do enfermeiro em Portugal, é a procura permanente do bem-estar e autocuidado do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Em contexto pediátrico, numa filosofia de cuidados atraumáticos, constitui-se uma competência de prática especializada na área de Saúde Infantil e Pediátrica, a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança, o que inclui a gestão de medidas farmacológicas, como também a aplicação de conhecimentos e habilidades de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Relativamente a estas últimas, tendo em conta a idade e o desenvolvimento do cliente desta conceção de cuidados e as suas necessidades atuais, destaco as medidas de suporte emocional que se encontram atualmente reconhecidas como eficazes no alívio da dor, e as quais incluem a presença e o envolvimento dos pais, o colo, o embalo e a sucção não nutritiva (Batalha, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Eliminação intestinal/Eliminação urinária

A avaliação da eliminação intestinal e urinária permite detetar alterações e intervir precocemente.

Estoma

O estoma resulta de um procedimento cirúrgico denominado ostomia, que consiste na exteriorização de parte de um órgão do sistema digestivo, respiratório ou urinário, criando um orifício externo denominado estoma (Mota, et al., 2015). A gastrostomia é uma ostomia de alimentação que permite a comunicação do estômago com o meio exterior através do abdómen. A escolha do método dependerá da situação clínica e da experiência da equipa hospitalar. As

ostomias de alimentação mais frequentemente realizadas são as PEG, que em idade pediátrica são consideradas em situações de malformações congénitas. A inserção de uma sonda PEG permite fornecer à criança o suporte nutricional quando não é possível a nutrição por via oral (DGS, 2016).

As intervenções de enfermagem incluem a identificação de complicações, nomeadamente lesões da pele periestomal (maceração, eritema, escoriação e úlcera) e infeção da área periestoma; hemorragia digestiva; obstrução ou exteriorização da sonda; assim como a educação para a saúde, através da capacitação dos pais no cuidado à ostomia de alimentação do filho (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A ligação mãe/pai-filho pode ser definida como o “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (International Council of Nurses, 2019). Os laços que se criam entre a mãe e o filho, e que envolvem aspetos físicos e psicológicos, são modulados pela perceção da eficácia e autoestima maternas, e podem ser abalados nas situações de anomalias congénitas, pelos sentimentos de inadequação e fracasso que podem desencadear ameaçando desta forma o desempenho parental (Bayle & Martinet, 2008).

Os aspetos básicos que envolvem a parentalidade incluem amor, cuidado e empenho, e devem ser promovidos pelo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica durante a hospitalização da criança, pelo incentivo à presença dos pais e da valorização como os principais prestadores de cuidados ao filho, através do envolvimento e negociação nos cuidados, e do estabelecimento de um plano de promoção e capacitação parental, em particular nas situações de criança com necessidades especiais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

A vinculação pode ser definida como a formação de laços afetivos da criança com a mãe e/ou pai (International Council of Nurses, 2019). Este processo, fundamental para um desenvolvimento infantil adequado, inclui a satisfação das necessidades afetivas e de segurança da criança (Hockenberry et al., 2019). Segundo Bowlby, a vinculação, essencial no desenvolvimento da personalidade, baseia-se no estabelecimento de ligações afetivas da criança com a figura principal de vinculação (primariamente a mãe), e surge como uma necessidade primária (e não derivada de nenhuma outra), sendo um processo com uma dupla função - a de proteção e a de socialização - que decorre ao longo dos três primeiros anos de vida da criança. Para o mesmo autor, a forma como a criança se vincula à mãe é o espelho da interação da mãe com ela (Golse, 2005). Também para Winnicott, as primeiras relações são essencialmente sensoriais, e baseadas no contacto físico e em aspetos como o holding - a mãe envolve fisicamente a criança fornecendo-lhe amparo psíquico - e a ação contentora do handling

- a mãe com capacidades instantâneas ou antecipadoras para dar resposta às necessidades da criança (Bayle & Martinet, 2008). Uma vez que o processo vincutivo implica afeto e desenvolvimento de experiências entre a mãe e o filho no ato de cuidar, este deve basear-se num envolvimento relacional afetuoso, empático, estimulante, estável e adequado às necessidades da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

As relações afetivas estabelecidas entre a criança e os cuidadores principais (normalmente a mãe e/ou pai) durante a primeira infância constituem a base para o desenvolvimento intelectual, social e moral, e um determinante essencial para um desenvolvimento infantil adequado, pelo que o enfermeiro deve potenciar esta relação numa atitude empática e flexível (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao reconhecer os pais como cuidadores principais do filho otimiza as ligações do processo de vinculação e sustenta a sua prática para a maximização de potencial de desenvolvimento, promoção da vinculação, em particular em crianças com necessidades especiais (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desenvolvimento físico

O crescimento pode ser definido como o processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico e maturação, com alterações físicas distintas desde a infância até à idade adulta (International Council of Nurses, 2019). Ao longo do primeiro ano de vida, o crescimento é rápido e todos os sistemas do corpo passam por uma maturação progressiva, em simultâneo com a aquisição de um conjunto de habilidades (desenvolvimento psicomotor), tornando-se imprescindível para a monitorização do estado nutricional (DGS, 2013). Embora seja individual e exclusivo, o crescimento decorre em paralelo com o desenvolvimento, de forma progressiva, ordenada e previsível, podendo definir-se padrões ou tendências que são universais e básicas a todos os seres humanos, e que incluem as tendências direcionais (cefalo-caudal; próximo-distal e diferenciação); e as tendências sequenciais (por exemplo: rastejar antes de caminhar; balbuciar antes de falar; rabiscar antes de escrever). O ritmo de crescimento progride a uma velocidade única e individualizada, e é caracterizado por períodos de crescimento acelerado (como durante o período de lactente) e fases de crescimento mais lento (Hockenberry et al., 2019).

A determinação do peso do Nuno, como um dos parâmetros de avaliação do crescimento, torna-se fundamental neste cenário, uma vez que constitui um dos critérios para a realização da cirurgia corretiva.

Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento psicomotor pode ser definido como um processo natural e evolutivo, que integra a coordenação, a comunicação, a socialização e os aspetos da mobilidade, bem como a capacidade para interagir com o meio envolvente através dos comportamentos (International

Council of Nurses, 2019). A sua avaliação permite obter indicadores de progresso em relação ao desenvolvimento do lactente, pelo que é fundamental uma avaliação sistemática, para que seja possível a identificação de sinais de alarme nas seguintes áreas: desenvolvimento motor grosseiro; desenvolvimento motor fino; competências de audição e da voz (linguagem); e competências lúdicas e sociais. Mesmo em contexto de hospitalização, a avaliação do desenvolvimento infantil não deve ser negligenciada, uma vez que constitui uma oportunidade única de promoção da saúde da criança e da parentalidade, e deteção de sinais de alerta (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tendo em conta a idade do Nuno, é expectável que um lactente com esta idade, no que concerne ao desenvolvimento psicomotor, apresente controlo da cabeça na linha média; mantenha as mãos abertas durante mais tempo e use as mãos e os dedos na preensão de forma gradualmente mais voluntária que reflexa; fixe e siga objetos do centro para a periferia; localize sons girando a cabeça e olhando na mesma direção; vocalize em resposta a uma voz familiar e apresente um choro diferenciado; demonstre sorriso social em resposta a vários estímulos e interesse gradual pelo ambiente; reconheça faces e objetos familiares; e pare de chorar quando os pais estão presentes (Hockenberry et al., 2019).

Uma vez que é um processo dinâmico, contínuo e individual, a sua avaliação regular é preconizada pela DGS (2013), e inclui parâmetros como a postura, motricidade global e fina; visão e audição; comportamento e adaptação social, de forma a estimular e capacitar os pais na adoção de comportamentos promotores de saúde; apoiar o exercício adequado das responsabilidades parentais; como também detetar e encaminhar precocemente alterações, otimizando os recursos disponíveis. Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compete a prestação de cuidados específicos tendo em conta as necessidades e especificidades de cada criança, a avaliação do seu desenvolvimento e a transmissão de orientações antecipatórias aos pais, de forma a potenciar o desenvolvimento infantil e promover uma parentalidade adequada (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Lactente

Período desenvolvimental em que se insere o Nuno. Durante o primeiro ano de vida ocorrem alterações significativas relacionadas com mudanças físicas, maturação sistémica e conquistas no desenvolvimento. Para além do crescimento rápido que é possível verificar-se (principalmente nos primeiros seis meses de vida) e da maturação progressiva dos sistemas orgânicos, a aquisição de habilidades finas e grossas decorrem numa sequência ordenada e previsível, permitindo ao lactente a capacidade de resposta perante o meio. Em paralelo com o crescimento, verifica-se um rápido desenvolvimento motor, cognitivo e social, essencialmente assente na relação mútua do lactente com os cuidadores (mãe e pai), e que será a base para as relações interpessoais futuras (Hockenberry et al., 2019). Neste sentido, é expectável que um lactente com três meses sorria e apresente boa resposta social à aproximação de uma face, segure brevemente um objeto com a mão, apresente controlo da cabeça acima da linha média

quando em decúbito ventral e direcione a sua atenção a um estímulo sonoro (DGS, 2013).

Um dos focos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ainda que em situação de hospitalização) passa pela valorização dos cuidados antecipatórios, de forma a melhorar o desempenho parental, no que concerne à maximização do potencial de saúde e prevenção de doença do filho; bem como a deteção de sinais de alarme, de forma a que seja possível uma intervenção e encaminhamento precoces (DGS, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

5.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

29-12-2023 08:00 - Determinar sinais de dor

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [De 8/8h e em SOS]

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

29-12-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

29-12-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

29-12-2023 08:00 - Periférico(a): 98 %.

29-12-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

29-12-2023 08:00 - Secreções em moderada quantidade.

29-12-2023 08:00 - Secreções viscosas.

29-12-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

29-12-2023 08:00 - Limpeza da via aérea comprometida

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Melhorar limpeza da via aérea

29-12-2023 08:00 - Aspirar via aérea [Contínuo e em SOS]

29-12-2023 08:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Contínuo]

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação:

facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea [Em todos os turnos]*

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Sem adejo nasal.

30-12-2023 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

30-12-2023 11:00 - Periférico(a): 99 %.

30-12-2023 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

30-12-2023 11:00 - Reflexo da tosse: ausente.

30-12-2023 11:00 - Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores.

30-12-2023 11:00 - Secreções em moderada quantidade.

30-12-2023 11:00 - Secreções viscosas [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Localização do Pulso

29-12-2023 08:00 - Pé Direita(o)

29-12-2023 08:00 - Frequência do pulso: 138 pulsações por minuto.

29-12-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

29-12-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

29-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 66 mmHg.

29-12-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 45 mmHg.

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução da pressão sanguínea [Turno da manhã]*

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Localização do Pulso

30-12-2023 11:00 - Pé Esquerda(o)

30-12-2023 11:00 - Frequência do pulso: 144 pulsações por minuto.

30-12-2023 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

30-12-2023 11:00 - Membro inferior Esquerda(o)

30-12-2023 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 79 mmHg.

30-12-2023 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 39 mmHg.

Eliminação intestinal

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução da eliminação intestinal [Em todos os turnos]*

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

Eliminação urinária

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Urina em moderada quantidade.

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Em todos os turnos]

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Urina em moderada quantidade.

Estoma

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Presença de estoma(s).

29-12-2023 08:00 - Gastrostomia

29-12-2023 08:00 - Pele peri-gastrostomia: íntegra.

30-12-2023 11:00 - Pele peri-gastrostomia: íntegra.

29-12-2023 08:00 - Complicação da gastrostomia: ausente.

30-12-2023 11:00 - Complicação da gastrostomia: ausente.

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da gastrostomia

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da gastrostomia [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Assegurar cuidados à gastrostomia

29-12-2023 08:00 - Executar cuidados à gastrostomia [Turno da manhã e SOS]

29-12-2023 08:00 - Prevenir complicações da gastrostomia

29-12-2023 08:00 - Otimizar tubo de gastrostomia [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental especial: substituir nos cuidados à gastrostomia

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre gastrostomia: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre gastrostomia: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Capacidade da mãe/pai para executar cuidados à gastrostomia: facilitadora.

30-12-2023 11:00 - Capacidade da mãe/pai para executar cuidados à gastrostomia: facilitadora [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: substituir nos cuidados à gastrostomia [Em todos os turnos]

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Presença de estoma(s).

Termorregulação

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

29-12-2023 08:00 - Região axilar: 36.10 °C.

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Em todos os turnos]

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Temperatura corporal periférica

30-12-2023 11:00 - Região axilar: 36.40 °C.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

29-12-2023 08:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

29-12-2023 08:00 - Ligação mãe/pai-filho

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover ligação mãe/pai-filho

29-12-2023 08:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Em todos os turnos]

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Comportamentos de vinculação: comportamento amistoso, acrescentando comportamentos de agarrar ou seguir com o olhar um adulto Comportamentos preferencialmente dedicados à figura materna ou de substituição.

29-12-2023 08:00 - Vinculação

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução da vinculação

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução da vinculação [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover vinculação

29-12-2023 08:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental especial: vinculação

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação: facilitador [MANTEVE].

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Comportamentos de vinculação: comportamento amistoso, acrescentando comportamentos de agarrar ou seguir com o olhar um adulto Comportamentos preferencialmente dedicados à figura materna ou de substituição [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

29-12-2023 08:00 - Desenvolvimento infantil

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover desenvolvimento infantil

29-12-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Em todos os turnos]

30-12-2023 11:00

30-12-2023 11:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Peso: 4.92 Kg.

29-12-2023 08:00 - Crescimento

29-12-2023 08:00 - Determinar evolução do crescimento

29-12-2023 08:00 - Avaliar evolução do crescimento [2ª, 4ª e 6ª feira]

Lactente

29-12-2023 08:00

29-12-2023 08:00 - Lactente

29-12-2023 08:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

29-12-2023 08:00 - Alimentar cliente [3/3h]

29-12-2023 08:00 - Dar banho [Dias alternados e em SOS]

29-12-2023 08:00 - Vestir/despir [SOS]

29-12-2023 08:00 - Trocar fralda [SOS]

29-12-2023 08:00 - Implementar medidas de segurança [Em todos os turnos]

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora.

30-12-2023 11:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Em todos os turnos]*

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Em todos os turnos]*

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador [MANTEVE].

30-12-2023 11:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Em todos os turnos]*

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

30-12-2023 11:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Em todos os turnos]*

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil

durante o período de lactente: facilitador [MANTEVE].

29-12-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: facilitador.

30-12-2023 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: facilitador [MANTEVE].

5.6. Especificação das intervenções

Aspirar via aérea

- Utilizar sonda de replogle (cH8)
- Método contínuo e a baixa pressão (15-35mmHg)
- Avaliar características das secreções
- Avaliar respiração, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio

Alimentar cliente

- Posicionar o Nuno (colo ou leito, em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira a 30º)
- Avaliar permeabilidade da sonda PEG (com 5-10ml de água)
- Oferecer chupeta (promover sucção não nutritiva)
- Administrar 90ml de Leite Materno/Leite Adaptado (por gavagem ou em bólus lento) pela sonda PEG
- Lavar a sonda PEG no final da alimentação (com 5-10 ml de água)

Avaliar evolução do crescimento

- Monitorizar peso corporal

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Envolver os pais nos cuidados ao filho
- Promover e apoiar o papel parental
- Incentivar e promover a manutenção do aleitamento materno
- Interagir com o Nuno através da fala e da mímica durante os cuidados
- Dar colo
- Planear cuidados e otimizar ambiente físico (sono)

Implementar medidas de segurança

- Elevar a cabeceira da cama a 30º
- Subir grades da cama
- Inspeccionar regularmente o sistema de aspiração contínua

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Negociar com os pais os cuidados ao Nuno

Executar cuidados à gastrostomia

- Posicionar o Nuno
- Oferecer chupeta

- Lavar a pele periestomal com água e sabão neutro
- secar a pele periestomal com compressa tecido não tecido
- Inspeccionar a pele periestomal

Otimizar tubo de gastrostomia

- Verificar a posição da sonda PEG
- Aspirar o ar do estômago pela sonda PEG, para descompressão gástrica (se distensão abdominal ou sinais de desconforto)
- Lavar a sonda PEG no final de cada utilização
- Manter a sonda PEG junto ao abdómen (evitar tração e tensão na sonda)

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Elevar a cabeceira do leito a 30º

Avaliar evolução de sinais de dor

- Implementar Escala FLACC

5.7. Síntese relativa ao caso

Neste capítulo serão abordados três aspectos: a justificação da escolha das intervenções de enfermagem por tipologia perante os focos/diagnósticos identificados; os critérios de resultado face aos diagnósticos; e por último, uma reflexão sobre os contributos deste caso clínico para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com enfoque na capacitação dos pais na adaptação à doença do filho, nomeadamente através da implementação de estratégias promotoras de Esperança, como intervenção especializada de enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediátrica e reconhecida como facilitadora do processo adaptativo face à doença.

Justificação da escolha das intervenções por tipologia

As intervenções de enfermagem constituem ações implementadas para dar resposta a um diagnóstico de enfermagem e têm a finalidade de produzir um resultado de enfermagem. As ações identificadas no planeamento desta conceção de cuidados abrangem vários domínios, que incluem:

No domínio "*Observar*", as intervenções do tipo "*Avaliar a evolução*" permitem determinar a evolução e os resultados das intervenções implementadas, contribuindo desta forma para a evolução favorável da condição.

No domínio "*Gerir*", as intervenções do tipo "*Otimizar*" permitem obter o melhor resultado através de ações específicas e direcionadas ao alvo identificado; e "*Planear*" é um tipo de ação que permite ordenar e organizar os cuidados de enfermagem, de forma a que, nesta conceção

em particular, os pais sejam reconhecidos como os principais cuidadores do filho.

No domínio "Executar", as intervenções do tipo "Alimentar", "Dar banho"; "Vestir/Despir"; "Trocar a fralda"; "Aspirar", são tipos de ação de enfermagem que vão permitir desempenhar técnica específica. Estas ações incluem as que estão relacionadas com o bem-estar e as necessidades humanas básicas do Nuno e a prevenção de complicações, decorrentes da sua condição clínica.

Critérios de resultado face aos diagnósticos identificados

Diagnóstico: Limpeza da via aérea comprometida

Dados: O Nuno apresenta secreções na via aérea.

O Nuno não apresenta reflexo de tosse e não mobiliza as secreções.

Critério de resultado:

1. Melhorar a limpeza da via aérea.
2. Determinar a evolução da limpeza da via aérea.

Justificação: O processo patológico do Nuno desencadeia a presença de secreções na bolsa esofágica proximal, que seriam deglutidas se não existisse atresia esofágica. Pela sua idade, o Nuno apresenta um reflexo de tosse ineficaz, pelo que não consegue mobilizar e expelir as secreções. Por estes factos, e mediante os dados recolhidos, é necessária aspiração contínua de secreções, de forma a garantir a limpeza da via aérea e a manutenção da via aérea permeável, que permita ao Nuno uma respiração eficaz.

Diagnóstico: Gastrostomia

Dados: Impossibilidade de alimentação entérica por via oral.

Existência de estoma.

Critério de resultado:

1. Assegurar as necessidades humanas fundamentais (alimentação).
2. Assegurar os cuidados à gastrostomia.
3. Prevenir complicações.
4. Determinar a evolução da gastrostomia.

Justificação: O diagnóstico médico do Nuno impossibilita a alimentação por via oral. Tal facto implicou a confeção de uma ostomia de alimentação (gastrostomia), para a manutenção do suporte nutricional e garantir a satisfação das necessidades humanas fundamentais, até estarem reunidos os critérios necessários à intervenção cirúrgica.

Reflexão sobre os contributos do caso clínico para as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O quadro normativo do exercício profissional do enfermeiro, designa os cuidados de enfermagem centrados no estabelecimento de uma interação e relação de ajuda estabelecida entre o utente e família, com vista à promoção de projetos de saúde, tendo como objetivos a prevenção da doença, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a promoção de processos de readaptação (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Em Pediatria, os cuidados de enfermagem têm como alvo o binómio criança-família, onde os pais são reconhecidos como principais cuidadores do filho, numa prática profissional orientada para os cuidados centrados na família e com ênfase nas interações e nos processos comunicacionais que estão subjacentes à relação (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tornar-se mãe ou pai constitui-se como uma transição do desenvolvimento humano, processo este que implica a incorporação de um conjunto de conhecimentos, habilidades e mudanças irreversíveis tanto ao nível pessoal, como familiar, económico e social (Melleis et al., 2000). O nascimento de um filho é um momento impactante e de grande felicidade na vida dos pais, que é abalado quando se verifica o diagnóstico de uma deficiência no filho. Ao longo do processo, surgem sentimentos como ansiedade, confusão, incerteza, desamparo e a sobrecarga, que acabam por envolver toda a estrutura familiar e que poderão constituir fatores dificultadores na adaptação à doença. As aprendizagens e as habilidades específicas que os pais terão de adquirir relacionadas com as necessidades especiais de saúde da criança, em paralelo com a integração de significações de Esperança, integram um conjunto de aspetos facilitadores no processo de adaptação parental. A Esperança é atualmente reconhecida como um foco de atenção para a prática de enfermagem, definida como “sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (International Council of Nurses, 2019). Apesar de ser um conceito complexo, e objeto de estudo de várias disciplinas como a Enfermagem, a investigação tem revelado que a Esperança tem um caráter positivo, de empoderamento e na forma como a pessoa lida e se adapta às situações e aos desafios que surgem ao longo da vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao capacitar os pais, promover uma relação dinâmica e demonstrar na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de Esperança, assenta a sua atividade tendo em vista a promoção na adaptação em situações de especial complexidade como a deficiência e a incapacidade (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). O cuidado de enfermagem promotor de Esperança com intencionalidade terapêutica, deve integrar a identificação dos fatores influenciadores/barreiras à Esperança parental, que incluem aspetos como a ansiedade, a depressão e o bem-estar, o estabelecimento de relações significativas, a espiritualidade, a

consciência negativa da situação do filho, a sobrecarga de informação, o cansaço físico e emocional; assim como o conhecimento de estratégias promotoras de esperança como a consciência positiva sobre a doença e o tratamento, o suporte social adequado, o recurso à espiritualidade, o ganho da experiência e o domínio nos tratamentos, o contacto com os outros e o foco nos fatores positivos do presente. Ao ter conhecimento destes aspetos, o enfermeiro tem inúmeras oportunidades para promover a Esperança parental (Maravilha et al., 2021). A intervenção em Esperança pressupõe o respeito pelos objetivos, metas e planos traçados pelos pais, considerados parceiros principais no cuidar. As intervenções de enfermagem promotoras de esperança revelam-se fundamentais na adaptação dos pais à doença do filho, e englobam vários domínios como a capacitação e o suporte do papel parental; a identificação de significações de Esperança e de crenças erróneas; a promoção de uma escuta ativa que permita a expressão de dúvidas e sentimentos e do pensamento positivo; e o facilitar o suporte familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A conceção de cuidados referente a este cenário, teve por base a Ontologia de Enfermagem, a qual não integra o conceito de Esperança, o que impossibilitou a identificação do foco Esperança. Os aspetos descritos anteriormente, são os considerados pertinentes para uma reflexão crítica acerca da intervenção com enfoque nas estratégias promotoras de Esperança parental como intervenção especializada na área de Saúde Infantil e Pediátrica, neste cenário em particular, perante uma Esperança não demonstrada ou Desesperança. Assim, tendo como referência, as intervenções de enfermagem descritas na sexta edição da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2013) e no Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros sobre a Promoção da Esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), as intervenções promotoras de Esperança implementadas neste cenário incluíram atividades como:

- Estar presente, envolver os pais e estabelecer uma escuta ativa;
- Facilitar a expressão de sentimentos e medos;
- Promover e apoiar o papel parental;
- Incentivar a momentos de repouso;
- Encorajar e facilitar a relação com a família e outros pais;
- Dizer a verdade;
- Enfatizar os aspetos positivos da esperança e auxiliar na identificação de significações/objeto de esperança.

O enfermeiro especialista presta cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade, que são reconhecidos pela sua competência científica, técnica e humana (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996). Assim, tendo como referencial as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), os cuidados de enfermagem prestados face ao cliente deste cenário permitiram o desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

1. Implementar e gerir em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1);
2. Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, e prestar cuidados apropriados (E2.1);
3. Gerir a dor da criança, otimizando as respostas (E2.2);
4. Promover a adaptação da família à deficiência/incapacidade (E2.5);
5. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1);
6. Promover a vinculação, particularmente no caso de necessidades especiais de saúde (E3.2);
7. Comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento (E3.3);
8. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal (A1.1);
9. Promover a proteção dos direitos humanos (A2.1);
10. Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade enquanto pessoa e enfermeiro (D1.1);
11. Suportar a prática clínica em evidência científica (D2.2).

A Ontologia de Enfermagem, referência para a realização desta conceção de cuidados, permitiu a identificação de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, face aos quais se planeou intervenções de enfermagem, conseguindo-se desta forma, a documentação e a representação dos cuidados de enfermagem e a descrição da prática profissional. A inferência sobre os resultados das intervenções de enfermagem perante os diagnósticos identificados está, neste cenário em particular, dependente da resolução da patologia do Nuno, com a realização da cirurgia corretiva e encerramento da gastrostomia. Uma vez que esta conceção de cuidados se reporta ao 80º e 81º dias de internamento do Nuno (dias consecutivos de internamento, prévios à cirurgia e sem alteração do estado clínico do cliente), e os resultados de enfermagem são obtidos pela medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem num determinado intervalo de tempo após uma intervenção de enfermagem, não foi possível a avaliação das intervenções implementadas face aos diagnósticos identificados.

6. CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR INTERNADA NO INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.

Criança em idade pré-escolar internada no Internamento de Curta Duração do Serviço de Urgência por síndrome de dificuldade respiratória por agudização da asma.

6.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO:

A Luísa (nome fictício) tem cinco anos e encontra-se internada no Serviço de Urgência (Internamento de Curta Duração) por síndrome de dificuldade respiratória por agudização da asma, após transferência do atendimento referenciado pediátrico do hospital da área de residência.

Antecedentes pessoais: Asma (a ser seguida em consulta de pneumologia); 3 episódios de internamento prévios (março, outubro e novembro de 2022) por crises de asma com hipoxemia. De acordo com informação fornecida pelo pai, a Luísa já realizou testes para a avaliação da sensibilização alérgica, cujo resultado obtido foi alergia aos ácaros.

Medicação habitual: Symbicort SP160/4,5 em câmara expansora com máscara (2 puffs/dia e em crise); Montelukaste.

História do episódio atual: Assintomática até ao dia 15 de janeiro, momento em que inicia obstrução nasal e rinorreia, que foi piorando progressivamente. Aparecimento de tosse no dia 18 de janeiro e dificuldade respiratória após ida à piscina. Melhoria sintomática após inalação com Symbicort. No dia 20 de janeiro, o pai refere notar dificuldade respiratória (pieira e tiragem) e verbalização pela Luísa de torocalgia à direita, o que motivou a ida imediata aos cuidados de saúde primários, tendo sido encaminhada para o Atendimento Permanente Referenciado do hospital da área de residência por apresentar hipoxemia (SpO2 90-92%). Neste local iniciou aerosolterapia com salbutamol e brometo de ipatrópio; metilprednisolona endovenosa e oxigenoterapia, inicialmente por cânula nasal a 2L/min, mas por agravamento clínico com necessidades de aumento de oxigénio, iniciada oxigenoterapia por máscara de alto débito (oxigénio a 15L/min). Transferida para o Serviço de Urgência Pediátrica em 20 de janeiro para continuidade de cuidados, onde se mantém internada a aguardar vaga no Serviço de Pediatria, à data desta conceção de cuidados.

O cenário desta conceção de cuidados diz respeito ao 2º dia de hospitalização, no Serviço de Urgência Pediátrica (Internamento de curta duração). A 1ª sessão desta conceção de cuidados foi realizada no início do turno da tarde e a 2ª sessão no final do mesmo turno. A Luísa tem 21Kg, apresenta um desenvolvimento adequado para a idade, encontra-se a frequentar a pré-escola e tem três irmãs (catorze, sete e três anos de idade). Bom aspeto geral, corada e hidratada. O tratamento atual instituído engloba: monitorização de sinais vitais e saturação de oxigénio periférico; oxigenoterapia por cânula nasal a 3L/min, para SpO2 alvo » 92%; elevação da cabeceira a 45º; cateter venoso periférico; nebulizações com salbutamol e brometo de ipratrópio; azitromicina oral; metilprednisolona endovenosa. Alimenta-se bem; de acordo com a dieta própria para a idade, com boa tolerância. Bem-disposta e comunicativa. Gosta de desenhar e conversar. Encontra-se acompanhada pelo pai.

NOTA: Saliencia-se para o facto de que as duas sessões desta conceção de cuidados foram realizadas no mesmo dia (embora por lapso, se verifique no planeamento, intervenções que datam de 22/01/2024). A 1ª sessão foi realizada às 15 horas do dia 21/01/2024 e a 2ª sessão às 20 horas do mesmo dia.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

Asma: definição, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento

Este capítulo abordará os tópicos considerados relevantes para a compreensão da doença, e que permitirão a realização de uma conceção de cuidados fundamentada perante a criança e família com agudização da asma: definição; fisiopatologia; diagnóstico e tratamento.

--- Definição ---

A asma é uma doença crónica comum, com formas de apresentação de gravidade muito variável, que ocorre em cerca de 15% a 20% da população nos países desenvolvidos e em cerca de 2% a 4% nos países em desenvolvimento. Em Portugal, segundo os dados do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, a asma afeta aproximadamente 700.000 residentes, dos quais cerca de 66% dos casos têm o diagnóstico antes dos 18 anos de idade. Em cerca de 50% das crianças com asma, existe diminuição da gravidade ou desaparecimento da sintomatologia até à idade adulta (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020).

No último consenso do grupo de peritos que compõe o comité The Global Initiative for Asthma (GINA), a asma foi definida como uma doença heterogénea, caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas e pela presença de sintomas respiratórios como sibilância (ou pieira), dispneia, opressão torácica, tosse (variável no tempo e na intensidade), associados a uma limitação variável do fluxo expiratório. É também uma doença multifatorial, onde a sintomatologia está relacionada com a inflamação e a hiperreatividade das vias aéreas, sendo desencadeada por uma variedade de estímulos como o exercício físico, exposição a alérgenos

ou irritantes, mudanças climáticas ou infecções respiratórias víricas. Os sintomas e a limitação do fluxo das vias aéreas podem resolver-se espontaneamente ou com o tratamento, podendo estar ausentes por semanas ou meses (GINA, 2023a).

--- Fisiopatologia ---

A inflamação crónica resultante de fatores genéticos e ambientais que ocorre na asma, envolve a ativação de uma variedade de células (eosinófilos, mastócitos e linfócitos) e mediadores inflamatórios, afetando toda a via aérea, em particular ao nível dos brônquios de tamanho médio. Este aspeto revelou-se fundamental para o reconhecimento da importância do uso de anti-inflamatórios no tratamento da asma (Serra, 2019). Para além do processo inflamatório, a contração do músculo liso, o edema e a hipersecreção de muco, contribuem para o estreitamento das vias aéreas, conduzindo à sintomatologia que caracteriza a doença, como o broncospasmo e a obstrução. Os mecanismos responsáveis por estes sintomas obstrutivos incluem a inflamação e o edema da membrana mucosa das vias aéreas; a acumulação e a secreção de muco; o espasmo da musculatura lisa dos brônquios e bronquíolos (que provoca diminuição do calibre), e o *remodeling* das vias aéreas (que origina alterações celulares). A constrição brônquica desencadeia um comprometimento na função respiratória e consequente dificuldade respiratória, que é mais pronunciada na expiração, fase do ciclo respiratório em que os brônquios se contraem e encurtam. A resistência aumentada das vias aéreas provoca expiração forçada através do lúmen estreitado. O volume de ar retido nos pulmões aumenta à medida que as vias aéreas se tornam funcionalmente fechadas, o que leva a criança a respirar em volumes pulmonares mais elevados, numa tentativa de inspirar ar suficiente. Este esforço dispendido para respirar, provoca fadiga, redução da eficácia respiratória e elevado consumo de oxigénio. A inspiração que ocorre em volumes pulmonares cada vez maiores, hiperinsufla os alvéolos e reduz a eficácia da tosse. À medida que a obstrução aumenta, ocorre uma redução da ventilação alveolar, com retenção de dióxido de carbono, hipoxemia, acidose respiratória e, eventualmente, insuficiência respiratória. As manifestações clínicas clássicas na asma incluem dispneia, sibilância e tosse; no entanto outros sintomas podem verificar-se como opressão e dor torácica. Tendencialmente, esta sintomatologia agrava à noite ou após a realização de exercício físico, e na infância geralmente decorre após uma infeção do trato respiratório (Hockenberry et al., 2019).

--- Diagnóstico ---

A asma é classificada tendo em conta vários critérios, porém os que têm maior utilidade clínica baseiam-se na gravidade da apresentação e no controlo. A classificação deve ser realizada antes do início do tratamento, sendo essencial numa avaliação do estadio inicial da doença, identificar-se uma possível causa alérgica e, nesta situação, implementar-se estratégias de evicção. Assim, quanto à gravidade e tendo por base a intensidade e frequência dos sintomas; o uso de agonistas β_2 de curta duração de ação; o grau de obstrução das vias aéreas e a

variabilidade da função respiratória; pode ser classificada em asma intermitente; leve persistente; moderada persistente ou grave persistente. O diagnóstico de asma grave, implica a orientação para o seguimento da criança em consulta de especialidade (DGS, 2014).

Relativamente ao controlo, a asma é classificada em degraus (de um ao cinco), tendo em conta o nível de tratamento mínimo necessário para o controlo dos sintomas e agudizações (que pode ser variável ao longo dos meses ou anos), sendo por este motivo necessário a avaliação regular em cada consulta. A classificação da asma baseada no controlo da doença é a que atualmente reúne consenso, uma vez que tem em consideração não só a gravidade das manifestações clínicas, como a medicação utilizada, a resposta à terapêutica, e a prevenção de complicações. Esta classificação permite determinar três níveis de controlo da asma: asma controlada; parcialmente controlada; e não controlada. Na criança em idade pré-escolar (idade inferior a seis anos) a avaliação do controlo da asma apresenta limitações, pela falta de instrumentos validados para a sua avaliação, como também pela frequência das agudizações e das múltiplas causas de sibilância, típicas desta faixa etária. Como tal, também o diagnóstico de asma pode ser difícil de objetivar, uma vez que neste grupo etário os episódios de sibilância e tosse recorrentes são frequentes, a função pulmonar é difícil de avaliar, como também pela existência de diversos fenótipos de doença sibilante. Neste sentido, perante um quadro sugestivo, deve estabelecer-se a probabilidade diagnóstica de asma e rever-se o diagnóstico sempre que necessário, que deve ocorrer pelo menos anualmente (DGS, 2014; GINA, 2023a).

--- Tratamento ---

O tratamento da asma engloba o farmacológico, o não farmacológico e o de intervenção, tendo como objetivos o controlo dos sintomas e a redução do risco de agudizações. O nível de controlo e a avaliação do risco determinam a seleção do tratamento farmacológico, organizados em degraus e com algoritmos estabelecidos de acordo com um ciclo de avaliação e monitorização, para ajuste da terapêutica, valorizando-se a eficácia, a segurança e o custo da intervenção em cada degrau terapêutico. A abordagem farmacológica inclui os fármacos para o controlo diário da asma (de longo termo, com efeito anti-inflamatório ou broncodilatador de ação prolongada) e os fármacos de alívio (com efeito broncodilatador e de ação rápida). Paralelamente, a educação para a saúde sobre o plano terapêutico e a técnica correta de inalação, são aspetos essenciais para o controlo da doença. Pessoas informadas, regimes terapêuticos simplificados, inaladores facilmente manuseáveis e um plano de ação escrito, constituem-se aspetos facilitadores da adesão ao tratamento e da obtenção do controlo da asma, assim como o estabelecimento de uma parceria profissional-pessoa/cuidador para a capacitação e autogestão da doença. No que concerne ao tratamento da asma nas crianças em idade pré-escolar, aspetos como as características farmacológicas dos medicamentos e a escassez de evidência científica, justificam a variabilidade de estratégias terapêuticas neste grupo etário. É recomendável que as crianças com idade inferior a seis anos, sejam referenciadas para consulta de especialidade hospitalar de asma, sendo também fundamental (atendendo à idade da criança) que esta seja envolvida no

plano de tratamento (DGS, 2014; DGS, 2018c). Outro aspeto a considerar, é o tratamento das comorbilidades, essencial para o controlo da doença e redução do risco de agudizações, como por exemplo o tratamento de infeções respiratórias (virais e bacterianas), com terapêutica de suporte ou antibioterapia, uma vez que constituem uma causa frequente de agudização da asma (DGS, 2017).

Define-se por agudização, crise ou exacerbação da asma, a perda de controlo da doença que requer tratamento urgente. Caracteriza-se por um agravamento agudo ou subagudo dos sintomas e da função pulmonar relativamente ao estado habitual (ou por um episódio inaugural), manifestando-se por aumento da dispneia, tosse, sibilância, sensação de opressão torácica, ou uma combinação destes sintomas. A gravidade da agudização da asma pode ser classificada em ligeira/moderada, grave e muito grave (DGS, 2014).

O esquema terapêutico implementado na fase de agudização da asma tem como objetivos a correção da hipoxemia, a reversão da obstrução das vias aéreas e a redução da probabilidade de recaída. As agudizações moderadas e graves são emergências médicas, pelo que a monitorização e a intervenção terapêutica deverá ser verificada em contexto de Serviço de Urgência (DGS, 2014). Neste sentido, o plano de ação implementado deve incluir informações específicas sobre os medicamentos e as dosagens, quando e como recorrer à assistência de cuidados médicos, de maneira a permitir que os pais/cuidadores reconheçam o agravamento da asma, iniciem o tratamento, e identifiquem quando é necessário o tratamento hospitalar urgente (GINA, 2023a).

Tendo como referência o cenário relativo a esta conceção de cuidados, e uma vez que a criança apresentou uma exacerbação grave do seu processo patológico e se encontra em contexto de Serviço de Urgência, será apenas descrito a abordagem e o tratamento recomendado para esta situação.

Assim, a atuação perante um episódio de exacerbação da asma, inicia-se com a avaliação da criança através da história clínica e exame físico (auscultação, uso de musculatura acessória, frequência respiratória e cardíaca, débito expiratório máximo instantâneo - PEF, saturação de oxigénio periférico - SpO₂), o que vai permitir classificar a gravidade da agudização da asma (ligeira/moderada, grave e muito grave). A apresentação clínica da criança na exacerbação grave da asma (de acordo com as linhas orientadoras do GINA) inclui:

- Estado geral - sem alterações;
- Estado mental - sem alterações;
- Fala - frases incompletas/parciais;
- Musculatura acessória - tiragem infracostal e/ou supraesternal acentuada;
- Sibilos - difusos e audíveis;

- Frequência cardíaca - superior a 110 batimentos por minuto;
- SpO₂ (em ar ambiente) - 91-95%;
- Pressão parcial de oxigénio (PaO₂) em ar ambiente - 60 mmHg (aproximadamente);
- Pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) em ar ambiente - 40 mmHg (aproximadamente) (Serra, 2019).

A abordagem perante a criança com exacerbação da asma deverá basear-se num plano de ação individualizado para a terapêutica de crise de acordo com o grupo etário. Após a avaliação, a base terapêutica consiste em manter a correta oxigenação, intensificar a terapêutica broncodilatadora, e a corticoterapia. O tratamento a instituir engloba a manutenção correta da oxigenação com administração de oxigénio suplementar para SpO₂ alvo $\geq 94\%$; administração de broncodilatadores (por câmara expansora ou nebulização); corticoterapia sistémica; e iniciar e aumentar a dose de corticoterapia inalada, em associação à sistémica (DGS, 2014). É também essencial, uma reavaliação durante a agudização, através da resposta ao tratamento e recategorização da gravidade da exacerbação, se necessário. O recurso a antibioterapia não está recomendado para o tratamento da crise asmática, exceto quando existe uma infeção bacteriana resultante de outra condição (Hockenberry et al., 2019).

A manutenção da asma é um processo que envolve um ciclo contínuo e partilhado - *assess, adjust and review* - para avaliar, ajustar o tratamento e rever a resposta, de forma a ser possível minimizar os riscos e controlar os sintomas. Tal como outras doenças crónicas, é um facto que as doenças respiratórias acarretam um peso significativo para a sociedade, que do ponto de vista económico se relaciona diretamente com a utilização dos serviços de saúde, pelo que os investimentos na prevenção terão um impacto significativo. Segundo os dados do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, apesar do aumento da incidência, relacionado com diversos fatores, a morbilidade tem vindo a diminuir devido, entre outros motivos, à evolução da terapêutica inalada com novos fármacos e a novos dispositivos de inalação. Neste sentido, o controlo da doença passa também por melhorar o investimento na formação dos profissionais de saúde e no ensino e educação dos doentes (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020). Os objetivos a longo prazo na manutenção da asma são o controlo da sintomatologia e a redução do risco, pelo que é essencial uma parceria que englobe competências comunicacionais e literacia em saúde entre os profissionais de saúde e o doente, respetivamente, para uma manutenção efetiva da asma (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2020; GINA, 2023b).

O cuidado de enfermagem em situações especiais: a criança com doença crónica

Os cuidados de enfermagem em Pediatria têm como premissa a criança indissociável dos pais e integrada no seio de uma família, assim como os cuidados centrados na família e em decisões compartilhadas, onde se objetiva o estabelecimento de uma relação de parceria efetiva e de envolvimento em todo o processo terapêutico, com vista à promoção da autonomia da criança,

capacitação dos pais, a adaptação à doença e a normalização (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros).

A criança que é admitida em contexto de Serviço de Urgência com um episódio agudo de asma, encontra-se apreensiva e ansiosa, pela descompensação do processo corporal e sintomatologia apresentada, ao qual se associa o impacto da hospitalização, num ambiente desconhecido, tecnológico e “agitado”, como é, neste cenário em particular, o Serviço de Urgência. Garantir um ambiente de privacidade; com aceitação das respostas emocionais ao medo e à dor; explicar os procedimentos com técnicas de comunicação adequadas; permitir a participação da criança, apoiar a presença e envolver os pais nos cuidados; são estratégias para que a criança se sinta segura e tenha um sentimento de controlo perante a situação. Também os pais podem questionar-se quanto ao desempenho parental, que tem desafios particulares quando se trata da parentalidade na doença crónica. A preocupação e o sentir que podem ter contribuído ou impedido de alguma forma o episódio, implica o estabelecimento de um clima de confiança, através da informação sobre a condição da criança e o tratamento implementado, de forma a que os pais se sintam seguros em relação ao seu papel. Neste sentido, tanto a criança como os pais que convivem com a asma, devem receber o apoio e a orientação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros pela relação de proximidade e continuidade de cuidados, para aprender a lidar com a doença, de forma a entenderem que a adaptação ao processo, a curto e a longo prazo, depende da aceitação e da maneira como lidam com a doença no dia-a-dia, num contexto que envolve a família, a escola e a sociedade em geral (Hockenberry et al., 2019).

A asma integra um conjunto vasto e heterogénio de doenças crónicas, que são definidas pela OMS como doenças de longa duração, que requerem uma abordagem sistemática e a longo prazo para o seu tratamento, e uma atenção contínua de todos os setores da sociedade, com impacto na qualidade de vida do portador, como também um importante impacto económico, mas muitas vezes subestimado nas famílias e na sociedade em geral (WHO, 2005). A doença crónica, implica na criança e na família, um conjunto de desafios experienciais relacionados com as necessidades especiais de saúde intrínsecas, e a gestão da condição da mesma, perante os quais resultam estadios vivenciais que se relacionam com a adaptação psicossocial, a esperança e as consequências da própria doença (Charepe, 2011; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O exercício da parentalidade, enquanto transição desenvolvimental, implica por parte dos pais um reajuste de papéis, através da incorporação de novos conhecimentos e habilidades, o que lhes permitirá atingir a mestria no desempenho parental. Perante a doença crónica do filho e a hospitalização motivada pela agudização do seu processo corporal, associa-se em simultâneo, uma transição situacional inerente ao exercício do papel relacionado com as necessidades de saúde (Melleis et al., 2000; Sousa, 2012). Desta forma, o exercício do papel parental requer um conjunto de competências que constituem uma dimensão proativa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde, todavia em contexto de

crianças portadoras de doença crónica, é exigido aos pais a aquisição de mais competências, no sentido de lidarem eficazmente com tratamentos complexos e experiências emocionais desagradáveis (Paiva e Silva, 2007).

Os cuidados de enfermagem visam os processos adaptativos do cliente (particularmente essenciais em contexto de doença crónica) e aos quais está intrínseco o conceito de esperança. Muito embora com um carácter individual e multidimensional, estudos de várias disciplinas têm revelado que a Esperança é essencial no processo de saúde-doença, uma vez que contribui para a capacitação da pessoa para enfrentar momentos de crise; para manter a qualidade de vida; contribuindo para a promoção de saúde e determinação de objetivos realistas; constituindo-se assim um dos aspetos centrais no cuidado de enfermagem. Em contexto pediátrico, o enfermeiro tem como alvo dos cuidados o binómio criança-família, pelo que o conhecimento dos fatores que influenciam a Esperança; das estratégias facilitadoras e das barreiras na sua manutenção, constituem-se aspetos basilares da atuação do enfermeiro para a promoção da Esperança nos pais de crianças com doença crónica. Assim, pela natureza e características da própria doença; pelas limitações e desafios impostos pela gestão quotidiana da sintomatologia; pelo regime terapêutico; pelas necessidades de cuidados de saúde e de recursos disponíveis; os cuidados de enfermagem que visam a promoção da Esperança (reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros como uma intervenção especializada na área da saúde infantil e pediátrica) assumem um papel essencial da adaptação da criança e família à doença crónica (Cavaco, et al., 2010; Maravilha et al., 2021; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

6.2. Clientes

Cliente

Pré-escolar | Idade: 5 anos | Feminino

Mãe/Pai

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Figura parental principal: pai.

21-01-2024 15:00 - Distância casa/hospital: 5 Km.

21-01-2024 15:00 - Número de outros filhos: 3.

21-01-2024 15:00 - Filho(s) Toddler, Filho(s) escolar, Filho(s) adolescente.

21-01-2024 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-21 15:00:00	Metilprednisolona 11mg IV 12/12h (5h-17h)	
2024-01-21 15:00:00	Salbutamol 0,5ml + Brometo de ipratrópio 250mcg Nebulização 4/4h (0h-4h-8h-12h-16h-20h)	
2024-01-21 15:00:00	Azitromicina 5,2 ml PO 1xdia (17h)	

6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No domínio interdependente da prática profissional de enfermagem, incluem-se as intervenções relacionadas com a administração de fármacos, e perante as quais o enfermeiro assume a responsabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001), mediante um conjunto de conhecimentos científicos relacionados com a farmacologia, o processo patológico e as características e particularidades de cada cliente, de forma a otimizar o tratamento, minimizar riscos e evitar complicações. O tratamento farmacológico implementado neste cenário, tem como objetivo a reversão dos sintomas provocados pela exacerbação da asma da Luísa, de forma a evitar o agravamento clínico e a falência respiratória. Esta abordagem engloba o tratamento dos sintomas com broncodilatadores inalados (salbutamol em associação ao brometo de ipratrópio, para um efeito sinérgico) e o corticóide sistémico (metilprednisolona), para o tratamento da causa subjacente, uma vez que a asma é uma doença inflamatória.

Salbutamol (solução a 0,5% para nebulização)

Classificação farmacoterapêutica: Broncodilatador. Agonistas adrenérgicos beta.

Indicações: Usado como broncodilatador no controlo e prevenção da obstrução reversível das vias respiratórias provocada pela asma. Utilizado por via inalatória (aerossol) como o fármaco de alívio rápido do broncospasmo agudo e na prevenção do broncospasmo induzido pelo exercício físico. O salbutamol provoca broncodilatação num curto espaço de tempo (quatro horas) com início rápido de ação (dentro de cinco minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias devidas à asma.

Efeito terapêutico: Broncodilatação. É um agonista dos recetores adrenérgicos β_2 de curta duração utilizado para o alívio do broncoespasmo em condições como a asma. Liga-se aos recetores β_2 no músculo liso das vias respiratórias, provocando diminuição do cálcio intracelular

e relaxamento do músculo liso, com subsequente broncodilatação. O salbutamol provoca também vasodilatação, que conduz a um efeito cronotrópico reflexo e efeitos metabólicos generalizados, incluindo hipocaliemia.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade. O uso concomitante com fármacos adrenérgicos (simpaticomiméticos) produz efeitos laterais adrenérgicos aditivos.

Reações adversas e efeitos laterais: trémulos, aumento da frequência cardíaca, cefaleias, câibras musculares, irritação da mucosa oral, inquietação, arritmias, hipocaliemia.

Considerações de enfermagem: A solução para nebulização deve ser diluída com 2,5ml de soro fisiológico (esta diluição é estável 24 horas à temperatura ambiente). Proteger da luz. Para a nebulização, utilizar ar comprimido ou oxigénio a 6-10L/minuto. Aconselhar a humedificação da mucosa oral após a nebulização, para minimizar a secura da boca, bem como a higiene oral adequada.

Aspetos relacionados com a inaloterapia - Técnica de nebulização: Os nebulizadores são aparelhos capazes de converter soluções e/ou suspensões em forma de aerossol de partículas de diferentes dimensões. Permitem nebulizar soluções como por exemplo soro fisiológico, salbutamol e brometo de ipratrópio. O fluxo dinâmico recomendado para o nebulizador pneumático é de 6-8L/min, e o volume da solução recomendado é de 4-5mL. A maior parte da dose do fármaco é fornecida nos primeiros cinco minutos da nebulização, e o tempo recomendado é de 10 minutos para a população pediátrica. Durante a nebulização com máscara facial, a respiração deve ser realizada pela boca. Para a higiene do nebulizador, deverá seguir-se as recomendações do fabricante (Aguiar, et al., 2017).

Brometo de ipratrópio (solução a 0,025% para nebulização)

Classificação farmacoterapêutica: Broncodilatador. Anticolinérgico.

Indicações: Tratamento adjuvante do broncospasmo provocado pela asma. Utilizado concomitantemente com agonistas β_2 por via inalatória, para o tratamento da obstrução reversível das vias aéreas na asma.

Efeito terapêutico: Inibe os recetores colinérgicos dos músculos lisos brônquicos (propriedades anticolinérgicas - parassimpaticolítico), prevenindo o aumento da concentração intracelular de cálcio e provocando broncodilatação local. A broncodilatação que se observa após a inalação é sobretudo local e específica a nível do pulmão e não de natureza sistémica.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade. Os agentes simpaticomiméticos β_2 podem intensificar o efeito broncodilatador do brometo de ipratrópio.

Reações adversas e efeitos laterais: tosse, odinofagia e rouquidão, boca seca, vômitos, diarreia, obstipação, cefaleias.

Considerações de enfermagem: Diluir a quantidade prescrita em 3-5ml de soro fisiológico. Esta diluição é estável durante 24 horas à temperatura ambiente. A solução pode ser misturada com salbutamol, desde que usada num período de uma hora, após a diluição. Ajustar a máscara da nebulização (para evitar o contacto do fármaco com os olhos). Proteger da luz. O início da ação é demasiado lento para o doente em crise aguda (terapêutica alternativa no caso de broncospasmo grave). Aconselhar a humedificação da mucosa oral após a nebulização, para minimizar a secura da boca, bem como a higiene oral adequada.

Metilprednisolona IV

Classificação farmacoterapêutica: Corticosteróide de ação intermédia. Glucocorticóides.

Indicações: Usada em situações inflamatórias como, por exemplo, na asma brônquica (doença inflamatória crónica). Indicada nas situações em que seja necessário um efeito rápido e intenso do corticosteróide, como na agudização da asma.

Efeito terapêutico: Ação anti-inflamatória potente (maior que a prednisolona e cinco vezes superior à hidrocortisona).

Contraindicações e precauções: Não aplicável.

Reações adversas e efeitos laterais: Não aplicável.

Considerações de enfermagem: Reconstituir o fármaco com a solução fornecida. Administrar por via intravenosa em bólus.

Azitromicina PO

Classificação farmacoterapêutica: Antiinfeciosos. Macrólidos.

Indicações: Infecções do trato respiratório superior (sinusite, faringite, amigdalite) e inferior (bronquite e pneumonia).

Efeito terapêutico: Ação bacteriostática contra bactérias suscetíveis.

Contraindicações e precauções: Hipersensibilidade.

Reações adversas e efeitos laterais: Diarreia; náuseas; dores abdominais; angioedema.

Considerações de enfermagem: Administrar uma hora antes ou duas horas após a refeição.

(Deglin & Vallerand, 2009; Infarmed, s.d.)

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Oxigenoterapia

21-01-2024 15:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

22-01-2024 20:00 - Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

21-01-2024 15:00 - Assegurar oxigenoterapia

21-01-2024 15:00 - Manter oxigenoterapia [Todos os turnos]

Sondas, Drenos e Cateteres

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Sonda de oxigénio

21-01-2024 15:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

22-01-2024 20:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

21-01-2024 15:00 - Assegurar funcionamento da sonda

21-01-2024 15:00 - Otimizar sonda de oxigénio [Todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Promover adesão: medidas de otimização da sonda de oxigénio

21-01-2024 15:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora.

22-01-2024 20:00 - Capacidade para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora [MANTEVE].

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [Todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda de oxigénio

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Em todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda de oxigénio

21-01-2024 15:00 - Trocar sonda de oxigénio [De 7/7 dias e SOS (protocolo institucional)]

21-01-2024 15:00 - Cateter venoso periférico

21-01-2024 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

21-01-2024 15:00 - Mão Esquerda(o)

21-01-2024 15:00 - Características do dispositivo: 22G.

21-01-2024 15:00 - Ausência de dor.

21-01-2024 15:00 - Ausência de calor.

21-01-2024 15:00 - Ausência de rubor.

21-01-2024 15:00 - Ausência de tumefação.

21-01-2024 15:00 - Ausência de exsudado.

22-01-2024 20:00 - Localização do cateter venoso periférico

22-01-2024 20:00 - Mão Esquerda(o)

22-01-2024 20:00 - Características do dispositivo: 22G.

22-01-2024 20:00 - Ausência de dor.

22-01-2024 20:00 - Ausência de calor.

22-01-2024 20:00 - Ausência de rubor.

22-01-2024 20:00 - Ausência de tumefação.

22-01-2024 20:00 - Ausência de exsudado.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [5h-17h]

21-01-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter

21-01-2024 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

21-01-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

21-01-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Turno da manhã e em SOS]

21-01-2024 15:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Oxigenoterapia e Sonda de oxigénio

Um episódio de agudização grave da asma cursa com hipoxemia, pelo que a administração de oxigénio deve verificar-se precocemente e no método mais confortável e tolerável para a criança. Nas crianças, o método mais comum é a máscara de oxigénio ou a sonda/cateter nasal, que podem oferecer uma concentração de oxigénio até 50%. Contudo, o segundo método é o mais bem tolerado pelas crianças. A oxigenoterapia tem como objetivo manter uma saturação de hemoglobina em torno dos 95% e diminuir a dificuldade respiratória. Um dos métodos para a monitorização da oxigenoterapia é a oximetria de pulso, que consiste num método simples, contínuo e não invasivo para determinar a saturação de oxigénio (através da saturação de oxigénio na hemoglobina - oxihemoglobina). Pela sua rapidez de informação sobre a oxigenação, é um método indicado em crianças com insuficiência respiratória aguda, e que permite orientar a tomada de decisão relativamente à quantidade de oxigénio necessário a administrar para as saturações alvo pré-estabelecidas (Hockenberry et al., 2019; Tarrio, 2003).

No domínio interdependente da sua prática, o enfermeiro realiza ações decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que está integrado, e de

prescrições ou orientações previamente formalizadas. Esta área de atuação, através de técnicas próprias da profissão e em conformidade com os diagnósticos de enfermagem identificados (domínio autónomo), tem em vista a manutenção e a recuperação das funções vitais, como por exemplo, a respiração (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

Cateter venoso periférico

A cateterização venosa periférica é um procedimento de enfermagem, que permite por exemplo, a administração de fármacos, a qual se enquadra no domínio interdependente dos cuidados de enfermagem, e perante as quais o enfermeiro assume a responsabilidade da sua implementação (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A abordagem farmacológica no cenário desta conceção de cuidados, e em particular o uso de corticoterapia sistémica, constitui uma das bases do tratamento na asma aguda grave, e que permitirá a reversão da sintomatologia da Luísa e a sua recuperação.

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-01-2024 15:00	Sensações somáticas	
21-01-2024 15:00	Sistema respiratório	
21-01-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
21-01-2024 15:00	Eliminação intestinal	
21-01-2024 15:00	Eliminação urinária	
21-01-2024 15:00	Termorregulação	
21-01-2024 15:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
21-01-2024 15:00	Desenvolvimento psicomotor	
21-01-2024 15:00	Desenvolvimento físico	
21-01-2024 15:00	Infância pré-escolar	
21-01-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
21-01-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Sistema respiratório, Sistema cardiovascular e Termorregulação

A monitorização dos sinais vitais através da avaliação regular das funções respiratória, cardiovascular e da termorregulação, permite detetar alterações e intervir precocemente. Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compete o reconhecimento de situações de instabilidade dos sinais vitais e risco de morte, e mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta

rápida, através de cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Uma crise asmática caracteriza-se por um processo dinâmico com reversibilidade ou deterioração rápida, principalmente em crianças pequenas (por falha dos mecanismos compensatórios). O grave comprometimento das trocas gasosas, as alterações hemodinâmicas associadas (como por exemplo a taquicardia), associadas aos efeitos colaterais dos fármacos (por exemplo β_2 agonistas), contribuem para que estas crianças sejam consideradas de alto risco para o desenvolvimento de complicações e eventual paragem cardiorrespiratória (Tarrío, 2003).

A criança do cenário desta conceção de cuidados, pela agudização do seu processo patológico, apresenta compromisso na ventilação, pelo que a vigilância e monitorização do processo cardiorrespiratório é fundamental para avaliar a evolução clínica de Luísa e a resposta ao tratamento implementado, e eventual necessidade de escalada terapêutica, a fim de evitar a falência respiratória.

Sensações somáticas

A avaliação sistematizada da intensidade da dor enquadra-se na monitorização dos sinais vitais, sendo o seu reconhecimento e controlo eficaz um dever do profissional de saúde, e um direito fundamental da criança, assente numa humanização de cuidados efetiva e numa filosofia de cuidados atraumáticos, basilar em contexto pediátrico (DGS, 2003; IAC, 2017). São orientações gerais de boa prática os seguintes aspetos: acreditar sempre na criança que refere dor e dar tempo para que a expresse; privilegiar a autoavaliação a partir dos três anos (sempre que possível); dialogar com a criança e os pais; observar a criança; e utilizar de forma rigorosa o instrumento selecionado para a avaliação da dor (DGS, 2010). O reconhecimento da dor na criança deve ter em conta aspetos como o seu estadió de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial); a vulnerabilidade (como na doença crónica); e mecanismos mediáticos (como experiências anteriores), fatores estes que influenciam a sua perceção dolorosa. Devido aos conflitos psicosexuais da criança dos quatro aos seis anos, inerentes ao seu processo desenvolvimental, aquelas estão mais vulneráveis a ameaças de lesão corporal (uma vez que o conceito de imagem corporal está pouco desenvolvido), e a falta de compreensão na incapacidade dos pais para acabar com o seu sofrimento e a separação destes, agrava a intensidade da sua experiência dolorosa. As reações mais frequentes de dor nesta faixa etária incluem a expressão verbal; a descrição da sua intensidade; as alterações comportamentais (agitação e agressão física); as alterações na sociabilidade e dependência; e as alterações nos sinais vitais. O uso de escalas de avaliação é o método mais fiável para medir a dor, e a autoavaliação considerada segura a partir dos quatro anos de idade (Batalha, 2010). A escala de autoavaliação *Faces Pain Scale-Revised* (FPS-R) está validada a partir dos quatro anos e é uma das escalas recomendadas pela DGS (2010) para a avaliação da dor da criança deste

grupo etário. Esta escala caracteriza-se pela representação ilustrada de seis faces com várias expressões (neutra, feliz, triste, com lágrimas), que descrevem os vários graus da dor, com uma cotação que varia entre os zero e os dez pontos, sendo a face um (pontuação zero), a que representa ausência de dor; e as faces cinco ou seis (pontuação oito ou dez), as que representam dor muito intensa (Batalha, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como competência, gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da criança, através da aplicação de conhecimentos e habilidades em estratégias não farmacológicas, assim como na gestão de medidas farmacológicas (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Eliminação intestinal e Eliminação urinária

A determinação da eliminação intestinal e urinária permite detetar alterações e intervir precocemente.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A ligação mãe/pai-filho pode ser definida como o “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (International Council of Nurses, 2019). Ao longo do ciclo vital do filho, os pais vão enfrentando desafios relacionados com as necessidades desenvolvimentais, como as necessidades de afeto, mas também com as necessidades especiais que caracterizam a doença crónica como a asma, e que implicam muitas vezes episódios de hospitalização, como se verificou na criança do cenário desta conceção de cuidados. A doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados, que podem ser dificultadores da parentalidade. Esta implica a mobilização de recursos internos - através da adaptação e integração - o que vai permitir a autoestima, sentimentos de adequação e de capacidade dos pais para lidar com a situação, constituindo-se aspetos promotores de uma transição adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Em contexto de criança com doença crónica, o fortalecimento parental é fundamental, podendo ser visto como um processo gradual de reconhecimento, promoção e aumento de competência dos pais (Hockenberry et al., 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica reconhece os pais como os principais cuidadores do filho; apoia e incentiva a sua presença e a participação nos cuidados; fornece a informação, o conhecimento, e capacita-os; através de uma relação de parceria e negociação, e um plano de cuidados promotor e facilitador da parentalidade durante o processo de hospitalização do filho (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desenvolvimento físico e Desenvolvimento psicomotor

O crescimento é um processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico e maturação, com alterações físicas distintas desde a infância até à idade adulta (International Council of Nurses,

2019). A determinação do peso constitui um dos parâmetros para a sua avaliação (DGS, 2013), sendo um dado essencial na abordagem farmacológica implementada neste cenário.

O desenvolvimento psicomotor é um processo natural e evolutivo, que integra a coordenação; a comunicação; a socialização e os aspetos da mobilidade; e a capacidade para interagir com o meio envolvente (International Council of Nurses, 2019), que decorre paralelamente ao desenvolvimento físico. Tendo em conta a idade do cliente desta conceção de cuidados, é expectável que a Luísa se vista sozinha; compreenda as regras num jogo; conte os cinco dedos da mão; desenhe uma figura humana com alguns pormenores; saiba os seus dados biográficos e a morada; tenha um vocabulário fluente e com articulação geralmente correta. Como processo dinâmico, individual e contínuo, a sua avaliação, qualquer que seja o contexto de cuidados, é essencial para a deteção precoce de alterações, permitindo desta forma, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica encaminhe antecipadamente, bem como implemente estratégias promotoras e orientações antecipatórias, de forma a potenciar o desenvolvimento infantil e promover o exercício parental adequado (DGS, 2013; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Infância pré-escolar

Período desenvolvimental em que se insere a Luísa, compreendido entre os três e os cinco anos de idade. Esta fase é caracterizada por um conjunto de aquisições biológicas, cognitivas, psicossociais e espirituais, que vão preparar a criança para um momento significativo que é o início da vida escolar. Do ponto de vista biológico, o crescimento físico desacelera e o desenvolvimento motor consiste no aumento da força e no refinamento de habilidades já adquiridas, que lhe vão permitir a prontidão para aprender e a independência para ingressar na escola. Ao nível cognitivo, de acordo com a teoria de Piaget, a criança pré-escolar encontra-se na fase de pensamento intuitivo com a transição do pensamento totalmente egocêntrico (característico da fase anterior) para a consciência social e a capacidade de considerar outros pontos de vista, tolerando as perspetivas dos outros, mais do que as entender. Neste período, a brincadeira (principalmente a associativa) é o método mais eficaz para a criança compreender e adaptar-se às experiências de vida. A compreensão da causalidade e de tempo é ainda limitada, pelo que deve optar-se por informações específicas e concretas como “a mãe vem depois do almoço” e evitar-se explicações genéricas como “a mãe vem mais logo”. O pensamento mágico é ainda uma característica predominante do pré-escolar, tornando difícil a sua compreensão acerca de doenças ou ferimentos, pela incapacidade de raciocinar logicamente sobre a causa-efeito, mas também pela crença no poder das palavras, aceitando de forma literal os seus significados. Fruto deste pensamento, os medos (por exemplo, ficar sozinho, medo do escuro, de animais, de fantasmas e de objetos que se associam a dor) e a fantasia ou o animismo estão presentes durante a infância pré-escolar. O pré-escolar pode ter dificuldade em verbalizar o seu medo ou de separar a fantasia da realidade, pelo que a colocação de um cateter é considerada por ele, uma ameaça muito real à sua existência. O envolvimento ativo da criança para superar

os seus medos é uma das estratégias válidas e eficazes. Do ponto de vista psicossocial, segundo Erickson, a aquisição do senso de iniciativa é a principal tarefa neste período, o que pode originar sentimentos de culpa, ansiedade e medo, quando os comportamentos da criança, que se encontra ávida por novas aprendizagens, ultrapassam os limites das suas capacidades (Golse, 2005; Hockenberry et al., 2019).

O estabelecimento de um clima de afetividade e segurança (para que a criança possa ultrapassar o medo e a ansiedade); a promoção de atividades lúdicas e o reconhecimento da importância do brincar; a comunicação com técnicas adequadas à idade/estadio de desenvolvimento da criança e família, aliados à capacitação parental; constituem aspetos basilares e maximizadores do desenvolvimento infantil, em particular em contexto hospitalar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aliando o conhecimento à especificidades e exigências desenvolvimentais de cada faixa etária, promove crescimento e desenvolvimento infantil qualquer que seja o contexto de cuidados, pois constituem oportunidades únicas de avaliação, promoção e intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

6.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Sem manifestação de dor.

21-01-2024 15:00 - Determinar sinais de dor

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [8/8h e SOS]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Frequência respiratória: 32 ciclos/min.

21-01-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular.

21-01-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

21-01-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

21-01-2024 15:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

21-01-2024 15:00 - Sem adejo nasal.

21-01-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

21-01-2024 15:00 - Periférico(a): 97 %.

21-01-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

21-01-2024 15:00 - Não comunica falta de ar.

21-01-2024 15:00 - Reflexo da tosse: presente.

21-01-2024 15:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

21-01-2024 15:00 - Secreções em pequena quantidade.

21-01-2024 15:00 - Ventilação comprometida

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da ventilação [Todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Melhorar ventilação

21-01-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Promover papel parental especial: gestão da ventilação

21-01-2024 15:00 - Necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir

21-01-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção das crises de ventilação comprometida [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Promover papel parental especial: gestão do regime medicamentoso

21-01-2024 15:00 - Necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir

21-01-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre resposta à medicação [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Preparação para alta]

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Todos os turnos]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

22-01-2024 20:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Saturação do oxigênio no sangue

22-01-2024 20:00 - Periférico(a): 96 %.

22-01-2024 20:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-01-2024 20:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Secreções em pequena quantidade.

Sistema cardiovascular

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Localização do Pulso

21-01-2024 15:00 - Braço Direita(o)

21-01-2024 15:00 - Frequência do pulso: 124 pulsações por minuto.

21-01-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-01-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)

21-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 103 mmHg.

21-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 45 mmHg.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [8/8h]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Localização do Pulso

22-01-2024 20:00 - Braço Direita(o)

22-01-2024 20:00 - Frequência do pulso: 132 pulsações por minuto.

Eliminação intestinal

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

21-01-2024 15:00 - Expulsão controlada de fezes.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Todos os turnos]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Ausência de dejeções [MELHOROU].

Eliminação urinária

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Urina em moderada quantidade.

21-01-2024 15:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

21-01-2024 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Todos os turnos]

Termorregulação

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

21-01-2024 15:00 - Ouvido: 36.70 °C.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Todos os turnos]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Temperatura corporal periférica

22-01-2024 20:00 - Ouvido: 36.50 °C.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Todos os turnos]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

21-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

21-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

21-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

21-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

21-01-2024 15:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

21-01-2024 15:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

21-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Todos os turnos]

22-01-2024 20:00

22-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

22-01-2024 20:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Peso: 21.00 Kg.

Infância pré-escolar

21-01-2024 15:00

21-01-2024 15:00 - Infância pré-escolar

21-01-2024 15:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

21-01-2024 15:00 - Alimentar cliente [SOS]

21-01-2024 15:00 - Dar banho [Turno da manhã]

21-01-2024 15:00 - Vestir/despir [SOS]

21-01-2024 15:00 - Implementar medidas de segurança [Todos os turnos]

21-01-2024 15:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Todos os turnos]

6.7. Especificação das intervenções

Alimentar cliente

- Assistir a Luísa durante as refeições

Posicionar para otimizar a ventilação

- Elevar cabeceira do leito a 45º

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Promover um clima de segurança e afetividade
- Promover e implementar atividades lúdicas
- Envolver os pais nos cuidados
- Promover e apoiar o papel parental

Implementar medidas de segurança

- Subir as grades da cama

Otimizar sonda de oxigénio

- Verificar posicionamento da sonda
- Mudar local de fixação da sonda

Otimizar cateter venoso periférico

- Vigiar permeabilidade, sinais de obstrução ou exteriorização

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar comportamentos de afetividade
- Observar procura de informação sobre o estado clínico da Luísa, a evolução clínica e o plano terapêutico
- Determinar tempo de contacto com a Luísa
- Observar disponibilidade para participar nos cuidados à Luísa

Manter oxigenoterapia

- Administrar oxigénio suplementar por sonda
- Monitorizar débito de oxigénio administrado

Avaliar evolução de sinais de dor

- Aplicar escala FPS-R

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Inspeccionar zonas de pressão na face ou seto nasal

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida

- A mãe/pai identificam os estímulos desencadeantes de uma crise de asma
- A mãe/pai verbalizam quais as medidas a adotar em situação de crise
- A mãe/pai identificam as situações que implicam observação médica (centro saúde/hospital)

Ensinar mãe/pai sobre prevenção das crises de ventilação comprometida

- Estímulos desencadeantes de crise asmática (alergénios, exercício, infeções, stress emocional, fumo de cigarro, odores fortes, animais domésticos, poluição ambiental)
- Sinais e sintomas de crise asmática (tosse, sibilância, falta de ar, opressão torácica,

dificuldade em falar, cansaço)

- Medidas a adotar em situação de crise

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso

- A mãe/pai verbalizam conhecimento sobre fármacos a usar na prevenção e de crise (tipo, dose, via de administração, horário e efeitos)
- A mãe/pai verbalizam conhecimentos sobre a técnica inalatória e cuidados

Ensinar mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso

- Fármacos de manutenção e de alívio

Ensinar mãe/pai sobre resposta à medicação

- Melhoria e/ou ausência da sintomatologia da crise (ausência de tosse, sibilância, falta de ar, opressão torácica, dificuldade em falar, cansaço)

Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso

- Fármacos de prevenção (tipo, dose, via de administração, horário)
- Tipos de inaladores, técnica inalatória e cuidados
- Fármacos de alívio de crise asmática (tipo, dose, via de administração, quando utilizar)

6.8. Síntese relativa ao caso

Com a elaboração deste capítulo pretende-se: justificar a escolha das intervenções de enfermagem de acordo com a tipologia e que foram planeadas face aos focos/diagnósticos identificados; definir os critérios de resultados face aos diagnósticos; e por último, refletir sobre os contributos do caso clínico desta conceção de cuidados para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Justificação da escolha das intervenções por tipologia

As intervenções de enfermagem identificadas nesta conceção de cuidados englobam os seguintes domínios:

No domínio "*Observar*", as intervenções do tipo "*Avaliar a evolução*" permitem determinar a evolução e os resultados das intervenções implementadas, contribuindo desta forma para a evolução favorável da condição.

No domínio "*Gerir*", as intervenções do tipo "*Otimizar*" permitem obter o melhor resultado através de ações específicas e direcionadas ao alvo identificado, especificamente a sonda de oxigénio e o cateter venoso periférico; e "*Implementar*" é um tipo de ação que permite usar o conhecimento e capacidades para pôr em prática o planeado, nomeadamente no que concerne às medidas de segurança e às estratégias de promoção de desenvolvimento da Luísa.

No domínio "*Executar*", as intervenções do tipo "*Alimentar*", "*Posicionar*"; "*Dar banho*"; "*Vestir/Despir*"; "*Manter*"; são ações de enfermagem que vão permitir desempenhar uma técnica específica. Estas ações incluem as que estão relacionadas com o bem-estar e as necessidades humanas básicas da Luísa, a deteção precoce e a prevenção de complicações, decorrentes da condição clínica e do tratamento instituído.

No domínio "*Informar*", as intervenções do tipo "*Ensinar*" são ações de enfermagem que vão permitir fornecer conhecimento aos pais da Luísa acerca do regime medicamentoso e sua gestão; dos fatores desencadeantes de uma exacerbação da asma; os sinais e sintomas de uma crise; e quais as medidas a adotar nesta situação. A educação do cliente/cuidador representa um dos pilares na abordagem da asma, e permitirá dar continuidade ao tratamento instituído aquando do regresso a casa, para uma correta manutenção da doença da Luísa, para prevenir novos episódios de agudização e/ou intervir precocemente. A incorporação de conhecimentos por parte dos pais da Luísa, através da informoterapia como terapêutica de enfermagem, constituem condições facilitadoras na adaptação à doença e aquisição de mestria no desempenho parental, essenciais para vivência de uma transição adequada.

Critérios de resultado face aos diagnósticos identificados

Diagnóstico: Ventilação comprometida

Dado: A Luísa utiliza os músculos acessórios da respiração.

Critérios de resultados:

1. Melhorar a ventilação.
2. Determinar a evolução da ventilação.

Justificação: Devido ao episódio de crise de asma, a Luísa mantém ventilação comprometida, com a utilização dos músculos acessórios da respiração, nomeadamente, tiragem infracostal. Face a estes dados, é necessário melhorar a ventilação da Luísa, o que inclui, para além dos fármacos instituídos e oxigenoterapia, o posicionamento da Luísa com a cabeceira da cama elevada, de forma a facilitar a respiração e diminuir o esforço respiratório.

Diagnóstico: Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida

Dado: Os pais da Luísa necessitam de melhorar o conhecimento sobre prevenção de episódios de ventilação.

Critérios de resultados:

1. Melhorar o conhecimento da mãe/pai da Luísa sobre prevenção de episódios de ventilação.
 - A mãe/pai identificam os estímulos desencadeantes de crise asmática

- A mãe/pai identificam sinais e sintomas de exacerbação da asma
- A mãe/pai verbalizam conhecimento sobre as medidas a adotar em situação de crise asmática

2. Detetar alterações no conhecimento da mãe/pai da Luísa sobre prevenção de episódios de ventilação.

Diagnóstico: Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Dado: Os pais da Luísa necessitam de melhorar o conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.

Critérios de resultados:

1. Melhorar o conhecimento da mãe/pai da Luísa sobre a gestão do regime medicamentoso.

- A mãe/pai verbalizam conhecimento sobre os fármacos (tipo, dose, via de administração, efeitos)
- A mãe/pai identificam os fármacos de prevenção e de crise
- A mãe/pai verbalizam conhecimento sobre a técnica inalatória e os cuidados

2. Detetar alterações no conhecimento da mãe/pai da Luísa sobre a gestão do regime medicamentoso.

Justificação: A Luísa apresentou um episódio de agudização do seu processo patológico, que implicou a sua hospitalização. É essencial a avaliação dos conhecimentos dos pais da Luísa face ao reconhecimento dos fatores que possam desencadear um novo episódio de crise, o reconhecimento dos sinais e sintomas numa fase inicial da exacerbação e como atuar, assim como o esquema farmacológico e a técnica de inaloterapia. Face aos dados recolhidos, identificou-se a necessidade de melhorar os conhecimentos dos pais da Luísa, mediante um conjunto de ações de enfermagem no âmbito do ensinar. A incorporação de novas aprendizagens, vai permitir aos pais da Luísa a aquisição da mestria no seu papel parental para uma transição saudável.

Reflexão sobre os contributos do caso clínico para as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A asma brônquica é uma doença inflamatória crónica frequente, que é possível controlar com medidas farmacológicas e não farmacológicas, através de uma abordagem terapêutica onde os objetivos incluem a manutenção do controlo da doença e a prevenção de agudizações. É um facto que em Portugal, a população em idade pediátrica integra o grupo das pessoas com a asma menos controlada, como também cerca de metade dos internamentos por asma ocorrem

nas populações com idade inferior a 18 anos (DGS, 2018c), o que justificou, entre outros motivos, a escolha deste cenário.

O contexto clínico do cenário desta conceção de cuidados diz respeito à hospitalização da Luísa no Serviço de Urgência, especificamente no Internamento de Curta Duração. O Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica é o local onde se presta o atendimento de crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciado, organizados com diferentes áreas específicas de atendimento clínico, fluxos de doentes pré-estabelecidos, recursos mínimos definidos e equipas com formação adequada (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

O referencial normativo do exercício profissional de enfermagem, toma como foco os cuidados resultantes da relação interpessoal do enfermeiro com os seus clientes, ao longo de todo o ciclo vital, tendo em vista prevenir a doença e promover processos de readaptação, procurando-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida e a adaptação funcional aos défices (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

No que concerne à prática profissional na área de saúde infantil e pediátrica, os cuidados de enfermagem especializados tomam como alvo a criança e família, assentes numa filosofia de cuidados centrados na família, nas interações e processos comunicacionais, qualquer que seja o contexto de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A hospitalização de um filho constitui um momento inesperado para a família, gerador de medo e sofrimento, que pode dificultar a adaptação à parentalidade. Reconhecendo os pais como os melhores prestadores de cuidados do seu filho, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica têm como intenção a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, através do ensino e aprendizagem de habilidades, de forma a capacitar os pais para serem os melhores gestores do regime terapêutico do filho (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A doença crónica numa criança implica um conjunto de desafios relacionados com as necessidades especiais de saúde e a gestão da condição da mesma, envolvendo toda a estrutura familiar, e da qual resultam estadios vivenciais relacionados com a adaptação psicossocial, a Esperança e as consequências da própria doença (Charepe, 2011). A parentalidade integra no seu conceito um conjunto de ações realizadas pelas figuras parentais junto dos filhos, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento da maneira mais plena possível e utilizando os recursos disponíveis. Isto implica a incorporação de um conjunto de conhecimentos e habilidades, relacionadas com as necessidades desenvolvimentais e especiais de saúde do filho, de forma a que sejam possíveis a adequação e a mestria no desempenho parental. Uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em particular em contexto de doença crónica, é a promoção da adaptação face ao processo patológico, através da implementação de estratégias de *coping* e

demonstração na prática de conhecimentos de estratégias promotoras de Esperança (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), consideradas facilitadoras no processo da transição.

Tendo como referencial, as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), os cuidados de enfermagem prestados face ao cliente deste cenário permitiram o desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

1. Implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade (E1.1);
2. Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, e prestar cuidados apropriados (E2.1);
3. Fazer a gestão diferenciada da dor da criança, otimizando as respostas (E2.2);
4. Promover o desenvolvimento infantil (E3.1);
5. Comunicar com a criança e a família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento (E3.3);
6. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal (A1.1);
7. Promover a proteção dos direitos humanos (A2.1);
8. Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade enquanto pessoa e enfermeiro (D1.1);
9. Suportar a prática clínica em evidência científica (D2.2).

A utilização da Ontologia de Enfermagem para a realização desta conceção de cuidados, permitiu o planeamento de um conjunto de ações de enfermagem, com as quais se pretende dar resposta aos focos/diagnósticos identificados, possibilitando a descrição da prática de enfermagem e a documentação dos cuidados. Mediante a implementação de intervenções de enfermagem face aos diagnósticos identificados, é necessário inferir sobre os seus resultados de forma a ser possível avaliar a evolução da condição. Uma vez que o cenário desta conceção de cuidados diz respeito a um internamento em contexto de Serviço de Urgência (Internamento de Curta Duração), as duas sessões foram realizadas no mesmo turno (início e fim de turno), durante o qual não se verificaram mudanças no estado clínico da Luísa e, por conseguinte, alteração na condição do diagnóstico ventilação comprometida. Relativamente aos diagnósticos identificados relacionados com a parentalidade e as necessidades especiais da Luísa, uma vez que se encontra numa fase de agudização do seu processo corporal, o objetivo primário das intervenções neste contexto, será a área de intervenção que têm como foco a melhoria do processo corporal e a prevenção de complicações, pelo que não foi considerado ser o momento próprio para intervir, aguardando-se a melhoria clínica da Luísa e a programação da alta para a

implementação das intervenções planeadas.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo destina-se a descrever o percurso clínico desenvolvido, com a descrição das atividades realizadas ao longo dos estágios nos diferentes contextos descritos no capítulo dois deste documento, e uma reflexão crítica, sustentada na evidência e em referências teóricas e normativas, acerca do contributo da componente clínica do curso para o desenvolvimento pessoal e profissional de competências comuns e específicas na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

A competência pode ser definida pela capacidade de agir numa situação, o que implica uma resposta articulada entre o que fazer, a quem, porquê e para quê, assim como - e acima de tudo - os limites do saber (Alarcão & Rua, 2005). Para Benner (2001), as competências e as práticas competentes englobam a capacidade de julgamento clínico, que são desenvolvidas em situações reais, por meio de respostas complexas e dinâmicas.

O desenvolvimento do Estágio de Natureza Profissional, integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, teve em vista aprofundar e consolidar conhecimentos; e desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à criança, jovem e família, nos diferentes contextos de prestação de cuidados, particularizando-se o desenvolvimento de competências especializadas com foco na promoção da Esperança em pais de crianças com doença crónica, temática escolhida para a delimitação e implementação de um projeto de desenvolvimento de competências especializadas denominado *“Um olhar sobre a Esperança dos pais de crianças com doença crónica”*.

Durante o Módulo I do Estágio de Natureza Profissional, a partir dos conhecimentos adquiridos na componente teórica, das experiências obtidas da prática, da reflexão e dos interesses pessoais, foi delineado o projeto de desenvolvimento profissional na área de Saúde Infantil e Pediátrica, que foi concretizado no Módulo II do ensino clínico. Este módulo permitiu expandir e consolidar competências no âmbito do exercício profissional especializado, uma vez que se articulou e deu continuidade às atividades desenvolvidas no Módulo I.

A aquisição e o desenvolvimento das diferentes competências comuns e específicas previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituíram-se um processo contínuo e dinâmico, conseguido através da prestação de cuidados e atividades implementadas nos diferentes contextos da prática clínica.

Os estágios proporcionaram momentos de observação e intervenção em diferentes contextos dos serviços de saúde, permitindo consolidar conhecimentos, desenvolver capacidades, atitudes e competências. Para um exercício profissional na área autónoma, a tomada de decisão implica

uma abordagem sistémica e sistemática, através da identificação de necessidades e cuidados de enfermagem do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Paralelamente ao desenvolvimento das atividades do estágio, aprimorou-se o sentido reflexivo, através da análise crítica das experiências obtidas. O pensamento reflexivo como ferramenta vital da aprendizagem, surge de um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, e desencadeia um processo mental e um ato de pesquisa e inquirição, no sentido de resolução da dúvida e esclarecimento da perplexidade (Peixoto & Peixoto, 2016). Como processo complexo e deliberado, o pensamento crítico caracteriza-se pela sistematização e pela sua intencionalidade voltada para as metas, permitindo o julgamento clínico baseado em evidências, constituindo-se essencial na prática de enfermagem para a tomada de decisão (Hockenberry et al., 2019).

As diferentes situações escolhidas dos contextos da prática clínica para a elaboração da conceção de cuidados (explanadas anteriormente, neste documento), permitiram desenvolver o pensamento teórico baseado no processo de enfermagem – recolha de dados, identificação de diagnósticos, planeamento de intervenções, avaliação de resultados - através da seleção de casos clínicos em cada contexto, que fossem relevantes para uma conceção de cuidados baseada na pesquisa de referenciais de suporte a práticas de qualidade e diferenciadoras do cuidado, e o desenvolvimento de um juízo clínico especializado e a tomada de decisão no planeamento de cuidados.

As horas de contacto nos diferentes contextos clínicos escolhidos para o desenvolvimento dos estágios – Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço Cuidados Intensivos Pediátricos, Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico e Serviço de Urgência Pediátrica – constituíram-se áreas de prestação de cuidados diversificadas e diferenciadas, que possibilitaram um conjunto de experiências facilitadoras do processo formativo, permitindo o desenvolvimento de competências comuns e específicas previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A prática reflexiva na Enfermagem assume um fator essencial na aprendizagem profissional e uma premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016). Neste sentido, nas próximas páginas deste documento, descrevem-se as atividades desenvolvidas a partir da observação e intervenção nos diferentes contextos clínicos.

Procura-se ainda, a reflexão devidamente sustentada, sobre o contributo destas atividades e experiências para o desenvolvimento de competências comuns e específicas, tendo como referência o Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que estabelecem as competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, respetivamente.

Descrição das atividades e reflexão sobre o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

No âmbito da especialização em Enfermagem, as competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas - independentemente da área de especialidade em que desenvolvem a sua prática - e que se demonstram pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, como também um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O desenvolvimento dos estágios nos diferentes contextos clínicos, permitiu o desenvolvimento de competências comuns para o enfermeiro especialista, definidas pelo Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, e que abrangem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A descrição das atividades desenvolvidas e a reflexão sobre os seus contributos para o exercício profissional especializado, será realizada tendo em conta as unidades de competência elencadas a cada domínio, e os respetivos critérios de avaliação, como resultado do alcance de cada competência.

• Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Tendo em conta o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, os estágios permitiram o desenvolvimento das seguintes competências:

A1 - *“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”.*

A2 - *“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.*

Neste domínio, o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica; e uma prática que respeita os direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Enfermagem enquanto profissão, visa a prestação de cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o ciclo vital, através do estabelecimento de uma relação de ajuda, sustentada numa conduta responsável e ética, e que respeite os direitos e os interesses dos cidadãos (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996). A relação terapêutica estabelecida no âmbito do exercício profissional do enfermeiro, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Por outro lado, a Enfermagem centrada no Cuidado e nas relações interpessoais estabelecidas com a pessoa - ser individual, relacional, livre e singular - tem em vista a preservação e proteção da saúde; da dignidade; da humanidade; da integridade e da harmonia interior do ser humano; isto é, o cuidar como um imperativo ético e moral da relação transpessoal, baseada numa visão holística da pessoa e em fatores do cuidado (Watson, 2002; Silva et al., 2010).

Tais aspetos orientam o exercício profissional para uma prática humanizada. Neste sentido, “numa perspetiva sistémica e holística do cliente, os cuidados de saúde visam a valorização da pessoa humana na sua totalidade, no respeito pela sua dignidade, princípio base de toda a intervenção” (Rego et al., 2016, p.26). O enfermeiro, ao valorizar a pessoa inserida numa família e numa comunidade - como ser único com a dignidade subjacente e o direito à autodeterminação - contribui para um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades, e assume uma prática deontológica sustentada na humanização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A Deontologia integra no seu conceito, o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, que se alicerçam nos princípios da moral e do direito, procurando-se desta forma definir boas práticas, tendo em conta as características próprias de cada profissão. Como tal, o Código Deontológico representa o pilar básico do exercício profissional do enfermeiro em Portugal, onde se enunciam os deveres e as responsabilidades dos enfermeiros, alinhados com os direitos dos cidadãos, famílias e das comunidades - a quem se dirigem os cuidados de enfermagem - para a orientação da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A atitude ética e zelosa assumida ao longo do percurso clínico com a equipa multiprofissional em cada contexto de estágio, permitiu o envolvimento e o desenvolvimento pessoal e profissional, tendo em vista uma prática deontológica e de qualidade. Desta forma, a integração gradual na equipa multidisciplinar; o conhecimento das dinâmicas e protocolos institucionais; a mobilização de conhecimentos teóricos que sustentassem o exercício profissional; e os momentos de discussão/reflexão que se proporcionaram com os enfermeiros orientadores e enfermeiros do serviço (emergidos das dúvidas e dos questionamentos pessoais), conduziram ao desenvolvimento de uma prática deontológica e progressivamente mais autónoma.

Estes aspetos, permitiram uma tomada de decisão individual sustentada num juízo clínico crítico, baseado em conhecimento científico, experiência, e pensamento reflexivo, bem como a participação na construção de tomada de decisão em equipa. Esta tomada de decisão foi assumida numa abordagem sistémica, sistemática e sustentada no processo de enfermagem, através da identificação de focos/diagnósticos sensíveis aos cuidados, implementação de intervenções, e avaliação de resultados. Esta tomada de decisão, teve em consideração o respeito pelos direitos humanos e os princípios éticos como seja os da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça.

O respeito pelos Direitos Humanos, como a dignidade, a liberdade e a igualdade (Nações Unidas, 2017), sustentaram a relação estabelecida com a criança e família, numa atitude cultivada na sensibilidade pelas diferenças, premissa de que “bons cuidados significam coisas

diferentes para diferentes pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 13).

Em todos os campos de estágio, assumiu-se o binómio indissociável criança-família, e estabeleceu-se uma relação terapêutica baseada na empatia e disponibilidade, para uma prestação de cuidados sem julgamentos ou juízos de valor, culturalmente sensível, e de respeito pelos valores e crenças individuais.

Na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990, considerou-se a família elemento natural da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar da criança. Da mesma forma, partindo do pressuposto que o interesse superior da criança deve constituir a principal preocupação, reconheceu-se nos pais ou representante legal, a responsabilidade de educar e assegurar o desenvolvimento da criança (UNICEF, 2019).

Os cuidados centrados na família e em parceria, assumem-se como premissas no cuidado em contexto pediátrico (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015), onde se reconhece a criança inserida numa família, com direito à participação no processo de tomada de decisão e de prestação de cuidados, promovendo-se o seu envolvimento num processo de negociação e capacitação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Tais aspetos são fundamentais para uma prática deontológica nesta área de cuidados de enfermagem. Ao longo dos estágios desenvolveu-se uma relação que sustentasse e promovesse a continuidade do papel parental, assumindo-se uma atitude empática, de respeito, de escuta ativa, e de aceitação das suas decisões, de forma a encorajar a verbalização de sentimentos e preocupações dos pais, tendo em vista um planeamento de cuidados alinhado com as suas necessidades e expectativas.

Dos pressupostos da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017), durante a hospitalização da criança, os pais foram encorajados a permanecer junto do filho, informados sobre os direitos, normas e dinâmicas próprias do serviço e da instituição, de forma a sentirem-se parte integrante da equipa, poderem oferecer o melhor acompanhamento ao filho, e por conseguinte, promover-se uma parentalidade efetiva durante a hospitalização da criança, uma vez que “os pais desejam ver respeitada a sua experiência e idoneidade para cuidar do filho que está doente, partilhar as responsabilidades (...) e, neste contexto, receberem ajuda, informação e sentirem que confiam em si enquanto pais” (Sousa, 2012, pp. 31-32).

Neste sentido ao longo da prática clínica, foi promovida a presença dos pais durante a prestação de cuidados à criança, e incentivada a sua participação, disponibilizando a informação, a formação, e o suporte necessários aos pais, para que estes pudessem decidir ativamente como, quando e quais os cuidados a prestar ao filho, adotando-se uma atitude de respeito e aceitação, qualquer que fosse a sua decisão.

Uma das linhas de orientação estratégica do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, configura o investimento na promoção e proteção da saúde, e passa pela implementação de estratégias

como a promoção dos direitos humanos e a promoção da literacia em saúde (DGS, 2022d). A literacia em saúde possibilita que as pessoas compreendam a informação e assumam a responsabilidade pela sua saúde, facilitando uma prestação de cuidados eficiente e centrada na pessoa (Smith, 2021).

Na base de uma relação terapêutica efetiva e de confiança, estão subjacentes os processos comunicacionais que envolvem a assertividade, a empatia e a verdade (Sequeira, 2016). Neste sentido, na comunicação com a criança, recorreu-se a estratégias adequadas ao seu nível de desenvolvimento e compreensão, para que juntamente com os pais/pessoa significativa, fosse garantida toda a informação sobre a sua condição de saúde, tratamento, procedimentos e plano terapêutico, assegurando-se sempre a privacidade e a confidencialidade na transmissão da informação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Tais aspetos foram também assegurados, na documentação de cuidados através dos sistemas de informação de apoio à prática de enfermagem em uso nas instituições, assim como a proteção e confidencialidade dos dados, para a elaboração da conceção de cuidados a partir de casos clínicos do contexto da prática na plataforma E4Nursing de apoio ao ensino, disponibilizada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O reconhecimento e o tratamento da dor na criança, configura-se como um direito fundamental, uma premissa dos cuidados atraumáticos em idade pediátrica, uma boa prática profissional, e um padrão de qualidade institucional (DGS, 2003; DGS, 2010; IAC, 2017; Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ao longo da prestação dos cuidados, em ambos os contextos de intervenção – primário e diferenciado – o reconhecimento e tratamento da dor foi um foco de atenção da prática. Particularizando o contexto hospitalar, garantiu-se a avaliação da dor com recurso a escalas apropriadas e uma abordagem diferenciada para o seu tratamento. Isto foi conseguido, pela mobilização de conhecimentos no que concerne aos diferentes tipos de tratamento, e implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas que se considerassem adequadas face à situação clínica da criança e contexto de cuidados. Salienta-se o facto de que, nos estágios desenvolvidos no Internamento Médico-Cirúrgico e no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, a avaliação da dor na criança era realizada através de um protocolo institucional, refletindo a filosofia da organização e a preocupação dos profissionais, no sentido de serem garantidas práticas de qualidade face ao doente pediátrico.

• **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

Neste domínio, tendo em conta o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, os estágios permitiram o desenvolvimento das seguintes competências:

B1 – *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica”.*

B2 - *“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” Garante um ambiente terapêutico e seguro”.*

Com estas competências, o Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e a implementação de programas de melhoria contínua; e considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A qualidade constitui-se um imperativo das instituições de saúde, devendo ser uma preocupação tanto de gestores como de todos os profissionais envolvidos. Assente em caráter político, técnico, ético e social, implica o esforço coletivo; ações sistematizadas; fundamentadas no conhecimento técnico-científico; no estabelecimento de métodos, para a monitorização e avaliação; e requer a presença de uma cultura organizacional, de competências dos profissionais, métodos de avaliação, e reconhecimento do cuidado centrado no doente.

Desta forma, no sentido de refletir sobre o desenvolvimento das competências para o Enfermeiro Especialista no que concerne a este domínio, considera-se relevante a compreensão de conceitos como qualidade e políticas de qualidade.

De acordo com a OMS (2020), com o crescente reconhecimento da importância da universalidade da saúde, a formulação, aperfeiçoamento e execução de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados, têm representado uma prioridade para os países que procuram melhorar o desempenho dos seus sistemas de cuidados de saúde, através da melhoria do acesso a esses cuidados, e de políticas e estratégias nacionais para a melhoria da qualidade, tendo em vista os melhores resultados possíveis.

As Políticas de Qualidade em Saúde, representam o esforço de um país, para planear e promover a qualidade dos cuidados de saúde, através de estratégias como documentos oficiais, onde se explicitam a abordagem e ações necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. A elaboração destes documentos compete, geralmente, ao Ministério da Saúde, que poderá colaborar com diferentes decisores políticos e implementadores (OMS, 2020).

Em Portugal, este esforço político, está representado pelo Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022d), documento que, partindo da identificação das necessidades de saúde da população, definiu objetivos estratégicos, e selecionou as estratégias de intervenção, tendo em vista “Saúde sustentável de todos para todos”.

Os cuidados de saúde de qualidade integram no conceito diferentes dimensões, que são as seguintes:

- “Eficazes (baseados na evidência);
- Seguros (encarados como um barómetro do sucesso do sistema para melhorar a qualidade);
- Centrados nas pessoas (respeitando as preferências, necessidades e valores individuais)” (OMS, 2020, p. 13).

Da mesma forma, para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser:

- “Oportunos (reduzindo os tempos de espera e demoras prejudiciais, tanto para os que recebem os cuidados como para os que os prestam);
- Equitativos (cuidados que não variam a qualidade em função da idade, sexo, género, raça, etnia, religião, localização geográfica, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política);
- Integrados (cuidados coordenados em todos os níveis e disponibilizando serviços de saúde ao longo de toda a vida);
- Eficientes (maximizando os recursos e evitando o desperdício)” (OMS, 2020, p. 13).

Neste sentido, para que as instituições prestem cuidados de qualidade, recomenda-se a implementação de uma “cultura de qualidade” nas organizações do sistema de saúde, através da criação de uma filosofia de trabalho aberto e participativo, onde as ideias e as boas práticas sejam partilhadas; o ensino e a investigação sejam valorizados; os esforços desenvolvidos para melhorar a qualidade dos serviços prestados sejam reconhecidos; num ambiente favorável e que encoraje a participação, o diálogo, a abertura e a responsabilização. Esta “cultura de qualidade” é alcançável por meio de ações concretas que incluem a liderança, a ênfase no trabalho de equipa, o ensino integrado, os circuitos de melhoria, os profissionais adequados e capacitados, bem como a valorização de cuidados compassivos (OMS, 2020).

O exercício da Enfermagem requer a sensibilidade para lidar com pessoas diferentes, com necessidades diferentes e em situações diferentes, na procura dos mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001). O suporte a boas práticas para o exercício profissional especializado constitui também uma preocupação da Ordem dos Enfermeiros, que ao longo dos anos, através das diferentes Mesas dos Colégios de Especialidade, tem apresentado várias recomendações, pareceres e Guias Orientadores de Boa Prática.

Estes últimos, foram sustentadores e orientadores do exercício profissional no decorrer do ensino clínico, uma vez que são documentos que representam uma importante ferramenta para melhorar práticas e de apoio à tomada de decisão, dado que fornecem diretrizes e orientações sustentadas na evidência, permitindo sistematizar intervenções e adequar a eficiência e a segurança das ações, e a eficácia dos resultados, tendo em vista cuidados de enfermagem uniformizados e mais seguros.

O conhecimento e a consulta dos diferentes programas, circulares normativas e orientações técnicas emanadas pelo Ministério da Saúde que têm como alvo as diferentes necessidades da população e nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, bem como dos protocolos institucionais implementados nos serviços onde decorreram os estágios - explanados ao longo deste documento - permitiram o desenvolvimento de um exercício profissional baseado em recomendações e orientações cientificamente válidas, para uma prestação de cuidados segura, e uma capacitação do cliente, tendo em vista a sua satisfação e o melhor cuidado. Salientam-se as ações desenvolvidas no âmbito dos Programas de Saúde Infantil e Saúde Escolar, nos

Cuidados de Saúde Primários; a implementação do Protocolo da Dor no Doente Pediátrico, no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico; e a utilização do Sistema de Triagem de Prioridades, no Serviço de Urgência Pediátrica.

No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, após a identificação de uma necessidade e discussão com a enfermeira orientadora do estágio, foi elaborado o folheto informativo “*A diversificação alimentar no lactente*” (Anexo I), como complemento da educação para a saúde e promoção do desenvolvimento infantil e capacitação parental, no âmbito dos projetos de Saúde Infantil desenvolvidos pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na UCC. Assim, foi identificada uma oportunidade de melhoria durante o estágio, que se concretizou com a realização desta atividade, tendo em vista melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No que diz respeito às atividades que foram sendo concretizadas em contexto hospitalar, salienta-se a participação no projeto UMAD, operacionalizado pela equipa profissional do Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico (cuja finalidade já foi descrita anteriormente neste documento), e que se constitui um projeto de assistência à criança com doença crónica e sua família em ambiente domiciliário, contribuindo desta forma, para práticas de saúde de qualidade, de proteção e sensíveis a clientes mais vulneráveis.

Ainda neste contexto clínico, foi desenvolvida uma atividade denominada “*Mensagem de Esperança*” (Anexo II), ilustrada num quadro que foi colocado no Serviço de Hemodiálise Pediátrica, como forma de promover a relação terapêutica entre os enfermeiros e a criança/família em tratamento ambulatorio por doença renal crónica, e promover a Esperança com foco no pensamento positivo, através de narrativa terapêutica. O Enfermeiro Especialista “considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica (...), atua proativamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4747). Desta forma, foi possível promover um ambiente físico, psicossocial e espiritual gerador de confiança e proteção, e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

A inclusão nas atividades desenvolvidas pela Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos constituiu mais um momento agregador no desenvolvimento de uma prática especializada neste domínio, ao assegurar-se uma prestação de cuidados e os meios de suporte comunitários necessários, para uma abordagem paliativa de qualidade.

No Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, foi possível colaborar na operacionalização de um projeto de investigação interdisciplinar (equipa médica e equipa de enfermagem), com a aplicação de um instrumento de avaliação de sintomas de abstinência no doente pediátrico, objetivando a definição da melhor abordagem, analisar práticas, propor melhorias, e desta forma contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança. Ainda neste contexto, a implementação do “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central (DGS, 2022c), constituiu uma intervenção específica que permitiu diminuir o risco, garantir a segurança e uma prática de qualidade.

Em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, a prestação de cuidados na Área de Triagem, permitiu desenvolver a tomada de decisão através de um instrumento de apoio à decisão clínica, com a utilização do Sistema de Triagem Canadiana (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*). Neste contexto em particular, “uma das formas de garantir cuidados adequados consiste na uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares, que devem atuar sequencial ou simultaneamente consoante as situações” (Despacho n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde, 2015, p. 9186). Assim a utilização deste instrumento para a triagem de prioridades, associado ao protocolo institucional de orientação da criança em contexto de urgência pelas diferentes áreas funcionais do serviço, permitiu desenvolver uma prática de qualidade, onde se garantiu a efetividade terapêutica, a segurança, a gestão do risco e a proteção da criança/família.

De salientar ainda, que as instituições onde se integraram os estágios dos contextos diferenciados pediátricos, têm sido alvo de processos de avaliação externa, tendo em vista a obtenção de certificados de acreditação pelas organizações de saúde. Estes certificados garantem que nesses estabelecimentos há uma estrutura e processos destinados à procura da qualidade (Couto & Pedrosa, 2011).

A segurança do doente deve estar intrínseca a uma boa prática profissional. Promover a segurança deverá ser uma prioridade do enfermeiro, através do desenvolvimento de um conjunto de intervenções que conduzam à redução do risco e criação de um ambiente seguro. Paralelamente, a cultura de segurança dos doentes por parte dos profissionais e a sua avaliação, representa a condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes (DGS, 2018d).

Exemplificam-se os protocolos institucionais implementados durante a prestação de cuidados, onde se desenvolveram os estágios no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico e o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, relacionados com a Avaliação da Dor no Doente Pediátrico; a Avaliação do Risco de Queda; a Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão; e a Avaliação do Risco de Compromisso de Ingestão Nutricional, devidamente alinhados com as recomendações e orientações da DGS. Constituindo-se focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, com recurso aos instrumentos de avaliação adequados, é possível a identificação e implementação das intervenções adequadas, no sentido de uma prática preventiva, segura e de qualidade. Estes protocolos demonstram ainda, a filosofia e o esforço da instituição, no sentido de cultivar uma cultura de segurança entre os profissionais, bem como alcançar os melhores padrões de segurança e qualidade para os doentes.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) realça a importância da segurança do ambiente e os acidentes, nos cuidados antecipatórios prestados às crianças e família. Neste sentido, em todos os contextos de saúde, com particular ênfase nos Cuidados de Saúde Primários, a transmissão de orientações antecipatórias sobre a temática da segurança e prevenção de acidentes à criança e família, permitiu não só aumentar a literacia em saúde, como identificar e prevenir situações de risco.

No hospital, a educação para a saúde sobre o risco de queda das crianças e família constitui-se essencial, e deverá ser reforçada ao longo do internamento, de forma a empoderar a criança e a família, e envolvê-los ativamente no processo de promoção da saúde e da segurança (Brás, et al., 2020). Desta forma, para além das intervenções direcionadas para providenciar um ambiente seguro, a educação preventiva da criança e família, representou uma ação desenvolvida ao longo dos estágios.

Ainda neste domínio, a OMS classifica a identificação do doente como a primeira meta internacional de segurança, devendo os hospitais desenvolver estratégias para a sua implementação (WHO, 2007).

Neste sentido, a identificação inequívoca e o uso de pulseiras de identificação nas crianças constituíram-se uma prática implementada em todos os contextos de cuidados diferenciados pediátricos. Ambos os aspetos são importantes recursos na prevenção de eventos adversos, aos quais se devem associar a formação das equipas, as auditorias à aplicação do procedimento de identificação do doente, e a promoção de uma cultura de segurança (Almeida & Eiras, 2016).

Outro aspeto inerente à segurança e qualidade dos cuidados, é a informação em saúde, considerada um recurso essencial para as organizações, e os sistemas de informação em enfermagem (em particular) que servem de “veículo” dessa informação.

Os sistemas de informação em enfermagem, ferramentas fundamentais no processo de tomada de decisão e na minimização do erro (Silva et al., 2016), otimizam o fluxo de trabalho e a eficácia dos cuidados, através do aumento do conhecimento dos profissionais; melhor articulação entre as instituições; diminuição do tempo de espera pelo utente; assegurando a continuidade de cuidados, aspeto imprescindível de avaliação de qualidade dos serviços de saúde, e traduzindo a relevância destes no suporte às práticas de enfermagem (Fernandes & Tareco, 2016). Exemplo disto, é o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem, que representou a primeira tentativa da Ordem dos Enfermeiros de padronizar os dados essenciais para a prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Os diferentes sistemas de informação de apoio à prática de enfermagem, representaram os recursos utilizados - transversais a todos os contextos clínicos - para a sistematização do processo de enfermagem, apoio à tomada de decisão e documentação dos cuidados, contribuindo desta forma, para o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade.

• Domínio da gestão de cuidados

Neste domínio, tendo em conta o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, os estágios permitiram o desenvolvimento das seguintes competências:

C1 - *“Gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”.*

C2 - “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

Este conjunto de competências, permite ao Enfermeiro Especialista, gerir cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação da equipa; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e contexto, tendo em vista a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A maior exigência e complexidade dos cuidados de enfermagem, conduz à necessidade de respostas eficientes e eficazes para obter a qualidade dos cuidados. Ao processo de enfermagem, está intrínseca a prestação de cuidados bem como a gestão dos mesmos, uma vez que “o enfermeiro é chamado a intervir no seu contexto de ação para responder às situações com que se depara, seja enquanto prestador de cuidados, responsável pela coordenação ou como gestor de uma equipa de trabalho” (Lourenço et al., 2022, p. 559).

Esta capacidade de pensar, agir, interagir e decidir num sistema complexo de informações e comunicação, incorpora um conjunto de competências elementares tais como a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a organização, o planeamento, e a educação permanente (Treviso et al., 2017); competências reconhecidas também pelos enfermeiros, como essenciais a uma prática de qualidade (Ferracioli, et al., 2020).

Do conjunto destas competências, emergem a liderança e a comunicação, que permitem ao enfermeiro desenvolver uma boa gestão de cuidados tendo em vista uma prática de qualidade. Estas duas competências são também essenciais na gestão de conflitos, quando usadas como estratégias colaborativas e de diálogo (Martins, et al., 2020).

Ser líder representa uma dupla função: ter um papel de condutor e motivador da equipa de trabalho. Os cuidados de enfermagem provêm de esforços individuais e coletivos, onde se destaca o papel do líder, o qual deve inspirar confiança, respeito e credibilidade; para motivar a equipa, mas também para assegurar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ferracioli, et al., 2020). A liderança em Enfermagem pode ser definida como o processo de tomada de decisão, vinculado a ações efetuadas em circunstâncias complexas, presentes em situações clínicas e para as quais não existe uma solução padronizada (Bleich, 2013 como citado em Carvalho et al., 2021). O Enfermeiro Especialista como líder otimiza o trabalho da equipa, implementando métodos de organização de trabalho adequados, coordenando a equipa, negociando e utilizando recursos de forma eficiente (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

À capacidade de liderança está intrínseca a capacidade de comunicação, uma vez que possibilita a aproximação da equipa, a compreensão das atividades executadas, um melhor planeamento de trabalho, e a criação de interdependências para o desenvolvimento do trabalho na equipa multidisciplinar (Treviso et al., 2017). A comunicação é um fator que pode influenciar a tomada de decisão, pelo que o enfermeiro deverá apresentar capacidade para contextualizar a informação, analisar e processar, colher os dados mais relevantes, e reduzir as interferências

individuais (Silva et al., 2016). As habilidades comunicacionais do líder são essenciais para promover a proximidade com a equipa de trabalho, num clima de compreensão e partilha de opiniões e sugestões, através de uma linguagem clara, acessível e assertiva, de forma a cooperar e motivar a equipa (Ferracioli, et al., 2020).

Dentro da área da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, constituem-se elementos que contribuem para a organização dos cuidados de enfermagem os cuidados centrados na família; a metodologia de trabalho com recurso ao enfermeiro de referência; a existência de Guias Orientadores de Boas Práticas; um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades; as dotações face à necessidades de cuidados; e as políticas de formação contínua (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Apesar do reconhecimento destas características como essenciais para um exercício especializado de excelência neste domínio de competência, foi possível observar que a sua efetividade na prática é influenciada por diversos fatores e por vezes difícil de implementar, como a limitação de recursos humanos e materiais; a sobrecarga de trabalho; a desmotivação e os conflitos nas equipas.

O estágio desenvolvido Serviço de Urgência Pediátrica, foi o que melhor contribui para a aprendizagem e desenvolvimento de competências neste domínio em particular, uma vez que se constituiu a oportunidade de ser orientada por um enfermeiro coordenador de equipa.

Pela dinâmica própria dos serviços de urgência, estes devem possuir as infraestruturas e os recursos necessários para uma assistência com qualidade e segurança. Neste contexto de saúde, de forma a ser possível fornecer cuidados qualificados e resolutivos no tempo ideal é fundamental a gestão através de uma atividade organizada e planeada (Jesus et al., 2024).

Este estágio revelou-se particularmente enriquecedor no que diz ao desenvolvimento de competências neste domínio, e à compreensão de aspetos como a dinâmica e articulação entre os diferentes grupos profissionais, o processo de tomada de decisão, e a gestão de recursos humanos e materiais.

Neste contexto clínico, o enfermeiro coordenador de equipa não tem nenhuma área funcional atribuída. Ao longo do estágio, foi possível potenciar aprendizagens de gestão de equipas, relativamente à distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas funcionais (e necessidade de mobilização), organização esta que tinha em consideração as flutuações de doentes no serviço, mas também a experiência e a diferenciação de cada elemento, de forma a garantir a qualidade e a eficiência dos cuidados. O enfermeiro coordenador assumia também a gestão das vagas nas diferentes áreas funcionais, a mobilização de doentes entre as diferentes valências clínicas, e as transferências para outros serviços.

Um exemplo da necessidade de reestruturação do plano de trabalho (mobilização de enfermeiros), e tomada de decisão rápida e assertiva, verificou-se num turno em que foi necessária a assistência a uma adolescente vítima de trauma em estado crítico, em contexto de

sala de emergência.

Pela “rotina” acelerada, o serviço de urgência necessita de estratégias dinâmicas para a qualidade de assistência, onde o enfermeiro alia o conhecimento científico, à capacidade de liderança, agilidade e raciocínio rápido, para atuar em situações de emergência (Jesus et al., 2024). Rapidamente, o enfermeiro coordenador, seguindo o protocolo definido para estas situações, mobilizou os enfermeiros necessários, distribuindo e designando as funções de cada um, de forma a garantir uma assistência imediata e eficiente. A capacidade de liderança e a comunicação assertiva, foram aspetos essenciais para uma tomada de decisão rápida, como se prevê para estas situações. A perícia e o apoio disponibilizado a toda a equipa, foram aspetos demonstrados pelo enfermeiro coordenador, essenciais para manter a equipa focada e motivada. Por outro lado, a partilha de experiências e perspetivas para que a decisão seja tomada entre os elementos da equipa, de forma a sentirem-se incluídos e responsáveis nas suas ações e decisões, são aspetos que reforçam a importância da participação e a aprendizagem coletiva das equipas (Leal, et al., 2019). A cooperação na prestação de cuidados durante este evento, constituiu-se assim, um momento promotor da aprendizagem e evolução profissional.

Uma gestão adequada dos cuidados, permite ao Enfermeiro Especialista, otimizar a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, garantir a segurança e a qualidade das tarefas que lhe são atribuídas.

Sendo uma área de interesse pessoal e considerada relevante para o desenvolvimento profissional especializado, perspetiva-se a necessidade no investimento na formação em competências de gestão e liderança, enquanto responsável proativa de aprendizagens, tendo em vista o melhor desempenho profissional.

• Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tendo em conta o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, os diferentes estágios permitiram o desenvolvimento das seguintes competências deste domínio:

D1 - *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”.*

D2 - *“Baseia a sua praxis clínica e especializada em evidência científica”.*

Neste domínio de competência, é esperado que o Enfermeiro Especialista demonstre a capacidade de autoconhecimento; e alicerce os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, e seja facilitador nos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O desenvolvimento do autoconhecimento e de aprendizagens profissionais, em paralelo com todas as competências previstas a serem desenvolvidas, permite melhorar de forma contínua o exercício profissional especializado.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), representam a construção base de onde emergiram os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional, objetivando a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados; perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A aprendizagem ao longo da vida é essencial para se alcançar resultados significativos (Gamhewage et al., 2022). As importantes mudanças ocorridas nas áreas do saber teórico, prático e das necessidades em saúde, exigem maior complexidade nas ações e serviços disponibilizados, implicando um ajustamento contínuo dos enfermeiros nos diversos contextos da prática. Nesta perspetiva, a aprendizagem ao longo da vida (*“longlife learning”*), tornou-se uma necessidade e um dever na atuação profissional dos enfermeiros, onde se assume a educação profissional como um processo de formação e desenvolvimento permanentes, desde a formação inicial e ao longo de todo o exercício profissional (Ornellas & Monteiro, 2023).

O percurso clínico implicou a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso e da formação emergida do percurso profissional; a consulta de referenciais, normas, protocolos e orientações; e a pesquisa em bases de dados de documentos que fossem sustentadores de uma prática baseada em evidência científica para a tomada de decisão.

Na tomada de decisão em enfermagem é essencial pensar de forma crítica. O pensamento crítico surge como o processo mental de perceção, análise, síntese e avaliação ativa da informação recolhida, através da observação, experiência e comunicação que orienta a construção dos diagnósticos de enfermagem conduzindo a uma decisão de ação (Dominguez et al., 2015). A conceção de cuidados elaborada em cada contexto clínico a partir de casos clínicos da prática (explanadas anteriormente neste documento), exemplificam a elaboração do processo de enfermagem e a tomada de decisão - articulando a teoria e a prática - sustentadas em conhecimento válido e no pensamento crítico, permitindo também desenvolver o autoconhecimento pela estimulação da reflexão crítica.

Tendo em conta o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, a elaboração do dossier temático *“A Esperança: Compreender o conceito e as implicações para a Enfermagem”* (Anexo III), constituiu uma atividade que integrou o projeto de desenvolvimento profissional, e que foi transversal a todos os contextos de estágio. Com esta atividade, pretendeu-se sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática da promoção de Esperança, em particular nos pais de crianças com doença crónica; e auxiliar na compreensão do conceito na perspetiva da Enfermagem e as suas implicações para a prática. A atividade foi recebida com interesse pelos enfermeiros de todos os contextos. No Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, pelo interesse demonstrado pela enfermeira gestora, foi possível complementar esta atividade com uma sessão informativa (Anexo IV). A realização de ambas as atividades, permitiu ser um dinamizador na incorporação de novas aprendizagens, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Durante o estágio nos Cuidados Saúde Primários, surgiu a oportunidade de participar na ação de formação *“Facilitar a amamentação: fazer a diferença para os pais que trabalham”* (Anexo V), integrada na semana Mundial do Aleitamento Materno 2023. Esta formação possibilitou a atualização de conhecimentos relacionados com a temáticas, e desta forma potenciar as aprendizagens.

Ao longo do desenvolvimento do ensino clínico, procurou-se oportunidades de crescimento pessoal e profissional. A relação estabelecida com os orientadores nos contextos clínicos, foi sem dúvida, um fator facilitador da evolução profissional e pessoal. A postura “pensadora” assumida pela análise das situações clínicas e experiências vivenciadas, bem como a discussão e a reflexão com os enfermeiros orientadores durante os turnos, constituíram-se momentos de prática reflexiva. Esta capacidade (e atitude, para alguns autores), implica “perspetivar de forma contextualizada, ter criatividade, flexibilidade, curiosidade, ser intelectualmente íntegro, ter capacidade intuitiva, compreensão (...) características tanto no domínio de um raciocínio cognitivo como afetivo” (Marques et al., 2022, p. 2). Como tal, foi possível aprimorar a capacidade de reflexão sobre situações da prática e habilidades na resolução de problemas, e integrar a tomada de decisão na equipa profissional.

Descrição das atividades e reflexão sobre o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A regulamentação de competências comuns e específicas no exercício da Enfermagem especializada, visa prover um enquadramento para a sua certificação, e determinar o que é esperado dos cuidados de enfermagem especializados. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, estabelece as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em Enfermagem como “as competências que decorrem de processos humanos aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Em contexto especializado na área de Saúde Infantil e Pediátrica, os cuidados de enfermagem têm como alvo a criança indissociável da família, sustentados numa relação que toma como foco a maximização da saúde; a promoção da vinculação; do crescimento e do desenvolvimento da criança; e o suporte e a capacitação parentais; relação essa que respeite os princípios da proximidade, da parceria, da capacitação, dos direitos humanos e da criança (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Adotando um modelo conceptual centrado na família, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha, qualquer que seja o contexto, em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa/prestador informal, para “promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente, e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa

significativa” (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Os diferentes contextos de estágio constituíram-se locais oportunos para um conjunto de experiências e atividades, que possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento das diferentes competências previstas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definidas pelo Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros: 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 desenvolvimento da criança e do jovem.

As competências específicas previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, serão descritas e refletidas seguidamente, tendo por base as competências e respetivas unidades de competência, assim como os critérios de avaliação que concretizam o resultado de cada competência.

• **Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde**

Para esta competência, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “considerando a natural dependência da criança e a sua autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar (...) estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Os estágios nos diferentes contextos, tendo em conta o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, permitiram o desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

E1.1 - *“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”.*

E1.2 - *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”.*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sustenta a sua prática nos cuidados centrados na família e no estabelecimento de uma parceria efetiva com a criança e a família, importância esta também reconhecida pelos enfermeiros, como é demonstrado pelo estudo de Lopes et al. (2023), realizado num hospital da região norte do País.

Para além disso, este cuidado enfatiza as interações e os processos comunicacionais estabelecidos, independentemente do contexto de atuação, sustentando-se no envolvimento, negociação e capacitação (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). A parceria implica uma relação aberta entre os enfermeiros, a criança e os pais, relação esta em que as necessidades da criança são discutidas, e onde se objetiva um acordo na função do papel de cada um dos parceiros (Newton, 2000, como citado em Sousa et al., 2013).

Em todos os contextos de estágio, estabeleceu-se uma relação de parceria com a criança/família, de forma a maximizar a saúde da criança, bem como apoiar e promover a parentalidade.

Tornar-se mãe e pai representa um momento marcante e irreversível na vida da pessoa. A parentalidade, como processo normativo do desenvolvimento humano, implica nos pais a redefinição de papéis e reestruturação de significados, através da incorporação de conhecimentos e habilidades, condições facilitadoras para uma transição saudável (Chick & Melleis, 1986). O enfermeiro constitui-se fundamental neste processo - caracterizado pela vulnerabilidade - uma vez que prepara o cliente para a transição, ao facilitar a aprendizagem de novas habilidades (Melleis et al., 2000).

Como tal, a participação nos diferentes projetos de Saúde Infantil desenvolvidos pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na UCC - Preparação para a parentalidade, Apoio à amamentação e Massagem infantil - e a participação nas Consultas de Saúde Infantil desenvolvidas pelo enfermeiro na USF, constituíram-se oportunidades de excelência para trabalhar com os pais, numa abordagem antecipatória, tendo em vista o suporte e a promoção do exercício parental.

A transição para a parentalidade inicia-se na gravidez, e pode ser definida como o "assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados" (International Council of Nurses, 2019). Em simultâneo, a parentalidade envolve amor, carinho e empenho; definição de limites e controlo consistente; facilitação e promoção do desenvolvimento infantil, de forma a permitir a vinculação e a segurança da criança, e todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Ao disponibilizar aos pais um conjunto de aprendizagens e habilidades, o enfermeiro facilita o processo de transição, tendo em vista a promoção e a adequação da parentalidade, em qualquer contexto de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Uma vez que a transição para a parentalidade constitui um período de grande expectativa e, muitas vezes, de receios para os pais, a participação nas sessões destes projetos, permitiram uma relação de proximidade, que se sustentou na disponibilidade para escutar ativamente as suas dúvidas e preocupações. O respeito e a valorização das suas preocupações - assente numa prática ética e legal que respeite os princípios, valores e normas deontológicas - e o estabelecimento de uma comunicação empática e assertiva, permitiram a identificação de receios, dúvidas, lacunas de conhecimento e capacidades, possibilitando a implementação de um plano que desse resposta às necessidades individuais e fosse promotor da parentalidade.

A comunicação constitui-se um aspeto vital na parceria de cuidados (Sousa et al., 2013). Uma comunicação acessível, credível, confiável e com informação relevante e direcionada ao cliente, permite que a mensagem transmitida tenha como resultado a consciencialização e

autoconfiança, e adesão a comportamentos de saúde, num processo comunicativo que se espera ser multidirecional (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Durante o estágio na UCC, na procura de oportunidades para trabalhar com a criança e família, tendo em vista a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, foi possível participar na dinamização da atividade *“Mais Saúde, Mais Coração”* (Anexo VI), integrada no Dia Mundial do Coração. Esta atividade, organizada pelo ACES em parceria com a Câmara Municipal, cujo grupo-alvo foi constituído por pais e crianças até aos 12 meses de idade, teve como objetivo sensibilizar para a importância do exercício físico e um estilo de vida saudável, e potenciar o conhecimento dos pais na tomada de decisões informadas no exercício da sua parentalidade. Permitiu ainda, entender as sinergias entre diferentes entidades na consecução de atividades com o objetivo comum da promoção da saúde da comunidade, e a “articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens” (DGS, 2013, p. 7).

Ainda no estágio da UCC, a intervenção no âmbito da Saúde Escolar, permitiu trabalhar com crianças de diferentes grupos etários, tendo em vista a promoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como desenvolver uma parceria com diferentes agentes da comunidade, nomeadamente a comunidade educativa. Estas sessões permitiram, desenvolver competências comunicacionais, usando técnicas apropriadas de comunicação tendo em conta o período desenvolvimental da criança/jovem, e utilizar estratégias motivadoras para assunção dos seus papéis em saúde. Os projetos inseridos no Programa Nacional de Saúde Escolar da DGS (2015), têm como público-alvo a comunidades escolar e educativa, e visam promover estilos de vida saudáveis; elevar o nível de literacia em saúde; contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar; promover a saúde e prevenir a doença.

Uma das sessões desenvolvidas integrou o Projeto de Educação para os Afetos e Sexualidade, e teve como público alvo, estudantes do 3ºciclo (9ºano), a quem foi realizada uma ação de educação para a saúde sobre educação sexual. A adolescência caracteriza-se por ser um período de vulnerabilidade, com grande influência dos contextos externos como a escola e os grupos de pares, e onde o percurso do adolescente objetiva um processo de autonomia e responsabilização crescente, para se tornar ativo e participativo na sociedade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O período desenvolvimental dos estudantes (pelas características próprias que o definem), constituiu um desafio na realização desta atividade, mas também uma excelente oportunidade no estabelecimento de uma relação de parceria com o adolescente, tendo em vista a maximização das suas aprendizagens no âmbito da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, e a implementação de um plano promotor de saúde neste grupo etário.

A segunda ação de educação dinamizada, fez parte do Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (DGS, 2022e) - denominada *“PASSE na Rua”* - e teve como grupo alvo crianças do 1ºciclo, de forma a promover comportamentos saudáveis e ambientes promotores de saúde, e aumentar a literacia na comunidade escolar no que diz respeito à alimentação saudável. A malnutrição, seja por alimentação inadequada, excesso de peso e obesidade, ou desnutrição,

constitui o principal fator de risco para a carga de doença em Portugal (DGS, 2022e). Para a realização da sessão, recorreu-se à implementação de diferentes jogos, o que contribuiu para uma dinâmica que suscitasse o interesse dos estudantes e incentivasse à sua participação. O brincar constitui uma estratégia promotora do desenvolvimento infantil e enquanto atividade, uma oportunidade de estabelecimento de relação com a criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo em vista os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, baseia a sua prática na “procura constante da empatia e no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 6).

A comunicação com a criança, qualquer que seja o contexto, requer a adequação do tipo de linguagem em função da sua idade, compreensão e dos seus interesses comunicacionais. Implica ainda que seja tratada com respeito, dignidade e verdade. Neste sentido, durante os estágios e na relação estabelecida, a criança foi sempre tratada pelo nome, adequando a linguagem ao seu nível de desenvolvimento (sem recurso a diminutivos) e compreensão, envolvendo os pais/família nesta relação.

O recurso a estratégias lúdicas (brincadeira, jogos e dramatizações) como parte integrante da comunicação não verbal, possibilitaram a comunicação de medos e receios por parte da criança - como por exemplo durante a execução de procedimentos e técnicas - bem como avaliar as aprendizagens no âmbito da capacitação da criança, quer no domínio cognitivo, quer no domínio instrumental. Ao brincar com a criança, o enfermeiro propicia um ambiente mais seguro e relaxante, diminuindo a ansiedade da separação e as saudades de casa, e facilita a aceitação dos cuidados de enfermagem, representando também uma estratégia para realizar objetivos terapêuticos, ao colocar a criança numa posição ativa de autonomia e controlo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Nos diferentes contextos de estágio, o recurso a estratégias mais interativas como o jogo; a brincadeira; o desenho; o contar histórias; e o recurso ao brinquedo/objeto significativo para a criança, facilitaram e estimularam o processo comunicativo, permitindo o estabelecimento uma relação empática, de proximidade e de confiança com a criança e respetiva família. Estas estratégias revelaram-se também essenciais e facilitadoras na diminuição do impacto da hospitalização na criança.

Independentemente do motivo, a hospitalização da criança constitui um momento gerador de stresse, com impacto em toda a estrutura familiar e no papel desempenhado até então pelos pais. O estabelecimento de uma relação de parceria, permitiu atenuar o sofrimento da criança e família, minimizar o impacto e os fatores stressores desencadeados pela hospitalização. Os pais foram incentivados a permanecer com a criança ao longo das 24 horas, permitindo desta forma, uma prática em parceria e que respeitasse os direitos da criança e dos pais.

Apesar da preocupação e evolução ao longo dos anos em tornar o ambiente físico e estrutural do hospital mais acolhedor, como é o exemplo do Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico,

onde se verificou a existência de quartos individualizados para a hospitalização da criança e dos pais/pessoa significativa/representante legal (como descrito no capítulo dois deste relatório), existem ainda serviços que pelas suas características funcionais e dinâmicas próprias, constituem um ambiente “hostil” e “ameaçador” para a criança, como são exemplos o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e o Serviço de Urgência Pediátrica.

Também para os pais, a doença do filho e a hospitalização, constituem eventos inesperados causadores de sofrimento e ansiedade, podendo “dificultar a adaptação à parentalidade e implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 11).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume os pais como os melhores gestores do regime terapêutico dos filhos, e promove a parentalidade durante a hospitalização, através da informação, incentivo à participação, negociação e capacitação parental. A presença dos pais e o seu envolvimento e participação ativa nos cuidados ao filho, foram facilitadores da sua integração e adaptação no processo de doença do filho, e permitiu desenvolver uma prática relacional promotora da parentalidade.

A vulnerabilidade acrescida nas situações de crianças com necessidades especiais, complexas e/ou crónicas, potencia o stresse parental, implicando da parte dos pais, um esforço suplementar para a adaptação e organização familiar. O estágio no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico revelou-se “rico” em experiências relacionadas com a parentalidade no contexto de criança com doença crónica e criança com necessidades especiais, possibilitando perceber e entender no contexto “real”, os desafios enfrentados por estas famílias, e que se constituíram enriquecedoras do ponto de vista profissional, mas também pessoal.

O impacto da notícia de doença crónica ou o diagnóstico de uma deficiência, afeta toda a estrutura familiar, que representa um apoio basilar no suporte da parentalidade (Bayle & Martinet, 2008). Este aspeto foi reconhecido ao longo dos estágios, mas assumiu particular relevância no contexto de criança com doença crónica ou necessidades especiais de saúde. Estas crianças apresentam hospitalizações frequentes e muitas vezes prolongadas, que exigem dos pais um esforço acrescido para a reorganização familiar, muitas vezes com “exigências” suplementares como a existência de fratria, por se encontrarem distantes do domicílio, ou por existirem carências económicas.

O reconhecimento destas dificuldades e a valorização da família como facilitador na adaptação à hospitalização e à doença, permitiu implementar uma abordagem sistémica no cuidado (WHO, 2005), envolvendo familiares e pessoas de referência para os pais, tendo como foco o desempenho parental, nos domínios do conhecimento e capacidades, mas também os aspetos relacionados com a vinculação da criança e na ligação mãe/pai-filho, e a articulação com outros grupos profissionais (como por exemplo assistente social e psicólogo), sempre que foi necessário. A valorização das competências dos pais, a atitude empática e a abordagem holística, foram aspetos desenvolvidos para a promoção da parentalidade em contexto especial,

e essenciais para a adequação da parentalidade com vista à aquisição de mestria no processo de transição.

O estágio no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico permitiu a participação no projeto UMAD, desenvolvido em parceria com a Fundação do Gil, e que visa o acompanhamento e o suporte em contexto domiciliário, do doente pediátrico com doença crónica ou necessidades especiais de saúde e respetiva família. A visita domiciliária enquadra-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015), como uma atividade que tem em vista a maximização do bem-estar da criança/jovem e respetiva família. Para além disso, permite a prestação de cuidados no local onde a criança reside com a família, e assim conhecer, otimizar e mobilizar recursos, e implementar intervenções adaptadas às necessidades específicas que foram observadas *in locu*. A descrição deste projeto encontra-se no capítulo dois deste documento.

A visita domiciliária a uma criança de três anos com patologia intestinal crónica, em tratamento com nutrição parentérica no domicílio, objetivou a avaliação da criança; os cuidados ao dispositivo médico (cateter venoso central); o suporte parental; e a otimização dos consumíveis associados aos cuidados com o dispositivo médico. Uma vez que a família se encontrava numa situação económica vulnerável, foi ainda disponibilizado um cabaz com produtos alimentícios, fornecido pela Fundação do Gil. A disponibilidade de presença no ambiente domiciliário, permitiu escutar ativamente as preocupações e os desafios enfrentados pela mãe, e perceber que apesar das dificuldades, tem ao seu dispor o suporte da família e dos filhos mais velhos, o que lhe permite manter um sentimento positivo em relação à situação do filho. Simultaneamente, foram validadas as competências parentais, como também reforçadas positivamente.

A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem que visam o apoio na inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais e o máximo aproveitamento dos diferentes recursos de suporte, configuram o quadro normativo de Enfermagem especializada na área da Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). A participação nesta visita, permitiu trabalhar com a família no sentido da sua adaptação à doença, através da manutenção de redes e recursos comunitários de suporte à criança e família com necessidade de cuidados, e onde o exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica se assume diferenciador. Permitiu ainda avaliar e mobilizar recursos de Esperança materna, através da presença, escuta ativa e capacitação.

Os serviços de cuidados intensivos constituem-se unidades com equipamentos de alta tecnologia, e uma equipa multiprofissional e interdisciplinar treinada, onde os cuidados criteriosos, complexos e com controlo rigoroso, objetivam reestabelecer o equilíbrio hemodinâmico e as funções alteradas dos doentes internados, com a finalidade de alcançar a sua melhoria clínica (Melo et al., 2014). A prestação de cuidados num ambiente altamente tecnológico e tecnicista, permitiu uma vigilância contínua das crianças internadas e atuação rápida em situações de instabilidade das funções vitais, porém podem constituir-se

dificultadores para uma prática humanizada e promotora da parentalidade.

Neste sentido, aspetos como o incentivo à presença dos pais junto do filho; o suporte do papel parental; os cuidados partilhados; a disponibilidade e a escuta ativa; foram valorizados ao longo do estágio no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, constituindo-se atenuantes do impacto da hospitalização decorrentes de eventos súbitos ou agudizações de processos patológicos da criança.

Cada contexto de estágio apresentou as suas particularidades para os cuidados em parceria, mas o estágio que se constituiu mais desafiante foi o desenvolvido no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos. Neste tipo de cenário, os pais encontram-se numa situação de grande vulnerabilidade e sofrimento, pelo evento em si, pela hospitalização muitas vezes inesperada, e muitas vezes, pela incerteza do prognóstico. Neste contexto em particular, a valorização da dimensão emocional constituiu-se um aspeto valorizado no suporte da parentalidade.

O estabelecimento de uma comunicação assertiva, com informação clara, honesta e frequente, são elementos facilitadores neste processo (Tarrio, 2003). Na prestação de cuidados neste contexto foi incentivada a presença dos pais e o seu envolvimento nos cuidados. Apesar de todo o “aparato” tecnológico envolvente e a complexidade do estado clínico da criança, a negociação com os pais sustentou-se em identificar qual a sua vontade para participar em cuidados básicos ou mais complexos e quais, através de uma atitude de incentivo, mas também de respeito pelas suas decisões. A disponibilidade de presença, a escuta ativa e empática, foram aspetos demonstrados e desenvolvidos na prática. Estes aspetos permitiram que a informação fornecida fosse clarificada, de forma a que os pais se sentissem esclarecidos, envolvidos e apoiados em todo o processo, uma vez que o estado clínico das crianças, os tratamentos, e a incerteza quanto à recuperação, eram preocupações frequentemente verbalizadas por eles, ao que se associava a necessidade que muitas vezes manifestavam “de alguém para os ouvir” ou simplesmente estar-se presente.

Ao longo dos estágios, a prestação de cuidados em diferentes contextos de intervenção, implicou o estudo sobre as doenças comuns e patologias, o que permitiu maximizar os conhecimentos e sustentar a tomada de decisão. Em paralelo, a pesquisa bibliográfica e de referenciais normativos, suportada em evidência, para a elaboração da conceção de cuidados dos casos clínicos escolhidos dos contextos da prática (explanadas nos capítulos três a cinco deste documento), permitiram potenciar esse conhecimento, permitindo desta forma aprimorar o pensamento crítico e sustentar o processo de enfermagem, implementar respostas apropriadas perante o cliente alvo dos cuidados, e desenvolver uma prática de qualidade.

O Serviço de Urgência Pediátrica, e em particular a Área de Triagem, constituiu-se um local com oportunidades únicas de aprendizagem e enriquecimento profissional, onde se aprimorou o pensamento e o “olhar” críticos, e se aplicou conhecimentos sobre as doenças mais comuns da criança e do jovem, identificando problemas e intervindo precocemente, através de um juízo clínico sustentado em algoritmos definidos pelo sistema de triagem implementado no serviço. Foi também um local onde se proporcionou momentos para trabalhar com a família, fornecendo

orientações específicas no âmbito da literacia em saúde.

A triagem realizada pelo enfermeiro exige um conjunto de competências no âmbito da comunicação e relação terapêutica, para uma avaliação sólida e eficaz, sustentada em conhecimento teórico-prático e observação da criança/jovem, de forma a ser possível decisões rápidas e eficientes (Gomes et al., 2019). O estágio nesta área funcional do Serviço de Urgência Pediátrica permitiu ainda aplicar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil nos diferentes grupos etários, desenvolver competências no âmbito da relação e comunicação com a criança/jovem e família, e na documentação do processo de enfermagem (dados recolhidos da entrevista, da observação da criança, e da monitorização dos sinais vitais), através dos sistemas de apoio à prática de enfermagem em uso na instituição.

As habilidades comunicacionais - o saber ouvir, a flexibilidade, a capacidade de entrevista e o foco na informação específica -, e de relação - a assertividade e a empatia - foram aspetos desenvolvidos neste contexto em particular, conjuntamente com o juízo crítico e a capacidade de autogestão emocional, relacionada com o stresse, a ansiedade e as preocupações da criança e dos pais, nas situações de doença aguda ou acontecimentos inesperados, e que caracterizam os episódios de urgência.

• **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

Nesta competência, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193).

Tendo em conta o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, os diferentes campos de estágio, permitiram o desenvolvimento das seguintes competências:

E2.1 - *“Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”.*

E2.2 - *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”.*

E2.3 - *“Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”.*

E2.5 - *“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência ou incapacidade”.*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado, com segurança e competência, à criança/jovem saudável ou doente, identificando e mobilizando recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O estágio no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e no Serviço de Urgência Pediátrica,

constituíram-se locais oportunos para o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e para a prestação de cuidados de enfermagem apropriados.

No Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, pelas características específicas inerentes aos diferentes procedimentos e tratamentos, foi possível a prestação de cuidados de enfermagem de elevada complexidade e diferenciação, relacionados com a doença aguda ou agudização do processo crónico da criança, e identificar rapidamente focos de instabilidade, atuar de forma rápida e antecipatória, e desta forma prevenir complicações.

No Serviço de Urgência Pediátrica, a prestação de cuidados de enfermagem a uma adolescente em choque descompensado a quem foi diagnosticada infeção parasitária por *Plasmodium* (malária), obrigou à mobilização de conhecimentos e uma resposta rápida pela descompensação do estado geral e gravidade da situação (potencialmente fatal), com a articulação de diferentes especialidades médicas, que culminou com a transferência da adolescente para a Unidade de Cuidados Intensivos, para continuidade de cuidados e suporte avançado de vida.

No Internamento de Curta Duração do Serviço de Urgência Pediátrica, a complexidade das situações clínicas e a necessidade de uma vigilância e monitorização contínua e rigorosa da criança/jovem internados (por problema ou doença súbita, pós-operatório, ou agudização da doença crónica), possibilitou a mobilização de conhecimentos e habilidades para a identificação rápida de focos de instabilidade e atuação em conformidade, competência também desenvolvida pela oportunidade de acompanhar e participar na triagem de crianças admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica.

Os sistemas de triagem de prioridades são instrumentos de apoio à decisão clínica na triagem de doentes em serviço de urgência, permitindo distinguir graus de prioridade até à observação médica (Despacho n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde, 2015). Segundo o mesmo Despacho, o sistema de triagem nas crianças deve ter em conta a sua especificidade, considerando o Sistema de Triagem Canadiana (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*) – sistema implementado no serviço onde se desenvolveu o estágio - particularmente adequado à especificidade da criança. Como tal, a “uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência (...) uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2018a, p. 15). Como tal, o enfermeiro na unidade de triagem deverá “estabelecer uma comunicação compreensível, realizar anamnese e prestar assistência de enfermagem de qualidade, visto que essas unidades recebem, em muitos casos, crianças em risco iminente de morte, que necessitam de atendimento e tratamento imediatos, mas também condições que não são de urgência e emergência” (Teixeira, et al., 2023, p. 3).

O conhecimento teórico sobre as doenças e os problemas comuns em idade pediátrica; sobre o desenvolvimento e crescimento da criança; e a mobilização de técnicas e estratégias de comunicação facilitadoras da interação com a criança e família, permitiram identificar as

situações de maior gravidade, intervir e encaminhar de forma eficaz. Tendo como alvo o bem-estar da criança, e a prevenção de complicações, face a focos de atenção e sintomas específicos identificados - como por exemplo a dor ou a febre - respondeu-se prontamente ainda no posto de triagem, implementando intervenções apropriadas, como a administração de analgésico ou antipirético, respetivamente.

Filosofia basilar em contexto pediátrico, os cuidados atraumáticos visam, a par do binómio criança/família e do cuidado centrado na família e em parceria, a prevenção ou minimização da lesão corporal ou da dor na criança (Hockenberry et al., 2019). Ao longo do estágio observou-se que a dor da criança representa uma das preocupações principais da equipa de enfermagem, transversal a todos os contextos clínicos. Tal aspeto, traduz-se numa prática de enfermagem que se objetiva ética, deontológica, humanizada, isto é, de qualidade.

A dor na criança hospitalizada relaciona-se com as inúmeras fontes de dor existentes (procedimentos terapêuticos, de diagnóstico, doenças, traumatismos), e o seu reconhecimento constitui o primeiro passo para o seu controlo. Porém, a avaliação da dor na criança apresenta desafios singulares pela idade, nível de desenvolvimento ou estado clínico. Para Batalha (2010), uma dor que não é identificada, não pode ser tratada, o que impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. As orientações técnicas da DGS (2010) e DGS (2012), e o Guia da Boa Prática: Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança, da Ordem dos Enfermeiros (2013), constituíram-se os referenciais normativos de eleição para maximizar os conhecimentos nesta área, de forma a desenvolver uma prática de qualidade.

Particulariza-se, para o desenvolvimento das competências relacionada com a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, o estágio no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, pelo seu nível de diferenciação e complexidade. A abordagem da dor na criança realiza-se através de um protocolo institucional, que inclui as escalas a utilizar de acordo com a idade e a condição clínica da criança, e as linhas orientadoras sobre o seu tratamento, quer no que diz respeito ao tratamento farmacológico, como às estratégias não farmacológicas. A dor foi monitorizada de oito em oito horas (no mínimo), pelo menos uma vez por turno, e reavaliada sempre que se justificasse, com recurso à escala adequada. Esta abordagem de reconhecimento da dor como 5º Sinal Vital, da avaliação sistematizada e o tratamento adequado, está alinhada com a Circular Normativa n.º 09/2003 e a Orientação n.º 014/2010 da DGS, constituindo-se além de um dever ético, uma boa prática profissional.

A prestação de cuidados a crianças em várias idades e situações clínicas diferentes, como o pós-operatório de uma adolescente submetida a uma cirurgia para correção de escoliose; um lactente submetido a ventilação invasiva por pneumonia aspirativa após convulsão febril; ou uma criança em idade escolar com leucemia linfoblástica aguda com um quadro febril; possibilitou uma abordagem da dor diferenciada, com recurso à implementação de diferentes tipos de instrumentos para a sua avaliação, e abordagens diversas para o seu tratamento, com foco no tratamento farmacológico.

A abordagem farmacológica implicou a responsabilidade inerente à prática profissional, e um conhecimento aprofundado relacionado com a farmacologia, tendo em vista a gestão da dor e o desconforto; a otimização do tratamento; e a prevenção de intercorrências, relacionadas com as sinergias dos diferentes fármacos usados para o tratamento do problema. A avaliação da dor na criança ventilada sob sedação constituiu também um desafio, pelo que a seleção de escala adequada e a monitorização baseada em diferentes parâmetros, como a Monitorização do Índice Bispectral (que permite a monitorização da sedação através da medição de alterações do eletroencefalograma após a administração de agentes sedativos), assumiu-se como um recurso fundamental e uma mais-valia para o reconhecimento eficaz da dor nestas situações, e uma oportunidade de potenciar conhecimentos em equipamentos de monitorização específicos e diferenciados.

Em contexto de Cuidados Saúde Primários, durante o estágio desenvolvido na USF, a harmonização do Programa Nacional de Vacinação com as consultas de Saúde Infantil, permitiu a implementação do plano vacinal em algumas crianças. O recurso a técnicas não-farmacológicas como a presença dos pais, o colo, o embalo e a distração, permitiram aliviar a dor e o desconforto das crianças durante o procedimento.

A promoção da amamentação foi também uma das intervenções desenvolvidas nas consultas de Saúde Infantil, como atividade promotora da vinculação e do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010; OMS, 2022), mas também como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor durante a vacinação (DGS, 2012). A evidência científica tem comprovado os benefícios da amamentação antes, durante e após a vacinação (Bavarsad, et al., 2018; Suleiman, et al., 2018; Zurita-Cruz, et al., 2017), e da presença dos pais, como estratégias não farmacológicas eficazes para o alívio da dor na criança, constituindo uma recomendação da DGS e uma Boa Prática de Enfermagem (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013). O incentivo à amamentação durante a vacinação, e o envolvimento dos pais no procedimento, permitiu a gestão diferenciada da dor, com recurso a estratégias não farmacológicas, garantindo desta forma também, um dos direitos fundamentais da criança, para uma prática humanizada, e de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão.

O contacto com a criança/família com doença crónica foi transversal a todos os estágios clínicos desenvolvidos nos cuidados diferenciados pediátricos. Contudo, o estágio realizado no Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico, que incluiu a realização de alguns turnos na Unidade de Nefrologia Pediátrica e nas atividades desenvolvidas pela Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, permitiu a prestação de cuidados à criança e família em situações de especial exigência, e desenvolver competências especializadas na adaptação da criança/jovem e família com doença crónica, com enfoque na promoção de Esperança, temática escolhida para o desenvolvimento do projeto profissional.

Neste contexto, a criança e a família, pela condição crónica, deficiência ou incapacidade, vivenciam internamentos de longa duração, que se caracterizam por avanços e retrocessos. De forma a sistematizar o processo de enfermagem e aprimorar competências de conceção de cuidados perante a criança/família com doença crónica, foi escolhido um caso clínico deste

contexto da prática, que se encontra explanado no capítulo três deste relatório.

Durante a hospitalização da criança, quer pelo diagnóstico inaugural de doença crónica quer por agudização do seu processo patológico, os pais “desejam ver respeitada a sua experiência e idoneidade para cuidar do filho que está doente, partilhar as responsabilidades (...) e, neste contexto, receberem ajuda, informação e sentirem que confiam em si enquanto pais” (Sousa, 2012, pp. 31-32).

A Esperança enquanto conceito multidimensional e dinâmico, associa-se ao bem-estar psicológico dos pais e ao desenvolvimento das suas expectativas, protegendo-os contra a ansiedade e o sofrimento (Charepe, 2014). Por outro lado, a presença dos pais; a possibilidade de brincar e fazer amizades; a perspectiva de saídas temporárias a casa; e a relação estabelecida com os enfermeiros, baseada nas necessidades emocionais da criança – o ser ouvido, o ser informado, o ter direito a opinião e escolha, o brincar – representam símbolos de Esperança para a criança durante a hospitalização (Ebrahimpour, et al., 2021).

Apesar de se constituir uma experiência universal e inerente à própria condição humana, a Esperança é um conceito complexo, mas simultaneamente, uma resposta humana básica, essencial na adaptação à doença, com particular relevância em contexto pediátrico, como promotora da resiliência e da adaptação parentais perante a doença crónica do filho (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Na doença crónica, os pais vivenciam uma jornada de transições que desencadeiam sentimentos de incerteza, ansiedade, stresse e perda de controlo. A não aceitação do diagnóstico do filho condiciona a diminuição da Esperança nos pais, e em contrapartida, a resolução perante o diagnóstico; a dinâmica familiar; e os cuidados centrados na família, constituem-se fatores de resiliência para lidar com a doença crónica do filho (Popp et al., 2015).

Por outro lado, a perda de Esperança representa para os pais, uma das principais preocupações onde o processo básico de manter a Esperança possível – o aceitar a realidade, o estabelecer o controlo, o pensamento positivo propositado, o reestruturar a Esperança – apresenta altos e baixos, e envolve um circuito entre a preparação para o pior, esperando pelo melhor, descrito pelos pais como uma *rollercoaster ride* (Bally, et al., 2013). O mesmo autor conclui que os enfermeiros podem desempenhar um papel minimizador destas experiências adversas, pela manutenção da Esperança dos pais, através da compreensão, avaliação, suporte e apoio da Esperança parental, otimizando desta forma o seu bem-estar.

No cuidado de enfermagem especializada à criança e família com doença crónica, está intrínseca a promoção dos processos adaptativos, que se sustentam na interação dinâmica, capacitação e o *coping*, e a demonstração de conhecimentos sobre estratégias promotoras de Esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011a; Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prestação de cuidados à criança/família em situação de especial vulnerabilidade incluiu o

cuidado em parceria a crianças com doença renal, asma, patologia oncológica, e necessidades especiais de saúde, que permitiram o estabelecimento de uma relação de proximidade, empatia e respeito, e um crescimento e aperfeiçoamento profissional tendo em vista o desenvolvimento de competências específicas direcionadas à promoção de Esperança e adaptação parental em contexto de doença crónica, tendo em vista práticas de qualidade.

Partindo do conhecimento de que a Esperança é um processo que envolve pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamentos; e que está ancorada no passado, sustentada no presente, e com uma orientação positiva para o futuro (Stephenson, 1991); foi possível desenvolver ações promotoras de Esperança em pais de crianças com doença crónica, que se sustentaram numa relação holística, alicerçadas no relacionamento interpessoal, qualidade de presença, expressão de expectativas positivas, e confiança na sua capacidade para ultrapassar os desafios (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A promoção da adaptação dos pais à doença crónica do filho foi uma competência desenvolvida ao longo dos estágios, também pela prestação de cuidados em parceria que objetivassem a aquisição de conhecimentos e habilidades específicas no cuidado à criança, como pela avaliação das necessidades; a adequação do suporte familiar; e a implementação de estratégias promotoras de Esperança, tendo em vista a promoção e adequação do papel parental.

Como tal, as intervenções com enfoque na promoção da Esperança parental desenvolvidas basearam-se numa relação empática e numa comunicação assertiva, através da presença e a escuta ativa; o respeito pelos objetivos, metas e planos; o incentivo à expressão de sentimentos e medos; do encorajar e facilitar a presença de familiares significativos e a relação com outros pais; de proporcionar e apoiar momentos de repouso; e compreender as significações de Esperança para os pais. O conjunto destas intervenções proporcionaram aos pais momentos de conforto e de valorização, assim como a sua capacitação e empoderamento.

Para além destas intervenções específicas do cuidado descritas, foi elaborada uma “*Mensagem de Esperança*” com uma intenção motivacional e positiva para o suporte da Esperança parental (Anexo II). A realização desta atividade baseou-se numa perspetiva narrativa, como recurso para a prática, onde se procura alcançar âmbitos relacionais e momentos reflexivos entre profissional e o cliente, tendo como foco o contexto; o conteúdo; as intenções e os efeitos causados em ambos (emissor e recetor); atribuindo uma intencionalidade positiva, para influenciar o ambiente e validar as competências do cliente; funcionando também como uma estratégia de comunicação com foco no cuidado humanizado (Ferreira, et al., 2021; Paiva & Rasesa, 2012).

Para a consecução desta atividade, foi elaborada uma “nuvem de palavras” (onde se encontram diferentes significados da palavra Esperança), que foi posteriormente emoldurada e colocada no Serviço de Hemodiálise Pediátrica. A forma da “nuvem” escolhida - duas mãos a envolver o coração - teve como finalidade a representação do cuidado de enfermagem com foco na Esperança parental. As palavras foram selecionadas a partir do livro *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica - Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua* (Charepe,

2014) onde a autora enfatiza o papel das narrativas de (re)construção de Esperança, enquanto estratégia promotora de Esperança parental. As palavras escolhidas para compor a mensagem, simbolizam aspetos intrínsecos à Esperança: o Acreditar (incentivo para cumprir metas e objetivos); a Coragem (o reconhecimento pelo desempenho do papel parental); o Amor incondicional (os filhos enquanto fontes de Esperança); a Força (o apoio e o reconhecimento de que não estão sozinhos); a União (a identificação e união dos pais em todo o processo); o Não desistir (o investimento e a dedicação).

Paralelamente, para consecução de um dos objetivos propostos no projeto profissional, foi disponibilizado à equipa de enfermagem dos diferentes contextos de estágio, um dossier temático "*A Esperança: Compreender o conceito e as implicações para a Enfermagem*" (Anexo III), que teve como objetivos: sensibilizar os enfermeiros para a temática da promoção da Esperança, em particular, nos pais de crianças com doença crónica; e auxiliar na compreensão do conceito na perspetiva da Enfermagem e as suas implicações para o exercício profissional.

Foi ainda possível a realização de uma sessão informativa à equipa de enfermagem no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos sobre a temática (Anexo IV), que complementou a atividade descrita anteriormente, constituindo-se um excelente momento de partilha e de reflexão na equipa sobre a temática, e contribuir para práticas que têm em vista a melhoria da qualidade.

Para dar resposta às necessidades específicas destas crianças e respetiva família, a OMS enfatiza a importância, a prioridade e o investimento de medidas efetivas nos Cuidados Paliativos Pediátricos, a todas as crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias, definindo-os como o cuidado que previne e alivia o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, da criança e da sua família, face aos problemas associados à doença crónica complexa e/ou ameaçadora de vida (WHO, 2018b).

Em Portugal, a Portaria n.º 66/2018 do Ministério da Saúde, regula no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços, admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. Devidamente alinhada com a portaria anterior, a Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, assegura o acompanhamento da criança e família com doença crónica complexa que se encontra hospitalizada, e articula com as equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, de forma a assegurar a prestação de uma abordagem paliativa de qualidade assim como, quando solicitada, com as diversas equipas assistenciais primárias, promovendo a coordenação e a continuidade de cuidados, e a transição da criança/família com doença crónica complexa para serviços de adultos. Tal aspeto, quando assegurado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permite garantir as redes de recurso comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os turnos realizados com um dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que integra a Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, permitiu desenvolver competências no domínio da adaptação da criança/família à doença

crónica, através da identificação de necessidades; articulação e gestão de recursos (como por exemplo o contacto com a farmácia hospitalar de forma a garantir um leite específico para um lactente com uma doença metabólica); ou a visita a crianças/famílias acompanhadas pela equipa que se encontravam hospitalizadas, de forma a aferir novas necessidades e garantir a continuidade de cuidados; como também, estar presente e escutar ativamente as crianças e os pais, garantindo o suporte emocional necessário. Estas intervenções contribuíram para o bem-estar das crianças e respetiva família, e representaram mais uma oportunidade para a implementar intervenções com enfoque na promoção da Esperança parental.

• **Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

Nesta competência, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica “considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

Os diferentes contextos de estágios, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, permitiram desenvolvimento das seguintes unidades de competência:

E3.1 – *“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”*.

E3.2 – *“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”*.

E3.3 – *“Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”*.

E3.4 – *“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”*.

Um dos focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo em vista a saúde e o bem-estar da criança/jovem nas diferentes idades (não o dissociando da família), diz respeito à promoção do seu crescimento e desenvolvimento, numa abordagem antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015). De acordo com a CIPE, o desenvolvimento infantil diz respeito ao “processo progressivo de crescimento físico, mental e social e desenvolvimento ao longo de toda a vida” (International Council of Nurses, 2019).

Para o desenvolvimento desta competência, o estágio na UCC revelou-se um contexto privilegiado para atividades de promoção de saúde da criança e família, assim como a valorização dos cuidados antecipatórios.

Uma das atividades desenvolvidas neste contexto clínico, foi a participação no Projeto de Apoio à Amamentação, integrado no Programa de Saúde Infantil, representando uma estratégia de

promoção do desenvolvimento infantil e capacitação parental. A OMS preconiza a amamentação exclusiva desde o nascimento até aos seis meses, e complementar até aos dois anos de idade, recomendando o aconselhamento e apoio às mães em cada contacto pós-natal (WHO 2017).

Para além disso, os estudos têm revelado que, o ato de amamentar, para além da função nutritiva e imunológica que representa para a criança, é essencial no estabelecimento de laços afetivos e promotor da vinculação, componente básica da existência humana. Paralelamente, o incentivo ao aleitamento materno e o apoio na amamentação estimula as competências parentais, contribui para a incorporação do recém-nascido na família, e o estabelecimento efetivo da ligação mãe/pai-filho, sendo promotor do crescimento e desenvolvimento da criança (DGS, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Durante as várias consultas, observou-se que amamentação representa (principalmente durante o período neonatal) um desafio para as mães, pelas dificuldades, receios e dúvidas que surgem ao longo do processo, e que podem constituir-se fatores dificultadores do mesmo. Uma vez que o pai deve desempenhar um papel ativo neste processo, a sua presença e o seu envolvimento foram incentivados em todas as consultas.

O nascimento de um filho tem um grande impacto no seio familiar, uma vez que representa um momento de felicidade, mas também de dúvidas, receios e ansiedade para os pais, o que pode conduzir ao questionamento acerca da efetividade do seu novo papel. O momento em que a pessoa se transforma em mãe ou pai, destaca-se de outras transições vivenciadas pela sua irreversibilidade, que simultaneamente está em constante mudança, visto que cada etapa do desenvolvimento do filho implica nos pais uma adaptação nos comportamentos, sentimentos e expectativas. Compreender as propriedades e as condições facilitadoras ou dificultadoras inerentes ao processo de transição, permitirá ao enfermeiro uma intervenção promotora de respostas positivas (Melleis et al., 2000) e, da mesma forma, para que “a mensagem incluída nas intervenções de enfermagem tenha como resultado a adesão a comportamentos de saúde, deve permitir ao cliente compreender as soluções, promover a autoconfiança e a consciencialização” (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 88).

A escuta ativa, a empatia e a assertividade - características essenciais da comunicação terapêutica - permitiram que durante as entrevistas os pais verbalizassem as suas questões e os seus receios relacionados com a amamentação e o desenvolvimento do filho, e desta forma estabelecer-se uma relação terapêutica eficaz, aspeto basilar no exercício profissional do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2001). As competências comunicacionais em saúde constituem-se aspetos essenciais na capacitação das pessoas, permitindo ao profissional identificar as necessidades e intervir, de forma a ser efetivo na tomada de decisão, bem como consciencializar e envolver o cliente no processo, em áreas como a promoção da saúde, prevenção da doença, adesão ao tratamento, ou aumento dos níveis de literacia em saúde (Sequeira, 2016).

Outra das atividades desenvolvidas na UCC, foi a participação nas sessões do Projeto de Massagem Infantil, que tem como objetivos capacitar os pais para a massagem do filho, tendo

em vista a estimulação neurossensorial, o alívio da dor relacionada com as cólicas e o relaxamento. O incentivo dos pais a tocar e interagir com o filho, e a observar as suas respostas, permitiu que a vinculação fosse promovida e as competências parentais estimuladas. Estas sessões permitiram o estabelecimento de relações afetivas entre mãe/pai e o filho, as quais constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A massagem infantil permitiu ainda, envolver e apoiar os pais para a capacitação de cuidados responsivos de forma a promover o desenvolvimento da criança (OMS, 2022). A ligação mãe/pai-filho diz respeito ao “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (International Council of Nurses, 2019). A avaliação de comportamentos de afetividade, responsividade e a satisfação do cuidador (“enamoramento”) permite determinar a relação emocional e comportamental da mãe e/ou pai para com o recém-nascido, a sua integração e adaptação no seio familiar, implementar cuidados antecipatórios, e detetar sinais de alerta (DGS, 2013).

A participação em ambos os projetos, potenciou as aprendizagens no percurso formativo no que concerne à maximização do desenvolvimento infantil e promoção da parentalidade. Estas atividades permitiram mobilizar conhecimentos e habilidades na avaliação do desenvolvimento da parentalidade; na utilização de estratégias de promoção da amamentação e de contacto físico dos pais com o filho; na transmissão de orientações antecipatórias para potenciar o crescimento e desenvolvimento infantil, e desta forma empoderar os pais e estimular a assunção do seu papel parental. Permitiu ainda, aprimorar competências relacionadas com a comunicação terapêutica, alicerçada numa interação comunicativa intencional e uma relação efetiva e de confiança com os pais.

A oportunidade de participar na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da USF onde decorreu o estágio, constituiu mais um contributo para o desenvolvimento desta competência específica. A partir de uma das consultas realizada neste contexto, foi selecionado um caso clínico para a elaboração de uma conceção de cuidados (descrito no capítulo três deste documento), de forma a aprimorar competências na elaboração do processo de enfermagem como forma de sistematização da prática profissional, e desenvolvimento do pensamento crítico para a tomada de decisão.

A Consulta de Saúde Infantil desenvolvida na USF, está integrada nas orientações técnicas emanadas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), tem como objetivos (entre outros) avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança; estimular os comportamentos promotores da saúde e o aleitamento materno; apoiar e estimular as competências e as responsabilidades parentais; e detetar sinais de alarme e encaminhar precocemente; sustentando-se na premissa da valorização dos cuidados antecipatórios,

A participação na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil permitiu a avaliação de crianças de diferentes grupos etários, assim como os aspetos relacionados com o desempenho parental. A Consulta de Saúde Infantil e Juvenil é “um espaço privilegiado da prática clínica baseada na integralidade do cuidar (...), que favorece a aquisição do autocuidado possível, e facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a melhoria da qualidade de vida do

cliente - recém-nascido, criança, adolescente - inserido num contexto familiar e social” (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 87). A calendarização das consultas é feita tendo em conta as idades-chave da criança relacionadas com as etapas desenvolvimentais, a alimentação e a transição escolar. Estas consultas servem também como oportunidade para o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2020), que constitui um direito de todos os cidadãos, mas também um dever no que concerne à Saúde Pública, e onde enfermeiro tem um papel essencial como agente proativo de educação e literacia em saúde, tendo em vista a capacitação dos pais para uma tomada de decisão devidamente informada e esclarecida.

Durante a consulta, houve oportunidade de avaliar o crescimento de recém-nascidos, lactentes e crianças pré-escolares, o que incluiu a monitorização dos dados antropométricos; o desenvolvimento motor e psicossocial, através da implementação da Escala Mary Sheridan Modificada; a valorização das dúvidas e preocupações dos pais; a avaliação da dinâmica familiar e redes de suporte; assim como os hábitos alimentares e exercício físico da criança e a adaptação ao infantário. O conhecimento das diferentes etapas de desenvolvimento da criança, e o aconselhamento dos pais sobre as atividades promotoras de aquisição de competências do filho, podem evitar alguns problemas relacionados com os fatores ambientais ou falta de estimulação da criança, sendo essencial incentivar os pais a brincar e interagir com o filho, e ensinar sobre quais os jogos e atividades aconselhadas, de forma a permitir uma estimulação dirigida e promotora do desenvolvimento da criança (Pinto, 2009). O recurso a diferentes brinquedos, ao jogo e à brincadeira - em parceria com os pais - permitiram que durante a consulta fosse possível a avaliação do desenvolvimento da criança, e o estabelecimento de uma comunicação intencional e adequada ao estadio da criança, integrando-a e envolvendo-a em todo o processo, e desenvolver uma prática de cuidados humanizada.

A educação para a saúde através de orientações maximizadoras de saúde e cuidados antecipatórios, constitui-se uma terapêutica de enfermagem, traduzida no cuidado por uma ação com intencionalidade e objetivos, que permite aos pais a preparação necessária para vivenciar o seu processo parental de forma adequada (Melleis, 2012). O treino de competências comunicacionais - no âmbito da relação, informação e documentação - foram aprimorados através da observação; do estabelecimento de uma relação sustentada na escuta ativa e na assertividade; da entrevista clínica; da educação para a saúde; e do registo sistematizado do processo de enfermagem, conseguido pela documentação dos cuidados nos sistemas de informação de apoio aos cuidados de enfermagem em uso na USF.

A comunicação com a criança implica a adequação ao seu estadio de desenvolvimento, e respeito pelas crenças e cultura da família (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Desta forma, o desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação com a criança e família foi proporcionado pela prestação de cuidados e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

A comunicação com o adolescente pode constituir um desafio para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelas características do próprio processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. O contacto com adolescentes no Projeto de

Saúde escolar na UCC, e nos contextos diferenciados como o Internamento Médico-Cirúrgico Pediátrico e o Serviço de Urgência Pediátrica, constituíram-se locais excelentes para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais neste grupo etário tão específico, mas ao mesmo tempo tão desafiante.

A comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha (...), por seu intermédio chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões e os sentimentos sentidos pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Margot, 2002, p. 22). A comunicação com o adolescente deve ser sustentada nos conhecimentos acerca das tarefas desenvolvimentais características, como a procura pela autonomia e identidade, bem como os princípios éticos nomeadamente o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. Outros aspetos essenciais na comunicação com o adolescente é a valorização do seu conhecimento, a flexibilidade e a capacidade de negociação (Sequeira, 2016). Saber escutá-lo e demonstrar disponibilidade para o ouvir, são características essenciais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para o estabelecimento de uma comunicação efetiva (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste sentido, em todos os contextos de estágio, na relação terapêutica com o adolescente - sustentada numa comunicação assertiva - foi valorizada a sua individualidade e a autonomia, incentivada a colocação de questões e dúvidas, para que se sentissem envolvidos na aprendizagem e se gerasse um clima de confiança, de forma a estabelecer-se uma relação de parceria, incentivar a tomada de decisão informada e responsável, e promover a autoestima e a autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde, contribuindo para o desenvolvimento desta competência e uma prática especializada de qualidade.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O relatório aqui apresentado demonstra o percurso de desenvolvimento do processo formativo especializado, representado nos saberes, nas aprendizagens e nas competências comuns e específicas adquiridas, e que contribuíram para a evolução e o enriquecimento pessoal e profissional.

O enfermeiro torna-se competente quando se começa a aperceber dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente; plano este que estabelece uma perspetiva e se baseia sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema. Esta planificação consciente e deliberada permite ao enfermeiro competente ganhar eficiência e organização (Benner, 2001).

A Enfermagem é assumida como disciplina do conhecimento e do Cuidar orientada para a prática. Como tal, o exercício clínico assume uma importância significativa no processo de formação para o desenvolvimento da competência profissional, uma vez que favorece o contacto com a prática de cuidados na sua previsibilidade ou imprevisibilidade, a mobilização integrada e contextualizada de diferentes saberes, e a construção da identidade profissional (Alarcão & Rua, 2005). O saber experienciado constrói-se a partir da sua compreensão, entendimento e reflexão, ou seja, o “exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para a construção do futuro” (Pereira-Mendes, 2016, p. 3).

Os estágios desenvolvidos em contextos clínicos diversificados e com diferentes níveis de complexidade e diferenciação, permitiram a mobilização e organização dos conteúdos teóricos adquiridos, e a apropriação de um conjunto de aprendizagens. Estas, sustentadas num pensamento crítico e reflexivo permanente, caracterizaram um caminho de apreciação à tomada de decisão, para um contributo efetivo no desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A área temática do projeto profissional desenvolvido “*Um olhar sobre a Esperança dos pais de crianças com doença crónica*” norteou todo o percurso clínico, e permitiu o desenvolvimento de competências clínicas especializadas tendo em vista a adaptação parental em contexto de criança com doença crónica, com enfoque na implementação de intervenções promotoras de Esperança.

A doença crónica representa um desafio ao longo da vida para a criança e família, onde os pais perante a assunção de uma parentalidade especial e/ou complexa, terão de mobilizar estratégias para lidar com as necessidades em saúde e se adaptarem à doença. O Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, representa um papel diferenciador em contexto de doença crónica, ao estabelecer uma relação terapêutica onde assume a criança e a família como parceiros centrais e ativos no cuidado, tendo como foco a capacitação e a adaptação à doença. As intervenções promotoras de Esperança surgem neste contexto, como promotoras da resiliência e facilitadoras do processo de adaptação, e são atualmente reconhecidas como uma intervenção especializada e uma boa prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A temática do projeto suscitou o interesse das equipas de enfermagem, e as atividades desenvolvidas permitiram auxiliar na clarificação do conceito de Esperança, e sensibilizar os enfermeiros para a promoção da Esperança parental em contexto de criança com doença crónica, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelas equipas de enfermagem.

Os diferentes estágios proporcionaram oportunidades únicas para novas aprendizagens, ao longo dos quais se adotou uma atitude proativa, e uma postura crítica e reflexiva acerca das situações vivenciadas e das atividades desenvolvidas, quer em momentos informais com os enfermeiros orientadores dos locais de estágio, com os quais se estabeleceu uma relação promotora do ensino-aprendizagem e partilha de ideias, como pela realização de diários de bordo no final de cada estágio. Estes aspetos, propiciaram vários momentos de análise e inferência sobre a prestação de cuidados e os seus resultados, bem como das experiências obtidas para o desenvolvimento profissional. Esta retrospectiva intencional da prática, constituiu-se uma mais-valia no processo de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional.

As competências comuns emergiram da prestação de cuidados, atividades desenvolvidas e experiências obtidas, e abrangeram os quatro domínios previstos pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista. Assim, foi possível a prestação de cuidados responsável e sustentada nos princípios éticos, deontológicos e dos direitos humanos; o desenvolvimento de uma prática de qualidade dentro da equipa multidisciplinar, garantindo um ambiente seguro e terapêutico no cuidado à criança/jovem e família; a gestão dos cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de saúde; a aquisição de conhecimentos sobre estratégias de liderança e gestão; o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade; a incorporação de conhecimento novo sustentado em evidência científica, e o contributo para novas aprendizagens na equipa (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O desenvolvimento destas competências permitiu uma prática deontológica e ética, que respeitasse os direitos da criança/jovem e dos pais, sustentada na segurança, efetividade terapêutica, devidamente articulada com a equipa multidisciplinar, através de um juízo crítico para uma tomada de decisão assertiva e cuidados de enfermagem de qualidade.

A formação em ensino clínico permitiu também o desenvolvimento de competências específicas, nas diferentes áreas previstas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: assiste a criança/jovem e 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 (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prática de cuidados nos diferentes contextos, implicou a mobilização e incorporação de novos conhecimentos e aprendizagens, e uma análise crítica e reflexiva das mesmas. Para tal, a seleção de diferentes áreas de intervenção - cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados pediátricos - contribuiu para o desenvolvimento de um percurso clínico diversificado, e uma prestação de cuidados à criança/jovem e família que objetivassem vários tipos de intervenção e diferentes níveis de complexidade e diferenciação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo como alvo dos cuidados o binómio indissociável criança/família, sustenta os seus cuidados numa relação terapêutica de proximidade e em parceria, tendo em vista a maximização da saúde da criança; a promoção da vinculação, do crescimento e do desenvolvimento infantil; e o suporte e a capacitação parentais (Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Desta forma, a prática desenvolvida durante o ensino clínico permitiu implementar e gerir um plano de cuidados em parceria com a criança/família, promotor da capacitação da criança e da parentalidade; diagnosticar precocemente e intervir nas doenças mais comuns da criança/jovem; prestar cuidados em situações especiais e complexas; reconhecer e tratar a dor da criança/jovem de forma diferenciada; promover a adaptação da criança e família em contexto de doença crónica, com enfoque na implementação de intervenções promotoras de Esperança parental; promover o crescimento, desenvolvimento infantil e a vinculação; desenvolver competências comunicacionais com a criança/jovem e família; e promover a autonomia do adolescente.

A análise refletida acerca do desenvolvimento destas competências foi sustentada em evidência científica, para uma tomada de decisão alicerçada no pensamento crítico - aspeto intrínseco e essencial do processo de enfermagem - e uma prestação de cuidados de excelência.

A elaboração de conceção de cuidados, pela seleção de quatro casos clínicos da prática que suportassem uma aprendizagem e relacionassem a teoria e a prática, recorrendo à Ontologia de Enfermagem e utilizando a plataforma pedagógica E4Nursing disponibilizada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, possibilitou evoluir da documentação para a conceção de cuidados de enfermagem. Permitiu ainda, aprimorar competências no que diz respeito à pesquisa de documentos científicos, e desenvolver o julgamento clínico especializado, com recurso ao processo de enfermagem, através da recolha de dados, identificação de focos/diagnósticos, planeamento de intervenções, e avaliação dos resultados face ao planeado. O processo de enfermagem, sustentado no pensamento crítico, é essencial para a tomada de decisão tendo em vista uma prática de qualidade.

As atividades planeadas no projeto de desenvolvimento profissional delineado no Módulo I do Estágio de Natureza Profissional, foram implementadas no Módulo II, tendo respondido maioritariamente aos objetivos delineados. Foi possível maximizar conhecimentos; desenvolver competências especializadas com foco na adaptação parental à doença crónica do filho, através da identificação e implementação de intervenções promotoras de Esperança; e sensibilizar as equipas de enfermagem sobre a promoção da Esperança neste contexto.

Numa análise retrospectiva de todo o processo formativo pode concluir-se que os objetivos definidos para o processo formativo foram atingidos.

Este percurso académico representou uma jornada satisfatória, exigente e desafiante, em particular durante o desenvolvimento da componente clínica do curso, pela carga horária dos estágios que exigiu uma gestão criteriosa do tempo, para ser possível o cumprimento do ensino clínico na duração estipulada e, simultaneamente, a articulação com os trabalhos académicos, e a vida profissional e pessoal. Todavia, a disponibilidade, o incentivo e a orientação dos enfermeiros em contexto de estágio e dos professores, em particular da Professora Doutora Conceição Reisinho e da Professora Doutora Luísa Andrade, constituíram-se condições facilitadoras na manutenção da resiliência necessária durante todo o processo, permitindo que a Esperança não se perdesse pelo caminho.

Em perspetiva, pretende-se continuar de forma proativa e responsável, o investimento no crescimento e aperfeiçoamento profissional na área de Saúde Infantil e Pediátrica, alicerçados no pensamento crítico e na evidência científica, tendo em vista cuidados especializados à criança e família que valorizem a qualidade e primem pela excelência.

9. BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9-26. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212017000100002
- Alarcão, I., & Rua, M. (jul-set de 2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 4(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alencar, S. P. (2015). Convulsão febril: aspetos clínicos e terapêuticos. Artigo de revisão. *Rev. Med UFC.*, 55(5), 38-42. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2015v55n1p38-42>
- Almeida, M., & Eiras, M. (2016). Identificação do Doente em Contexto Hospitalar. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa). Repositório Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7189/1/Identificacao%20inequivoca%20do%20doente%20em%20contexto%20hospitalar.pdf>
- Amoretti, C., Rodrigues, G., Carvalho, P., & Trotta, E. (2008). Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400002>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (s.d.). APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil. <https://www.apsi.org.pt/pt/>
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias: um presente para o futuro. (A. P. Nutrição, Ed.) https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Azeredo, T., & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 2ª série(108), 44-54. Obtido de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=oliNoE>
- Bally, J. M., Duggleby, W., Holtslander, L., Mpofu, C., Spurr, S., Thomas, R., & Whright, K. (2013). Keeping Hope Possible: A Grounded Theory Study of the Hope Experience of Parental Caregivers Who Have Children in Treatment for Cancer. *Cancer Nursing*, 37(5), 363-372. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182a453aa>
- Basto, M. L. (2012). Cuidar em enfermagem: Saberes da prática. Coimbra: Formasau.
- Batalha, L. (2010). Dor em Pediatria: Compreender para mudar. Lisboa: Lidel.
- Bavarsad, Z., Hemati, K., Sayehmiri, K., Asadollahi, P., Abangah, G., Azizi, M., & Asadollahi, K. (2018). Effects of breast milk on pain severity during muscular injection of hepatitis B vaccine in neonates in a teaching hospital in Iran. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 25(6), 365-370. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.06.001>
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008). Perturbações da parentalidade. Lisboa: Climepsi.

- Bazzan, J., Milbrath, V., Gabatz, R., Cordeiro, F., Freitag, V., & Schwartz, E. (2020). O processo de adaptação familiar à hospitalização infantil em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. esc. enferm. USP*(54), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018056203614>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Borges, J. (2014). *Adaptação Cultural e Avaliação das Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala de Dor COMFORT-B*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Brás, A., Quitério, M., & Nunes, E. (2020). Intervenções do enfermeiro na prevenção de quedas na criança hospitalizada: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(supl 6), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Brigas, D., Abrantes, C., Mendes, G., & Pedroso, E. (2020). Cateterização vesical no doente internado: reduzindo as complicações associadas ao procedimento. *Revista da Sociedade de Medicina Interna*, 27(3), 213-218. <https://doi.org/10.24950/O/28/20/3/2020>
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marin, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Referência*, IV(4), 11-20. <https://doi.org/10.12707/RIV14012>
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393-406. <https://doi.org/10.14417/ap.807>
- Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. (2021). Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas sobre os Cuidados Atraumáticos em Pediatria. *Millenium*, 2(17), 31-39. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>
- Carvalho, B., Santos, R., & Pais, L. (2021). Intervenções para o desenvolvimento de liderança em enfermagem: uma revisão sistemática de literatura. <http://hdl.handle.net/10174/30339>
- Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A., Martins, A., & Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão Sistemática. *Referência*, II série(12), 93-103. https://www.researchgate.net/publication/230766925_Qual_o_papel_da_esperanca_na_saudeda_pessoa_-_Revisao_SistematicaWhichis_the_role_of_hope_in_the_person's_health
- Charepe, Z. B. (2011). *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperanças pais de crianças com doença crónica: construção de um modelo de intervenção colaborativa*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/7328>
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica - Modelo de Intervenção de Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Chen, M.-w., Noosbond, J., & Bruce, M. (1998). Therapeutic Document in Group Counseling: An Active Change Agent. *Journal of counseling & development* , 76(4), 404-411. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02699.x>
- Chick, N., & Melleis, A. (1986). *Transitions: A nursing concern*. https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern
- Correia, A., Portela, C., Chão, M., & Castilho, A. (2019). Prevenção da Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central em doentes de cuidados intensivos: adesão os profissionais às práticas recomendadas. *Revista Investigação em Enfermagem*

- Sinais Vitais(27), 23-36. https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE27_s2.pdf
- Couto, R., & Pedrosa, T. (2011). Hospital: acreditação e gestão em saúde (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
 - Cruz, O. (2005). Parentalidade. Coimbra: Quarteto.
 - Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: 1ª Série; n.º 109. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
 - Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República: 1ª série - A; n.º 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
 - Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: 1ª série, n.º 38. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
 - Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). Guia Farmacológico para Enfermeiros (10ª ed.). Loures: Lusociência.
 - Despacho n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2ª série; n.º 73. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3762-2015-66984659>
 - Despacho n.º 6401/2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário da República: 2ª série, n.º 94. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6401-2016-74443131>
 - Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2ª série, n.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
 - Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravid ez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf
 - Direção-Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Controlo da Dor. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor/normas-e-orientacoes.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação n.º 014/2010. Orientações técnicas sobre a dor nas crianças. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2011). Norma n.º 017/2011. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
 - Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientação n.º 022/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês aos 18 anos). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientação n.º 022/2012. Orientações técnicas sobre o

- controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês aos 18 anos).
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma nº 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2014). Programa Nacional para as doenças respiratórias: Boas práticas e orientações para o controlo da asma no adulto e na criança.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na-crianca-2-edicao-pdf.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 015/2015. Programa Nacional de Saúde Escolar.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2016). Norma n.º 014/2016. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-alimentacao-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>
 - Direção-Geral da Saúde. (2017). Orientação n.º 011/2017. Asma: descrição, diagnóstico diferencial, comorbilidades e codificação.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112017-de-26072017-pdf.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2018a). Norma n.º 002/2018. Sistemas de Triagem dos Serviços de urgência e Referenciação Interna.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-09012018.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2018b). Norma n.º 014/2018. Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2018c). Norma nº 006/2018. Monitorização e tratamento para o controlo da asma na criança, no adolescente e no adulto.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Monitorizacao-e-Tratamento-Para-o-Controlo-da-Asma-na-Crianca-no-Adolescente-e-no-Adulto.pdf>
 - Direção-Geral da Saúde. (2018d). Norma n.º 005/2018 atualizada a 10/01/2020. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>
 - Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma n.º 018/2020. Programa Nacional de Vacinação.
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
 - Direção-Geral da Saúde. (2022a). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Guia de Comunicação em Saúde: Boas Práticas.
https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP_01_Boas-Praticas-em-Comunicacao.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma n.º 019/2015 atualizada a 29/08/2022. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma clínica n.º 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_a_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). Plano Nacional de Saúde 2021- 2030. <https://pns.dgs.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022e). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
- Domellof, M., Szitanyi, P., Simchowitz, V., Franz, A., & Mimouni, F. (2018). ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: Iron and trace mineral. *Clinical Nutrition Journal*, 37(6), 2354-2359. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.949>
- Dominguez, C., Cruz, G., Morais, M., & Lopes, J. (2015). Pensamento crítico na educação: desafios atuais. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/36484/1/2015_Franco%20%26%20Almeida%20%282015%29.pdf
- Durante, M. E., & Cancelier, A. C. (2007). Prevalência de internações por convulsões febris em serviço de pediatria no sul do país:: análise dos fatores associados. 35(4), pp. 1-5. <http://acm.org.br/revista/pdf/artigos/522.pdf>
- Ebrahimpour, F., Mirlashari, J., Hosseini, A., Zarina, F., & Thorne, S. (2021). Symbols of Hope on Pediatric Oncology Ward: Children's Perspective Using Photovoice. *Journal of pediatric oncology nursing*, 38(6), 385-398. <https://doi.org/10.1177/10434542211041934>.
- ESPGHAN. (s.d.). ESPGHAN - European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. <https://www.espghan.org/>
- Estevão-Costa, J. (2014). Vias para Nutrição Artificial na Criança (I): Acessos Entéricos. *Acta Médica Portuguesa*, 27(5), 634-640. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>
- Farrag, K., Shastri, Y., Beilenhoff, U., Aksan, A., & Stein, J. (2019). Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): a practical approach for long term management. *BMJ*, 364. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5311>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19(19), 32-45. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>
- Fernandes, V., Lima, A., Junior, A., & Nogueira, R. (2013). Nutrição enteral em pediatria. *Residência Pediátrica*, 3(3), 67-75. <https://doi.org/10.25060/residpediatr>
- Ferracioli, G., Oliveira, R., Souza, V., Teston, E., Varela, P., & Costa, M. (2020). Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. *Enferm. foco*, 11(1), 5-20. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2254>
- Ferreira, J., Cypriano, L., Vasconcellos, N., Sepulveda, G., Silva, J., Coelho, A., . . . Dias, J. (2021). Therapeutic letters: Strategic communication technology and its therapeutic

- consequences. *Research, society and development*, 10(8), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17687>
- Ferrito, C., Lucília, N., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*(15), 1-37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
 - Fonseca, A., & Benavides, V. (2022). Crise convulsiva febril em crianças: uma revisão narrativa. *REAMed*, 3, 1-6. <https://doi.org/10.25248/REAMed.e9780.2022>
 - Fundação Portuguesa do Pulmão. (2020). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2020. <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/ficheiros/ondr2020.pdf>
 - Gamhewage, G., Mylonas, C., Mahmoud, M., & Stucke, O. (2022). Developing the first ever global learning strategy to frame the future of learning for achieving public health goals. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 12(1), 74-76. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2021.09.016>
 - Golse, B. (2005). O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança. Lisboa: Climepsi.
 - Gomes, R., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019). Triagem em Pediatria uma opção: Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale. *Cuid'arte: Revista de Enfermagem*, 7-11. <http://hdl.handle.net/10400.26/40814>
 - Gomes-Pedro, J., Nugent, J. K., Yuong, J. G., & Brazelton, T. B. (2005). A criança e a Família do século XXI. Lisboa: Dinalivro.
 - Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA - I: Definições e Classificação 2018-2020 (11ª ed.). Artmed.
 - Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). WONG'S Nursing care of infants and Children (11ª ed.). Missouri: Elsevier.
 - Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong Fundamentos de Enfermagem da criança e do adolescente. Loures: Lusociência.
 - Homan, M., Hauser, B., Romano, C., Tzivinikos, C., Torroni, F., Gottrand, F., . . . Amil-Dias, J. (2021). Percutaneous endoscopic gastrostomy in children: an update to the ESPGHAN position paper. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 73(3), 415-426. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003207>
 - Infarmed. (2006). Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos 9ª edição. https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/tematicos/formulario-hospitalar-nacional-de-medicamentos
 - Infarmed. (s.d.). Resumo das características do medicamento. Obtido de www.infarmed.pt.
 - Instituto de Apoio à Criança. (2017). Carta da Criança Hospitalizada - 5ª edição. https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
 - Instituto de Apoio à Criança. (2022). Vinculação e Parentalidade. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/brochura-vinculacao-parental.pdf>
 - International Council of Nurses. (2019). Browser CIPE: Versão Portuguesa. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
 - Jesus, R., Pfaffenbach, G., & Gomes, L. (2024). Gerenciamento de enfermagem na urgência e emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(1). <https://doi.org/10.25248/reas.e14485.2024>
 - Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). Classificação dos Resultados de

- Enfermagem (NOC) (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Júnior, C., Frizzone, D., Xavier, P., & Bonisson, A. (2014). Ventilação mecânica em Pediatria: conceitos básicos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 4(Supl 8), 4-10. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20140121>
 - Leal, L., Henriques, S., Brito, L., Celestino, L., Ignácio, D., & Silva, A. (2019). Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1-5. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.43769>
 - Lei n.º 60/2009 da Assembleia da República. (2009). *Diário da República: 1ª série*, n.º 151. <https://files.dre.pt/1s/2009/08/15100/0509705098.pdf>
 - Lima, J. (2020). Ventilação mecânica. <https://ordemdosmedicos.pt/ventilacao-mecanica/>
 - Lissauer, T., & Clayden, G. (2009). *Manual Ilustrado de Pediatria*. São Paulo: Elsevier.
 - Lopes, P., Sousa, S., Silva, A., Bessa, É., Costa, J., Pires, O., . . . Alves, E. (2023). The parental role in the hospital: view of a group of specialist pediatric nurses. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, 23. <https://doi.org/10.31508/1676-379320230006i>
 - Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e desenvolvimento*(30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
 - Magão, M. T., & Leal, I. P. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 3-22. <http://hdl.handle.net/10400.12/1037>
 - Maravilha, T., Marcelino, M., & Charepe, Z. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>
 - Margot, P. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
 - Marques, M., Lopes, M., Magalhães, M., & Sousa, L. (2022). Desenvolvimento do pensamento crítico nos estudantes de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1-10. <http://hdl.handle.net/10174/34082>
 - Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A., & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Supl 6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
 - Melleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Developing & Progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
 - Melleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-18. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
 - Melleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Rdefinition of the Nursing Mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
 - Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Vera, J., Frota, N., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Referência*, IV(1), 55-63. <https://doi.org/10.12707/RIII1316>
 - Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem*

- pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. 3(6), pp. 113-121. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf>
- Miller, J. F. (2007). Hope: A construct central nursing. *Nursing Forum*, 42(1), 12-21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x>
 - Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E., & Gomes, V. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 82-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>
 - Nações Unidas. (2017). Declaração Universal dos Direitos Humanos. <https://unric.org/pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>
 - Naranjo, C., Mejía, G., Crespo, M., & Palíz, F. (2022). Atresia esofágica, diagnóstico, tratamiento y cuidados post quirúrgicos. *RECIAMUC*, 6(3), 111-118. [http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.111-118](http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.111-118)
 - NIC. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6 ed.). Missouri: Elsevier.
 - Oliveira, L., & Azeredo, T. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, 2ª série(108), 44-54. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=oliNoE>
 - Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
 - Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista ao adolescente e Promover o desenvolvimento infantil na criança. 1(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da Esperança nos pais de crianças com doença crónica e Preparação para o regresso a casa da criança. 3(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Diminuir o medo da cirurgia; Assistir a criança com diabetes mellitus I e Assistir a criança com estoma. 2(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não

- farmacológicas para o controlo da dor na criança. Série 1(6). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
 - Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Guia Orientador De Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Série 1(8). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf
 - Organização Mundial da Saúde. (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo. <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240044074>
 - Organização Mundial da Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
 - Ornellas, T., & Monteiro, I. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <http://dx.doi.org/10.12707/RVI22055>
 - Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20. <https://catalogo.bibliotecas.ucp.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=324102>
 - Paiva, L., & Rasesa, E. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24(1), 193-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>
 - Parecer n.º 10/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9406/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf
 - Parecer n.º 6/2017 da Ordem dos Enfermeiros. (2017). Aplicação de calor local em seroma provocado por infiltração de soroterapia em lactentes. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6_2017.pdf
 - Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
 - Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em estudantes de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132. <http://hdl.handle.net/10400.14/34006>
 - Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Eletrónica Educare*, 20(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
 - Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677-687. <https://core.ac.uk/download/71737976.pdf>
 - Pires, A. (2006). O lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado de Enfermagem.

Loures: Lusociência.

- Popp, J., Conway, M., & Pantaleao, A. (2015). Parents' Experience With Their Child's Cancer Diagnosis: Do Hopefulness, Family Functioning, and Perceptions of Care Matter? *Journal of pediatric oncology nursing*, 32(4), 253-260. <http://dx.doi.org/10.1177/1043454214563404>.
- Portaria n.º 66/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: n.º 46; 1ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275>
- Portugal, L. (2019). Perceção das mães quanto às necessidades e cuidados essenciais aos filhos internados num serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=Bpyxtug5>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. (2016). Ética e humanização em hospitais: perceção dos gestores. *Revista Servir*, 59(2), 25-30. doi:<http://dx.doi.org/10.48492/servir022.23678>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2.ª série, n.º 26, pp. 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República: 2ª série, n.º 119, pp. 16660 - 16665. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: 2ª série, n.º 133, pp. 19192 - 19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 556/2017 da Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Diário da República: 2ª série, n.º 200, pp. 23636 - 23638. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/556-2017-108317775>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª série; n.º 184, pp. 128-155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rodrigues, O., & Melchior, L. (2014). Aspectos do desenvolvimento na idade escolar e na adolescência. https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155338/3/unesp-nead_reei1_ee_d06_s01_texo01.pdf
- Santos, C., Nascimento, E., Hermida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N., & Salum, N. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Esc Ann Nery*, 24(2), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel.

- Serra, C. M. (2019). Atuação na crise de asma moderada a grave na criança. *Life Safing*(14), 54-58. <http://hdl.handle.net/10400.1/18114>
- Silva, A., Oliveira, T., Lima, C., & Rodrigues, L. (2016). Information systems as a tool for decision making in health care: an integrative review. *J Nurs UFPE on line*, 10(9), 3455-3462. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201634>
- Silva, C., Valente, G., Bitencourt, G., & Brito, L. (2010). A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 15(3), 548-551. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18902/12210>
- Silva, M., & Martins, R. (2023). O desenvolvimento moral segundo Piaget, Kohlberg, Rest, Turiel, Gilligan e Lind: limites e potencialidades das principais teorias em psicologia moral. *Schème - Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*, 14(2), 42-86. <http://dx.doi.org/10.36311/1984-1655.2022.v14.n2.p42-86>
- Siqueira, L. F. (2010). Atualização no diagnóstico e tratamento das crises epilépticas febris. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 4(56), 489-492. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000400026>
- Smith, G. (2021). Literacia em saúde: Perspetiva de Enfermagem. *Referência*, 5(8). <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5; Supl. II), 1-28. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 948. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sousa, P. (2012). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24-28. <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>
- Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(12), 1456-1461. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01593.x>
- Suleiman, N., Shamsudin, S., Rus, R., Draman, S., & Taib, M. (2018). The Relevancy of paracetamol and Breastfeeding Post Infant Vaccination: A Systematic Review. *Pharmacy*, 64(2), 1-16. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6020027>
- Taddio, A., Bortolussi, M., Chambers, R., Halperin, S., Dubey, V., & Hanrahan, A. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 843-855. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.101720>
- Tarrío, F. R. (2003). *Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos* (3ª ed., Vol. I). Madrid: Norma-Capitel.

- Tarrío, F. R. (2003). Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos (3ª ed., Vol. II). Madrid: Norma-Capitel.
- Teixeira, J., Gabatz, R., Teixeira, K., Hirschmann, R., Milbrath, V., & Moura, A. (2023). Trabalho da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa. *Revista de emergência e atenção à saúde*, 2(12). <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v12i2.5395>
- The Agency for Clinical Innovation , & Gastroenterological Nurses College of Australia. (2015). A Clinician's Guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices. https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0017/251063/ACI-Clinicians-guide-caring-people-gastrostomy-tubes-devices.pdf
- The Global Initiative for Asthma. (2023a). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf
- The Global Initiative for Asthma. (2023b). Asthma management and prevention for adults, adolescents and children 6-11 years: A Pocket Guide for Health Professionals. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Pocket-Guide-WMS.pdf>
- The Royal Children's Hospital Melbourne. (2021). Nursing Guideline: Replogle tube management. https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Replogle_tube_management/
- Treviso, P., Peres, S., Silva, A., & Santos, A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69), 1-15. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>
- Trocado, V., Barroso, C., Nogueira-Silva, C., & Correia-Pinto, J. (2016). Atrésia Esofágica: Um Desafio desde o Diagnóstico Pré-natal ao Tratamento Cirúrgico. *Gazeta Médica*, 3(3), 1-6. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50607/1/08.pdf>
- UNICEF. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- UNICEF. (2024). A Importância dos Primeiros Anos de Vida. <https://www.unicef.pt/a-importancia-dos-primeiros-anos-de-vida/>
- Viana, J., Balinha, J., & Afonso, C. (2017). Monitorização do volume de resíduo gástrico no doente crítico. *Ata Portuguesa de Nutrição*, 10, 38-42. <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2017.1006>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar - Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. 13(4). https://www.researchgate.net/profile/Don-Nutbeam/publication/12979284_The_WHO_health_promotion_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail
- World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases : A Vital Investment. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2007). Patient Identification.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>

- World Health Organization. (2015). Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549356>
- World Health Organization. (2017). WHO Recommendations on Newborn Health: Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018a). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. <https://iris.who.int/handle/10665/272603>.
- World Health Organization. (2018b). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: A WHO guide for health care planners, implementers and managers. <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família*. 4ª edição. São Paulo: Roca.
- Zurita-Cruz, J., Rivas-Ruiz, R., Gordillo-Álvarez, V., & Villassis-Keever. (2017). Breastfeeding for acute pain control on infants: a randomized controlled trial. *Nutricion hospitalaria*, 34(2), 301-307. <https://doi.org/10.20960/nh.163>

10. ANEXOS

Anexo I

A ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE: diversificação alimentar

A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR OU ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR É O PROCESSO DE INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS QUE NÃO O LEITE (HUMANO OU DE FÓRMULA) INICIANDO-SE ENTRE OS 4 E OS 6 MESES DE IDADE.

Processo fundamental para o adequado aporte nutricional do lactente e para o seu desenvolvimento global, tanto físico como psicomotor, que implica a avaliação da maturidade e da evolução ponderal regular.

Depois dos 6 meses de idade, a alimentação exclusivamente láctea, não supre as necessidades energéticas e em micronutrientes (como ferro e vitaminas do complexo B), sendo necessária a introdução de novos alimentos.

Etapa desafiante e de estruturação de comportamentos, que potenciará o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis.

1

O aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, e a sua manutenção até aos 2 anos, é recomendado enquanto ocorre a diversificação alimentar.

Alimentos sólidos nunca devem ser introduzidos antes dos 4 meses, pela imaturidade gastrointestinal e pelo facto de só a partir desta idade o lactente adquirir maior estabilidade do maxilar e do pescoço.

2

3

Aos 4 meses as funções renal e gastrointestinal estão maduras para metabolizar os nutrientes e aos 9 meses, a maioria dos lactentes é capaz de se alimentar sozinha, beber de um copo com as 2 mãos e ingerir alimentos da dieta familiar, com pequenas adaptações.

Deve ser oferecida uma ampla variedade de alimentos, com intervalos de inclusão entre si, de forma a permitir que o lactente experiencie alimentos, texturas, aromas e sabores novos.

4

5

Os lactentes têm preferências inatas por sabores doces e salgados, e aversão inata pelos amargos. Estas predisposições podem ser modificadas pelas experiências nos primeiros tempos da diversificação alimentar.

A adição de sal e açúcar na diversificação alimentar não é recomendada. A ingestão de açúcar é o fator de risco dietético mais importante para a formação de cáries dentárias.

6

7

Os pais têm um papel fundamental na diversificação alimentar do filho, principalmente em relação ao momento e quais os alimentos que introduzem, assim como a forma como o alimentam.

A ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE: diversificação alimentar

INDEPENDENTEMENTE DO MÉTODO ESCOLHIDO PARA A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR, OS PAIS DEVEM ADOPTAR UM ESTILO PARENTAL RESPONSIVO E COMPREENDER OS SINAIS DE FOME E SACIEDADE DO FILHO.

O processo de diversificação alimentar implica por parte dos pais/cuidadores assegurar as condições de higiene e segurança, a vigilância da refeição, desaconselhando-se a alimentação da criança como estratégia de conforto, recompensa ou punição.

Método Tradicional

Adaptação das texturas ao longo do período da diversificação alimentar, até à total autonomia: textura cremosa/puré, textura pastosa e pequenos pedaços (*finger foods*).

A quantidade ingerida é de certa forma, controlada pelos pais, mesmo se há recusa da criança.

A refeição é facultada com uma colher específica para a idade. Habitualmente as refeições oferecidas têm a presença de alimentos ricos em ferro (p.ex.: puré de vegetais, carne, peixe e papas fortificadas).

Promove as refeições em família.

É necessário o controlo dos pais/cuidadores para o risco de engasgamento.

Baby-Led-Weaning

Os alimentos são iguais aos da refeição da família, sendo oferecidos em pequenos pedaços (*finger foods*), de modo a que a criança leve os alimentos à boca com as próprias mãos.

São disponibilizados vários alimentos cozinhados na forma de *finger foods*.
A criança come os que prefere e na quantidade que quer.

Não ocorre oferta de alimentos com colher.
É importante a oferta de alimentos ricos em ferro. As crianças podem estar mais expostas a alimentos “pouco saudáveis” (refeição da família).

Promove as refeições em família.

É necessário maior controlo dos pais/cuidadores das quantidades ingeridas e para o risco de engasgamento.

Resumo das características do Método Tradicional e do *Baby-Led-Weaning*

Adaptado de: Alimentação nos primeiros 1000 dias - Associação Portuguesa de Nutrição (2019)

A interação entre o lactente e os pais, e a forma como a comida é apresentada por eles ao filho, pode influenciar as suas preferências alimentares e a regulação do apetite a longo prazo.

“SABEMOS HOJE, QUE OS MESES DE VIDA INTRA-UTERINA E OS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DE UMA CRIANÇA VÃO DETERMINAR, EM PARTE, A SUA CARGA DE DOENÇA AO LONGO DA SUA VIDA ADULTA.”
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Elaborado por: Vera Pereira

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Anexo II

Anexo III

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

- DOSSIER TEMÁTICO -
A ESPERANÇA:
COMPREENDER O CONCEITO E AS
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Vera Lúcia Alves Pereira

Orientação: Professora Doutora Conceição Reinho

Co-orientação: Professora Doutora Luísa Andrade

Porto, 2023

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	2
1. HOPE: A CONSTRUCT CENTRAL TO NURSING	4
2. THE CONCEPT OF HOPE REVISITED FOR NURSING	7
3. FATORES INFLUENCIADORES DA ESPERANÇA NOS PAIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA	10
4. A ESPERANÇA NOS PAIS DE CRIANÇAS COM CANCRO. UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA INTERPRETATIVA DA RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	13
5. PROMOVER A ESPERANÇA EM PAIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA - MODELO DE INTERVENÇÃO EM AJUDA MÚTUA	16
6. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DA ESPERANÇA	17
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

NOTA INTRODUTÓRIA

O percurso de vida da pessoa, é feito de desafios e redirecionamentos que podem, por vezes, conduzir a questionamentos sobre a sua capacidade para ultrapassar os obstáculos e de adaptar-se às novas situações. Sempre ouvimos dizer que “a esperança é a última a morrer” e “onde há vida esperança”. A sabedoria popular remete-nos para a ideia da Esperança como um propósito, algo que nos dá motivo para continuar a lutar a acreditar, e até mesmo um certo compromisso com os objetivos que pretendemos alcançar, é a “luz no fundo do túnel”. Mas afinal, o que é isto da Esperança? Qual o impacto que pode ter na vida? E de que forma este conceito se relaciona com a disciplina de Enfermagem?

A Esperança pode ser descrita como um processo cognitivo, sustentável da força humana, que assenta em 3 componentes distintos do pensamento, mas que se interligam entre si: *pensar nos objetivos* (concretização de objetivos válidos); *pensar nos caminhos* (desenvolver estratégias específicas); *pensar na atitude* (iniciar e manter a motivação). Esta Teoria de Esperança elaborada por Snyder, projeta a Esperança como um antagonismo da passividade; é o acreditar, a ação e a motivação, a vontade e a perseverança para se atingir objetivos (Snyder, 2002).

A Esperança é assim, um conceito complexo, que tem sido alvo da investigação de várias disciplinas para a sua definição e compreensão, sendo atualmente considerada um foco de atenção para a prática da Enfermagem. Parece unânime que a Esperança tem um caráter positivo e de empoderamento na vivência humana e na forma como a pessoa lida e se adapta às situações e aos desafios que surgem ao longo da vida.

A Enfermagem, tendo no seu âmago o cuidar, implica uma interação da pessoa que cuida - o enfermeiro - e a pessoa cuidada - o doente, relação essa que deve assentar num modelo holístico, norteadora por imperativos éticos e morais, e que vai muito mais além da técnica, como nos diz o Professor Doutor Nuno Lobo Antunes “*cuidar é caminhar ao lado de*”.

Os Padrões de Qualidade que orientam a prática do enfermeiro em Portugal, tomam como foco de atenção dos cuidados, a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa e têm como alvo, ao longo de todo o ciclo vital, a prevenção da doença e a promoção de processos de readaptação, tendo em vista um estado de equilíbrio de controlo de sofrimento, bem-estar físico e conforto emocional, espiritual e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Quando o cliente alvo dos cuidados é uma criança, esta é indissociável dos pais, pelo que o enfermeiro em contexto pediátrico, baseia a sua prática centrada na família e em parceria, respeitando desta forma, os direitos de ambos, como parte integrante dos cuidados e da gestão do processo de saúde/doença (Mendes & Martins, 2012).

A elaboração deste trabalho surge como atividade proposta, para dar resposta a um dos objetivos de um projeto de desenvolvimento profissional de competências especializadas na

área de Saúde Infantil e Pediátrica, relacionado com a promoção da Esperança em pais de crianças com doença crónica.

Pretende-se com este dossier temático sensibilizar os enfermeiros para a temática da promoção da Esperança, em particular, nos pais de crianças com doença crónica; auxiliar na compreensão do conceito na perspetiva da Enfermagem; e as suas implicações para a prática profissional.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na plataforma agregadora de bases de dados *EBSCO HOST* e a escolha dos artigos e dos referenciais teóricos para a elaboração do resumo teve por base a sua pertinência para compreensão do conceito na perspetiva da enfermagem, privilegiando-se a investigação feita em Portugal. Foram selecionados seis artigos/referenciais teóricos (que se encontram compilados no capítulo seguinte deste trabalho), dos quais se elaborou um resumo para facilitar a consulta, procurando-se desta forma dar resposta aos objetivos anteriormente descritos

A redação deste trabalho seguiu as regras preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, e as referências bibliográficas foram organizadas conforme a 7ª edição da Norma da *American Psychological Association*.

1. HOPE: A CONSTRUCT CENTRAL TO NURSING

2007

Autor: Miller, Judith Fitzgerald

Revisão de Literatura

Judith Miller é enfermeira, Professora aposentada da Universidade do Missouri nos Estados Unidos da América e autora do livro *“Coping with chronic illness: overcoming powerlessness”* (1982). Pretende com este artigo, compreender o conceito de Esperança, através de uma síntese de várias perspectivas publicadas.

Miller começa por descrever a Esperança como fundamental para a vida e essencial para lidar com a doença e para preparar para a morte, considerando-a um conceito central para a enfermagem. Enuncia vários investigadores que têm permitido a compreensão do conceito, assim como o desenvolvimento de instrumentos sobre a Esperança. Ao longo do artigo, a autora aborda os seguintes aspetos sobre a Esperança: definições; atributos; antecedentes, ameaças e conceitos relacionados; estratégias inspiradoras de Esperança; Esperança e fim de vida; e estratégias promotoras de Esperança.

A autora apresenta várias definições do conceito de Esperança. Dufault & Martochio (1985), definiram a Esperança como uma força de vida, dinâmica e multidimensional, caracterizada por uma expectativa confiante, mas incerta, de alcançar um futuro que, para a pessoa é realisticamente possível e pessoalmente significativo, distinguindo dois tipos de Esperança: a generalizada (estado de ser não direcionado para um objetivo concreto) e a particularizada (orientada para objetivos). Para Morse & Doberneck (1995) o significado e a importância da Esperança dependem das circunstâncias da vida do indivíduo, considerando-a uma resposta a uma ameaça e que resulta no estabelecimento de uma meta desejada e o uso de todos os recursos internos e externos para a atingir (sobressaindo a visão do conceito de Esperança particularizada). As dimensões da incerteza (durante a procura de significações de Esperança); a preparação para os resultados negativos; a determinação; a procura de alternativas e o estabelecimento de objetivos, são aspetos descritos por estes autores. Para Farran et al. (1995) a Esperança engloba 4 componentes: o processo experimental (aceitar os desafios); o processo espiritual/transcendente (Esperança inseparável da fé); o processo de pensamento racional (Esperança fundamentada com objetivos e recursos físicos, emocionais e espirituais); e o processo relacional (a Esperança ocorre entre indivíduos, sendo influenciada pela Esperança dos outros, a presença, a comunicação e a força). Parse (1999) descreve a Esperança como um fenómeno universal e essencial para a qualidade de vida. Em 1962, Marcel descreveu a Esperança como o ato pelo qual o desespero é ativamente superado, ganhando vida quando nos confrontamos com os desafios, a escuridão, a doença e a separação.

-Atributos da Esperança-

A autora enuncia as dimensões da Esperança, descritas por Miller e Powers (1988) na Escala de Esperança de Miller, desenvolvida pelos autores. Estas dimensões incluem mutualidade/afiliação (relações interpessoais, carinho, partilha, pertença); sentido do possível; antecipação; estabelecimento e cumprimento de metas; bem-estar psicológico; propósito e significado de vida; vigilância da realidade; otimismo; e ativação física e mental. Para Haase and colleagues (1992) a Esperança engloba quatro atributos: foco no futuro; energia (ação, orientação e envolvimento); redefinição do futuro; e sentimentos de incerteza, inquietação e desconforto.

- Antecedentes de Esperança, ameaças e conceitos relacionados-

A autora descreve que os antecedentes de Esperança incluem acontecimentos cruciais na vida como a perda; as decisões importantes; as dificuldades; o sofrimento e a incerteza; os atributos pessoais positivos como a filosofia de vida (sensação de significado); o otimismo e as crenças pessoais de que o crescimento resulta da luta; e a conexão com Deus. Reconhecer a ameaça é a chave para o sofrimento, mas também para a estimulação da Esperança. As ameaças da Esperança incluem a dor e outros sintomas não controlados; a angústia espiritual; a fadiga; a ansiedade; o isolamento social; e a solidão. A percepção de desEsperança (da família e dos profissionais de saúde) constituem também ameaças à Esperança. A origem etimológica da palavra e o contributo de outras disciplinas, conduziu à análise de conceitos relacionados com a Esperança como a resistência (consciência); a incerteza (reconhecimento); o sofrimento (reconhecimento) e a aceitação (Morse and Perod, 1999).

-Estratégias inspiradoras de Esperança-

A autora começa por referenciar Cutliffe & Herth (2002) que descrevem como inspiração da Esperança a presença de outra pessoa que demonstre aceitação incondicional, tolerância e compreensão. Também Herth (1990) descreve a ligação interpessoal; objetivos alcançáveis; práticas espirituais; atributos pessoais; alegria; memórias e afirmação de valor, como estratégias inspiradoras de Esperança. Para Post-white, Cernsky e Kreitzer (1996) estas estratégias englobam encontrar significado; afirmar relacionamentos; viver no presente; antecipar a sobrevivência e usar recursos internos. A autora deste artigo considera que encontrar significado na doença/situação; focar num estado de Esperança generalizado; diminuir a incerteza em relação ao cuidado; usar a presença, o humor; maximizar o contágio de Esperança; eliminar as distorções cognitivas e manter relacionamentos terapêuticos afetuosos, constituem inspiração de Esperança.

-Esperança e fim de vida-

A autora coloca as questões: *Será que a Esperança em doentes terminais é compatível com a morte iminente? Será que as pessoas que têm Esperança contra todas as probabilidades, precisam de ser confrontadas com a realidade da sua situação, tornando-se realistas de acordo com a definição do profissional de saúde sobre o que é real?*

Taylor (1989) concluiu que a Esperança irrealista é abandonada ao longo do tempo sem qualquer intervenção do profissional. O desafio coloca-se quando as Esperanças irrealistas conduzem a terapias fúteis, que aumentam o sofrimento da pessoa em fim de vida.

Os profissionais de saúde podem oferecer Esperanças alternativas, que possibilitem a transição de uma Esperança particularizada para generalizada. No caso de pais com filho em fim de vida, esta visão generalizada de Esperança pode passar por aproveitar ao máximo o dia/tempo com a criança; acariciar; pegar ao colo e expressar o seu amor; e ter a percepção de que o filho está confortável. A Esperança é um recurso indispensável ao longo do ciclo de vida, para adaptação à doença (Coward, 1996), e no confronto com a antecipação da separação e morte. A manutenção da Esperança generalizada em fim de vida inclui a ligação com os familiares, amigos e cuidadores; espiritualidade e fé; imaginar o futuro com momentos de felicidade; sentimento de realização e conexão (Ersek, 2006). Os enfermeiros são fundamentais no auxílio da mobilização dos recursos de Esperança da pessoa em fim de vida, o que inclui as relações sustentadas de partilha e a conexão através da presença, da escuta ativa e da compaixão.

-Estratégias promotoras de Esperança-

As estratégias promotoras de Esperança foram categorizadas por Ersek (1996) em 4 processos: experienciais (pex.: gestão de sintomas, leveza e humor, partilha de histórias positivas de Esperança); espirituais/transcendentais (pex.: rituais religiosos, encontrar significado em situações difíceis); relacionais (pex.: minimização do isolamento, comunicação aberta, tempo com a família); e pensamentos racionais (pex.: revisão de metas e sucessos passados). A autora apresenta o seu modelo de estratégias promotoras de Esperança, que inclui o acima descrito, mas também a maximização das experiências comuns e rotineiras do dia-a-dia como a comida favorita; desfrutar do sol e do céu azul; ouvir música e ler. Para Herth (1990), as estratégias incluem relações significativas e partilhadas; manter sentimentos de alegria; lembrar eventos felizes; reconhecer-se como ser individual, valorizado e aceite; reforçar atributos positivos como a coragem e a determinação; promover crenças e práticas espirituais; e concentrar-se em objetivos específicos e alcançáveis. As intervenções propostas pelo mesmo autor passam por proporcionar conforto e alívio da dor; facilitar a conexão com outros; ajudar a ver pequenas alegrias no dia-a-dia; auxiliar na redefinição de Esperança; facilitar crenças e rituais espirituais; apoiar a família/pessoas significativas; e gerir metas.

A autora sumariza a Esperança como um conceito multidimensional complexo, com contributo de várias disciplinas e perspetivas, resumindo a Esperança como um estado de ser, uma antecipação de um futuro que é bom e baseada em mutualidade, senso de competência pessoal, capacidade de adaptação, bem-estar psicológico, propósito e significado na vida e senso do possível.

2. THE CONCEPT OF HOPE REVISITED FOR NURSING

1991

Autor: Stephenson, Charlotte

Revisão de Literatura

Charlotte Stephenson é Enfermeira e Professora Assistente no *Georgia Baptist College of Nursing*, em Atlanta, Estados Unidos da América. Com este artigo, elaborado no âmbito do seu doutoramento, a autora pretende rever através de uma revisão, as definições e a utilização contextual da palavra Esperança na literatura e responder à questão “*O que é a Esperança?*”.

A autora inicia o artigo com o provérbio antigo “onde há vida há Esperança”, onde está subjacente, segundo O’Collins (1969), a ideia de que a Esperança pertence, de forma indissociável, à existência humana. Ao longo dos últimos anos várias disciplinas têm contribuído para a compreensão do conceito de Esperança, a qual tem sido associada por alguns autores a significado e valor na vida e para outros, considerada essencial no desenvolvimento humano. A Esperança pode ser uma resposta humana básica, essencial para a vida. Uma vez que os enfermeiros cuidam o ser humano em toda a sua totalidade, o conceito de Esperança para a Enfermagem tem sido alvo de interesse. A autora aborda a origem etimológica da palavra Esperança, do latim *speare*, que significa “esperar”, estando implícito, segundo McGee (1984) dois atributos: o desejo de algum bem e a habilidade de encarar o futuro com expectativa. A autora propõe a sua definição de Esperança como uma antecipação, acompanhada de desejo e expectativa de um futuro positivo possível. Em contraste à palavra Esperança, surgem os seus antónimos - desEsperança e desespero - este último associado a um estado de grande angústia mental ou sentimentos de desconforto. A desEsperança tem sido definida como uma sensação de impossível (Lynch, 1965), expectativas negativas em relação ao futuro (Stotland, 1969) e inação face ao tratamento (Lazarus, 1966). Uma revisão dos antónimos da Esperança sugere que estar sem Esperança engloba uma componente tanto cognitiva como comportamental.

Enquadrada no desenvolvimento humano, a Esperança é identificada como uma parte essencial. A autora referencia Erikson (1964), que na sua teoria psicossocial, incluiu a Esperança na primeira fase do desenvolvimento humano, como resultado da resolução da tarefa confiança básica versus desconfiança. Para ele, a base para a Esperança e a antecipação em relação à vida, era estabelecida na infância e baseava-se nas primeiras experiências de confiança e segurança com uma figura de vinculação. A qualidade das primeiras experiências de vinculação e separação contribui para as experiências posteriores de Esperança e antecipação ou desespero.

Segundo a autora, e de acordo com várias definições, a Esperança reflete um processo ativo, uma interação entre os pensamentos, sentimentos, ações e relações da pessoa, dando o

seguinte exemplo: se a pessoa tem pensamentos de Esperança, sente-se esperançosa e age de maneira esperançosa para consigo e para com os outros. Citando Macquarne (1978), a autora refere que a componente cognitiva da Esperança envolve visualizar algo que ainda não existe. Para Dufault & Martochio (1985), a pessoa normalmente identifica um objeto de Esperança, que pode incluir um objetivo, uma solução, uma resolução, uma relação, ou algo que seja significativo para ela.

Para Stephenson, embora não exista uma emoção única associada à Esperança, existe normalmente um estado de sentimento positivo, que inclui sentir-se bem, animado, inspirado, cuidado e amado, associado também a um sentimento de confiança. Referenciando Rideout & Montemuro (1986), a autora diz-nos que a componente comportamental do processo de Esperança parece ser um pré-requisito para o *coping* e a adaptação. Quando associada à autoeficácia, a Esperança conduz ao *coping* eficaz.

A autora referencia Stotland (1969), que propôs uma teoria de Esperança como sendo um processo ativo, definindo-a como uma expectativa maior que zero de alcançar um objetivo. Quanto maior a expectativa percebida de atingir o objetivo, maior a probabilidade de o atingir, e maior será o foco e a ação orientada do indivíduo para o atingir. A desEsperança traduz-se na baixa expectativa que o indivíduo tem em atingir o objetivo.

No que concerne ao conceito de Esperança na literatura de enfermagem, a autora refere que este está relacionado com as intervenções e o dever da profissão. Num estudo de Vaillot (1970), os enfermeiros foram identificados como fontes de Esperança. A autora referencia Watson (1979) que afirmou que a instilação da fé-Esperança está envolvida nos processos de cuidado e de cura, contudo não apresentou uma definição para a Esperança.

Relativamente aos antecedentes da Esperança, segundo a autora, estes ainda não se encontram clarificados. Marcel (1962) descreveu o processo ou estado de Esperança como uma resposta ao desespero, existindo vários níveis de Esperança no indivíduo. A autora reúne vários autores, que sugerem a crise como um antecedente de Esperança, podendo incluir uma perda; uma situação de ameaça à vida; uma dificuldade; uma decisão difícil ou um desafio; estando a Esperança frequentemente relacionada com as experiências de vida pessoais. No que concerne às consequências ou resultados de Esperança, e assentes numa nova perspetiva, a Esperança parece energizar, capacitar e fortalecer a pessoa. A autora referencia Hinds (1988) e Stanley (1978), que concluíram que as pessoas que viram as suas Esperanças realizadas, descreverem-se como revigoradas, renovadas, cheias de propósito, calmas e encorajadas.

Stephenson, após a análise das definições e do uso contextual da palavra Esperança, identifica quatro atributos da Esperança:

1. O objeto da Esperança é significativo para a pessoa;
2. A Esperança é um processo que envolve pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamentos;
3. Existe um elemento de antecipação;

4. Existe uma orientação positiva para o futuro, que está fundamentada no presente e ligada ao passado.

Segundo a autora, estes atributos podem ser usados para responder à questão “*O que é a Esperança?*”. A Esperança pode ser definida como um processo de antecipação que envolve a interação de pensar, agir, sentir e se relacionar, e é direcionado para um futuro de realização que seja pessoalmente significativo.

A autora conclui que a definição do conceito de Esperança tem implicações para a prática de enfermagem para a prestação dos cuidados de saúde. Os enfermeiros estão numa posição única para interagir com os indivíduos e os membros da família de uma forma holística. A avaliação das necessidades pessoais de cuidados de saúde pode incluir a recolha de dados sobre a Esperança da pessoa e da família. Estes dados podem servir como base para a avaliação da qualidade de vida em geral. Além disso podem ser definidas intervenções para reforçar a Esperança, sem dar falsas expectativas. A autora sugere a realização de estudos mais aprofundados sobre o comportamento dos profissionais de saúde e de outras pessoas significativas que tenham impacto no processo de Esperança, finalizando que o estudo do conceito de Esperança contribui para a base do conhecimento necessária para os cuidados de enfermagem de qualidade.

3. FATORES INFLUENCIADORES DA ESPERANÇA NOS PAIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA

2020

Autores: Charepe, Zaida; Maravilha, Telma; Marcelino, Mónica
Scoping Review

Zaida Charepe, é Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Telma Maravilha é Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e responsável pelo Projeto *Grow Up Baby*. Mónica Marcelino é Enfermeira e Mestre em Saúde Infantil e Pediátrica. Com a elaboração deste artigo, as autoras apresentam os resultados de uma revisão sistemática da literatura do tipo *Scoping Review*, realizada entre 2009 e 2019, e que teve como objetivo mapear na literatura científica estudos que conduzam à identificação dos fatores que influenciam a Esperança em pais de crianças com doença crónica.

As autoras iniciam o artigo com a contextualização da criança como foco dos cuidados pediátricos e os pais como parte integrante do cuidar. Apresentam a definição de doença crónica sugerida pela Organização Mundial de Saúde (2018), que a descreve como uma doença de longa duração, com incapacidades e défices residuais a médio e longo prazo, expresso em maior ou menor percentagem de necessidade de cuidados de saúde e sua supervisão. Relativamente ao conceito de Esperança, abordam a definição proposta por vários autores, sintetizando-a como uma experiência de sentido e propósito para a vida, com carácter individual, multidimensional e de grande complexidade, essencial no processo saúde-doença, com contributo para a capacitação da pessoa para enfrentar momentos de crise, para manter a qualidade de vida, contribuindo para a promoção de saúde e de objetivos realistas, assumindo-se como um dos aspetos centrais do cuidado de enfermagem.

A dispersão da literatura científica acerca da Esperança parental, evidenciou a relevância e a pertinência da realização desta *scoping review*, com o objetivo de mapear na literatura científica estudos que conduzam à identificação dos fatores que influenciam a vivência de Esperança, em pais de crianças com doença crónica. A pesquisa resultou da formulação da questão de revisão - "*Quais os fatores que influenciam a Esperança em pais de crianças com doença crónica?*" - e incluiu estudos primários de natureza qualitativa, quantitativa ou mistos, publicados entre 2009 e 2019, em inglês, português e espanhol. Este friso temporal é justificado pelas autoras, pela existência de uma revisão sistemática realizada em 2009 por Bally et. al, acerca dos fatores promotores de Esperança parental. Após a leitura e análise integral individualizada, foram mantidos 10 artigos científicos.

De acordo com as autoras, os estudos selecionados apresentaram dados significativos que sustentam a concetualização da Esperança nas vivências dos pais de crianças com doença crónica, emergindo os fatores que a influenciam, dos quais destacam os relacionados com a

criança - percepção ou preocupações com o futuro; progressão da doença; presença de dor; qualidade de vida e bem-estar; negação; efeitos do tratamento; prolongamento da vida e estabelecimento de objetivos e de um plano para os atingir; medo e incerteza; suporte psicossocial; pensamento/foco num presente positivo; consciencialização para aspetos positivos ou negativos relacionados com a doença da criança - e os aspetos relacionados com os pais - ansiedade; depressão e bem-estar; percepção de apoio; estabelecimento de relações significativas; espiritualidade; sobrecarga de informação; e esgotamento físico e emocional. Na perspetiva integrada na função de papel, os fatores relacionados com o desempenho do papel parental parecem, segundo as autoras, condicionantes das vivências de Esperança. Os pais valorizam a comunicação estabelecida pelos profissionais de saúde; a informação e/ou o conhecimento sobre a doença e tratamentos a que a criança vai ser submetida; a sua participação nos cuidados à criança; o sentido de controle; a confiança e a satisfação com os cuidados recebidos e a percepção da normalidade. A percepção de alcançar objetivos traçados e/ou cansaço, e a preocupação acerca do futuro, constituem outros fatores influenciadores da Esperança identificados pelas autoras pela análise dos estudos.

Na discussão, as autoras reúnem os aspetos que emergiram dos estudos obtidos e que permitiram uma maior compreensão do conceito de Esperança. Esta foi considerada na maioria dos artigos como positiva e motivadora. Foi também descrita por Bally et. al (2014) como essencial, poderosa, deliberada, que sustenta a vida, dinâmica e encarada como um processo cíclico, influenciado pelo tempo; fortalecedora e que fornece orientação interna, preparando para os desafios, e para o pior que poderá eventualmente acontecer. A Esperança é um recurso interno e motivacional que orienta para o presente e para o futuro. Por outro lado, auxilia os pais no processo de *coping* em relação à doença do filho. A Esperança oscila ao longo do tempo em função do contexto psicossocial dos pais, sendo influenciada por aspetos pessoais, recursos externos e resposta do filho ao tratamento. As autoras referenciam o estudo de Popp, Conway & Pantaleao (2015) que concluiu que pais resolvidos com o diagnóstico da doença do filho apresentam um fator facilitador do processo de *coping*, ao contrário dos pais que não se encontram resolvidos, que demonstram uma diminuição da Esperança e da capacidade de atuação perante a doença. Um estudo realizado por Granek et. al em 2013 concluiu que a Esperança apresenta um caráter cíclico, emergindo duas categorias - a Esperança orientada para o futuro e a orientada para o presente - que conduziu à definição de temas específicos. A primeira categoria inclui a Esperança pela cura do filho; por um futuro; por um milagre e por mais tempo de qualidade com a criança. A Esperança orientada para o presente inclui o filho não ter sofrimento nem complicações. Outra característica da Esperança que emergiu da análise efetuada pela autoras do estudo de Bally et. al (2014) é o ser um processo social básico e construtivo, constituído por quatro subprocessos - o aceitar a realidade (os pais sentirem que necessitam de aceitar o diagnóstico do filho e a duração do tratamento); a estabilização (gerindo as necessidades de cuidados e proporcionando algum controlo); a reconstrução da Esperança (motiva os pais a esperarem pelo melhor e a resolver os seus medos de perder a Esperança); e os pensamentos positivos

intencionais (encontrar um lado positivo na vivência). Os fatores que influenciam a Esperança parental incluem a avaliação de saúde dos filhos; o ganho da experiência; o conhecimento em relação à doença; o contacto com os outros; o estar a par dos tratamentos e a reafirmação da fé, sendo a principal preocupação dos pais a possibilidade de perder a Esperança. Também a consciência parental sobre a evolução positiva do filho; o foco nas variáveis positivas do presente; a espiritualidade/religião; e o suporte social, emergiram da análise realizada pelas autoras como facilitadores à manutenção da Esperança.

As autoras concluem que a análise dos estudos obtidos, permitem dar resposta à questão inicialmente levantada, resumindo a Esperança como um conceito multidimensional, com várias características, encarada pela maioria dos pais como um recurso interno fortalecedor, e influenciada por diversos fatores. O conhecimento por parte dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, das estratégias facilitadoras e das barreiras na manutenção da Esperança, permite a oportunidade de promover a Esperança parental. As autoras sugerem a continuidade da investigação acerca destes fatores para melhorar a acurácia não só dos diagnósticos de enfermagem, mas também das intervenções promotoras da Esperança parental.

4. A ESPERANÇA NOS PAIS DE CRIANÇAS COM CANCRO. UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA INTERPRETATIVA DA RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2001

Autores: Leal, Isabel Pereira; Magão, Maria Teresa
Estudo qualitativo

Isabel Leal é psicóloga clínica e Professora associada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Maria Teresa Magão é enfermeira e Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este artigo resulta do estudo realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia em Saúde de Magão, que explorou com pais de crianças com cancro a sua perceção de interações com profissionais de saúde que influenciaram a sua Esperança, tendo como objetivo descrever a estrutura de uma relação de Esperança.

As autoras começam por justificar a motivação do estudo da Esperança nos pais de crianças com cancro, concetualizado como doença crónica, e a adaptação como um processo contínuo, ativo e dialético entre a criança e a família, onde o papel de prestador de cuidados enquanto facilitador da adaptação assume relevância, na medida em que a doença e os tratamentos são geridos no quotidiano familiar. No sentido de que as famílias, nestas situações, vivem a transição de um sentimento de controlo sobre a sua vida para sentimentos constantes de incerteza, surge a Esperança como parte dessa jornada e uma experiência de alguma forma capacitante. Descrevem a Esperança como um conceito multidisciplinar, referindo duas abordagens dominantes para a definição do conceito. Na perspetiva da Psicologia, apresentam a definição de Stotland (1969), que descreveu a Esperança enquanto expectativa de atingir objetivos no futuro e uma força motivacional orientada para a ação, relacionada com um sentido de possível nesse futuro. Na vertente da Enfermagem, apresentam a definição de Dufault e Martochio (1985), que descreveram a Esperança como uma força de vida, multidimensional e dinâmica, caracterizada por uma expectativa confiante, contudo incerta, de atingir um objetivo pessoalmente significativo, distinguindo duas tipos de Esperança - a generalizada (não relacionada com um objetivo concreto particular) e a particularizada (relacionada com um resultado específico valorizado) - ambas caracterizadas por seis dimensões (afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, relacional, temporal e contextual). Ao longo dos anos o estudo da Esperança tem variado o seu enfoque, com o desenvolvimento de instrumentos de medida e a identificação de estratégias promotoras da Esperança, e vem sendo associada, como forma de delinear o seu valor terapêutico, a outros indicadores positivos de saúde como a qualidade de vida, a espiritualidade, o *coping*, a autoestima e a saúde mental. As autoras consideram a Esperança como parte de ser humano, uma experiência altamente individualizada, influenciada por

vários acontecimentos. Na perspectiva da Enfermagem, a promoção da Esperança tem sido considerada por diversos autores como uma atividade crucial.

Pela existência de lacunas no âmbito da compreensão da vivência da Esperança nos pais de crianças com cancro, o trabalho apresentado neste artigo tem como pretensão iniciar um processo de reflexão teórica e produção de informação empírica, que contribua para melhorar a compreensão da Esperança nos pais de crianças com cancro e em particular, na relação com profissionais de saúde (enfermeiros e médicos).

Este estudo qualitativo trata-se de uma análise fenomenológica obtida por entrevistas face a face não estruturadas, numa amostra constituída por 6 participantes (que incluiu pais cujos filhos tivessem o diagnóstico confirmado de doença oncológica e iniciado tratamento e que tivessem mantido até pelo menos um ano relações com profissionais de saúde) e onde foi pedida a descrição de situações de interação com profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) com influência percebida na sua Esperança. Dos resultados obtidos salientaram-se duas categorias - “significações da Esperança” e “importância das relações” - que permitiram aceder a uma maior compreensão da vivência da Esperança nestes pais e assim identificar fatores promotores e inibidores de Esperança na sua relação com os profissionais de saúde. A primeira categoria inclui o contexto da incerteza da doença do filho; o papel da informação; Esperança: sua importância; Esperança: antecipação de possibilidades; Esperança: seus objetos; e Esperança: o papel da verdade. A segunda categoria inclui a relação transcendente com o Outro; a relação com os outros; os filhos doentes; outros familiares; outros pais de crianças com cancro; e os profissionais de saúde. Do relato dos pais sobre a influência dos profissionais de saúde na Esperança, foram identificados fatores promotores e inibidores de Esperança na relação com os profissionais de saúde. Os fatores promotores incluem ser tratado como pessoa; envolvimento emocional do profissional; dar informação; dar saídas; a valorização das pequenas coisas; a Esperança do profissional; e a competência técnica do profissional. Os fatores inibidores de Esperança incluem ser tratado como objeto; não envolvimento emocional do profissional; não dar informação; não dar saídas; a não valorização das pequenas coisas; a ausência de Esperança do profissional; a verdade sem Esperança; a Esperança sem verdade.

Da análise deste estudo, as autoras elaboraram uma descrição estrutural de uma relação de Esperança entre pais e profissionais de saúde salientando, contudo, a característica tentativa da mesma, pela própria natureza do fenómeno estudado. Assim, obtiveram três eixos de discussão: a Esperança e relação com o cuidado (a Esperança destes pais na relação com profissionais de saúde parece estar intimamente relacionada com o cuidado); a especificidade do cuidado de enfermagem e sua relação com a Esperança (a valorização das pequenas coisas no relato dos pais enquanto fator promotor de Esperança, referida explícita e unicamente no âmbito da sua interação com os enfermeiros); e o frágil equilíbrio entre a revelação da informação e a manutenção da Esperança. Este último eixo insere-se no âmbito da comunicação e do papel da partilha de informação, onde se colocam as questões relativas a dizer a verdade e a sua relação com a Esperança. Segundo as autoras, os princípios éticos

da autonomia e do consentimento informado influenciaram as práticas de revelação de informação. Porém, face aos resultados, não se trata de dar ou não informação, mas antes de saber como, quando e quanto se deverá revelar. Face a isto, as autoras colocam a seguinte questão: *Se os profissionais são moralmente obrigados a dizer às pessoas a verdade, não serão igualmente obrigados a dizer a verdade de uma forma que respeite a experiência da Esperança de uma pessoa?* Referenciando Nekolaichuk & Bruera (1998), as autoras descrevem o falso desespero - dizer a verdade sem qualquer Esperança - pode ser tão destrutivo como a falsa Esperança - Esperança irrealista sem verdade. Em relação a este ponto, as autoras concluem que, perante os resultados obtidos e a reflexão, reconhecer a necessidade de equilibrar o dizer a verdade e a Esperança no âmbito das relações do cuidado, oposto a um ênfase único no dizer a verdade, ou pelo menos contrário a um ênfase único em promover a Esperança mesmo sem verdade, pode revelar-se como fundamental, sugerindo como ponto de investigação futura a seguinte questão: *Como é que os profissionais de saúde podem dizer a verdade aos pais de crianças doentes sem destruir toda a sua Esperança?*

5. PROMOVER A ESPERANÇA EM PAIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA - MODELO DE INTERVENÇÃO EM AJUDA MÚTUA

2014

Autor: Charepe, Zaida Borges

Livro

Zaida Charepe, é Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. O tema central deste livro é a exposição do Modelo de Intervenção em Grupos de Ajuda Mútua, que emergiu de um percurso de investigação desenvolvido pela autora no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem, com o objetivo de explorar o impacto que a intervenção dos grupos de ajuda mútua tem no desenvolvimento da Esperança dos pais de crianças com doença crónica.

O modelo apresentado pela autora neste livro denominado Modelo de Intervenção em Grupos de Ajuda Mútua (MIAMPE), foi construído a partir do estudo das experiências de Esperança dos pais de crianças com doença crónica e dos fatores que a influenciam, após usufruírem de atividades desenvolvidas pelos grupos de ajuda mútua. O livro encontra-se dividido seis capítulos: especificação do MIAMPE; propostas de intervenção em ajuda mútua: dos rituais à avaliação processual; instruções para a dinâmica implícita dos rituais; sugestões de narrativas para a facilitação da partilha; construção do material de apoio às propostas de intervenção; instrumentos de registo em ajuda mútua; facilitação do encontro; e reavaliação do trabalho grupal no grupo de ajuda mútua.

O MIAMPE constitui uma construção teórica que pretende fornecer explicitações para a intervenção na Esperança, integrando-a como conceito multidimensional. Pretende ser uma ferramenta útil aos profissionais de saúde que necessitem de implementar estratégias promotoras de Esperança, individual ou em grupo, podendo ser usado quando os grupos são constituídos por pais de crianças com necessidades especiais de saúde, desde que os pressupostos e os princípios de intervenção descritos no modelo sejam assegurados.

O modelo apresenta a definição de três conceitos: ajuda mútua, partilha e Esperança (matriz concetual) que devem respeitar os três pressupostos estabelecidos, partindo do princípio fundamental de que uma intervenção em ajuda mútua promotora de Esperança é orientada por esses mesmos conceitos. Tendo em conta a matriz concetual e os pressupostos, são propostos três princípios de intervenção: intervenção na promoção de Esperança; intervenção baseada na Esperança enquanto fator de resiliência; e intervenção baseada nos fatores de ameaça à Esperança. Estas propostas de intervenção centram-se num conjunto de rituais que representam a forma da relação das atividades, de forma a orientar as intervenções pretendidas.

Esta obra, resultado do percurso académico e profissional da autora, pretende divulgar o MIAMPE e impulsionar a sua transferibilidade de modo prático e acessível.

6. GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

2011

Ordem dos Enfermeiros

Guia Orientador de Boa Prática

Os Guias de Orientação de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros emergiram do conceito da prática baseada na evidência, através dos contributos da investigação nos procedimentos utilizados e seus resultados, incentivando desta forma os enfermeiros a basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes. São considerados instrumentos de qualidade que refletem a pertinência identificada no domínio apresentado; se há necessidade de modificar a prática atual e avaliar as suas implicações entre outras, sociais, jurídicas, económicas, organizacionais. Este Guia na área da Saúde Infantil e Pediátrica, que teve a coordenação da Professora Doutora Zaida Charepe, pretende ser uma ferramenta que auxilia o enfermeiro cujo o cliente dos cuidados é a criança e a sua família, nos diversos contextos de atuação profissional.

A elaboração deste Guia de Boa Prática pretende contribuir para a sistematização das intervenções promotoras de Esperança, dirigidas aos pais de crianças com doença crónica. Considerada um aspeto vital relacionado com os cuidados de enfermagem, a Esperança deverá ser enfatizada na relação terapêutica que é estabelecida com o cliente. Partindo da definição de Esperança descrita pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, e da constatação da necessidade dos pais perante os desafios que enfrentam, considera-se o diagnóstico e a avaliação da eficácia das respostas de enfermagem (nos níveis de suporte emocional, formativo e instrumental que lhe é ministrado nos diversos contextos de atuação), como uma Boa Prática. Este Guia encontra-se organizado em cinco capítulos: fundamentação/abordagem do conceito de Esperança; princípios de intervenção; algoritmo para a intervenção em Esperança; operacionalização das boas práticas; e questões de investigação. Complementando o Guia, encontra-se disponível em anexo um guia de apoio e cartas terapêuticas dirigidas aos pais.

No capítulo um é apresentado o conceito de Esperança de Cutcliffe (2001), que a caracterizou com os seguintes elementos conceituais: multidimensional, dinâmica, promotora de empoderamento, central à vida, relacionada com ajuda externa, relacionada com o cuidado, orientada para o futuro e altamente personalizada. Tendo como referência os Padrões de Qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros em 2001, o conhecimento das respostas humanas face à doença é fundamental nos cuidados de enfermagem. Este deve ser baseado numa interação pessoal com intencionalidade terapêutica, processo facilitador de readaptação e aprendizagem de novas competências, que vai permitir a integração das significações de Esperança na gestão da sintomatologia da doença, no bem-estar e na

qualidade de vida. O enfermeiro deverá criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica, onde os objetivos a perseguir são partilhados. Tendo em conta o Regulamento para o Exercício da Prática Profissional (1996), no âmbito das competências no domínio da prestação dos cuidados e da responsabilidade profissional, o enfermeiro assume o papel autónomo na promoção de recursos como a crença, a espiritualidade, o sentido da vida, o apoio familiar, a rede de suporte comunitário, a entreaajuda e a Esperança. No contexto pediátrico, e numa filosofia de cuidados centrados na família, o enfermeiro deve ter conhecimento das dimensões e dos antecedentes de experiência de Esperança dos pais. Sugere-se a prática de reflexão em equipa, sobretudo em situações de Esperança não demonstrada, perante uma intervenção cuja finalidade não será a cura, mas a abordagem global e holística do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Esta intervenção deverá alicerçar-se em premissas como o relacionamento interpessoal; qualidade da presença; expressão de expectativas positivas; e confiança na capacidade que os pais têm para ultrapassar dificuldades.

No capítulo seguinte são apresentados os princípios da intervenção em Esperança que incluem: a Esperança como uma vivência universal e subjetiva; pressupõe o respeito pelos objetivos, metas e planos a curto, médio e longo prazo, traçados pelos pais; os enfermeiros têm o dever ético e legal de disponibilizar formação aos pais sobre como lidar com a doença do filho; o desenvolvimento de estratégias promotoras de Esperança requer o estabelecimento de uma escuta ativa, que permita a expressão de dúvidas e sentimentos; os pais são considerados parceiros no cuidar; o enfermeiro deve articular-se com outros profissionais; os pais têm direito a cuidados espirituais e devem ser incentivados a momentos de repouso e lazer.

No capítulo três, encontra-se representado o algoritmo para a intervenção em Esperança. O capítulo quatro diz respeito à operacionalização das Boas Práticas dos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados, que incluem: a avaliação inicial e familiar (para conhecimento da família e para a compreensão das significações de Esperança dos pais de crianças com doença crónica); os diagnósticos de enfermagem (recomenda-se a identificação do diagnóstico Esperança não demonstrada, sempre que o enfermeiro necessite de implementar intervenções promotoras de Esperança); as intervenções de enfermagem (descrição das intervenções com vista à resolução do diagnóstico anteriormente descrito, nos domínios do Observar, Gerir, Atender, Informar); e a avaliação da eficiência e eficácia do plano de cuidados.

No capítulo cinco sugere-se o investimento na utilização de critérios de qualidade que permitam avaliar a implementação nas práticas de cuidados de estratégias promotoras de Esperança como indicadores de qualidade e a implementação de escalas de avaliação de Esperança. Sugerem-se ainda, estratégias de formação/ação que visem o fortalecimento das redes de suporte social, assim como a expansão da identificação de enfermeiros como figuras de referência à criança com doença crónica/família, de forma a serem referência durante o acompanhamento da criança/pais, em todo o circuito de atendimento.

CONCLUSÃO

Este trabalho realça a importância do conceito de Esperança em todos os contextos dos cuidados de saúde e enfatiza a sua relevância e as implicações para a prática de Enfermagem. A Esperança é entendida como um conceito central e norteador de vida, que permite à pessoa aumentar a sua capacidade para lidar com situações de crise, manutenção da qualidade de vida, promoção da saúde e adaptação à doença.

O conceito de Esperança e as intervenções associadas à sua promoção, devem representar uma componente imprescindível dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros, ao encontrarem-se numa posição privilegiada do cuidado, podem ser agentes influenciadores de Esperança na pessoa, ao facilitarem a mobilização dos recursos de Esperança, através da presença, escuta ativa e compaixão.

Em contexto pediátrico, onde o alvo dos cuidados é o binómio criança/pais, o conhecimento dos fatores que influenciam a Esperança, das estratégias facilitadoras e das barreiras na sua manutenção, são aspetos basilares e fundamentais na atuação do enfermeiro para a promoção de Esperança na criança e nos pais. O envolvimento emocional do profissional, a quantidade, o tipo e como é dada a informação; a presença e a disponibilidade; e a competência técnica são aspetos valorizados pelos pais e promotores da sua Esperança. Estas intervenções incluem o estabelecimento de uma comunicação eficaz, com informação sobre a doença e tratamento, a participação dos pais nos cuidados à criança, o envolvimento da família e o apoio psicológico e espiritual.

A seleção dos artigos para a composição deste dossier temático, teve como objetivo contribuir para a clarificação do conceito, e ser um contributo para a sensibilização dos enfermeiros dos contextos pediátricos, sobre a importância da promoção de Esperança nos seus clientes, em particular em pais de crianças com doença crónica.

Em última análise, pretende-se com a leitura deste trabalho, incentivar a reflexão crítica sobre o tema e contribuir desta forma, para a melhoria dos cuidados de enfermagem, com enfoque no cliente criança/pais, e uma prática baseada na evidência, premissa de intervenções de enfermagem seguras e eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica - Modelo de Intervenção de Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Magão, M. T., & Leal, I. P. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 3-22. Obtido de https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=dedup_wf_001::1d01788beb1e99ec85648f46a1a8df03
- Maravilha, T., Marcelino, M., & Charepe, Z. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paul Enferm.* 34, pp. 1-8. Obtido de http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002021000100517
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *III Série*(n.º 6), pp. 113-121. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf>
- Miller, J. F. (2007). Hope: A construct central nursing. *Nursing Forum Volume 42, Nº 1*, pp. 12-21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00061.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento concetual. Enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da Esperança nos pais de crianças com doença crónica. 3(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. (P. I. Psychological, Ed.) http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*.16, pp. 1456-1461. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01593.x>

Anexo IV

PLANO DE SESSÃO INFORMATIVA

SERVIÇO: Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

DATA: 22 de novembro de 2023

HORA: 15:30

FORMATO: Presencial (Sala de Reuniões) /Híbrido (Zoom)

OBJETIVOS: 1. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática da Promoção da Esperança, em particular em pais de crianças com doença crónica.
2. Auxiliar na compreensão e clarificação do conceito e suas implicações para a prática profissional.

FORMADOR: Vera Pereira (enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto)

Plano da Sessão:

Conteúdos Programáticos	Público-Alvo	Método	Recursos Didáticos	Duração
Apresentação da formação com a temática:				
“A Esperança: Compreender o conceito e as implicações para a Enfermagem”.	Enfermeiros	Expositivo	Apresentação PowerPoint®	30 minutos

Anexo V

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CERTIFICA-SE QUE VERA PEREIRA, NATURAL DE PORTUGAL, , NASCIDO A 1980-02-06, NACIONALIDADE PORTUGUESA, GÉNERO FEMININO, PORTADOR(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 116903961ZY1, FREQUENTOU NO(S) DIA(S):

09-10-2023

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 7 HORAS, DESIGNADA DE

"Semana Mundial do Aleitamento Materno 2023"

Matosinhos, 9 de outubro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada



Doutor Jorge Oliveira

Certificado nº 1986/23 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora de Hora
Geral. 229 391 000
ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte nº 506 361 390

ESTRUTURA CURRICULAR

Programa - Semana Mundial do Aleitamento Materno 2023	Horas
<p>SEMANA MUNDIAL DO ALEITAMENTO MATERNO 2023 \\\"Facilitar a Amamentação: fazer a diferença para os pais que trabalham\\\"</p> <p>8h30 - Abertura do Secretariado</p> <p>9h Sessão de Abertura</p> <p>9h15 Mesa Redonda:</p> <p>“O que há de novo no apoio à amamentação na ULSM.” (Moderadora: Enf^a Augusta Valente)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de apoio ao Aleitamento Materno no recém-nascido pré-termo – Terapia imune oral (Enf^a Delfina Morais) - Aleitamento materno: o contributo das Unidades de Cuidados na Comunidade (Enf^a Sofia Pereira) - Projeto: Regresso a Casa e agora? (Enf^a Sandra Lopes e Enf^a Patrícia Gouveia) - Consulta telefónica de enfermagem de apoio à amamentação (Enf^a Ana Ribeiro) <p>10h30 Pausa para café</p> <p>11h-12h Mesa Redonda:</p> <p>“Banco de Leite Humano do Norte.” (Moderadora: Dra. Alexandrina Portela)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção do Aleitamento Materno: O papel do Banco de leite humano (Dra. Diana Silva). - Leite humano doado, uma realidade da UCIN da ULSM (Dra. Catarina Viveiros). - Testemunho: uma mãe dadora e mãe de bebé recetor. <p>12h-13h Mesa Redonda:</p> <p>“ACES Amigo do Bebê: Percurso de Certificação e seus desafios.” (Moderadora: Enf^a Clara Soares)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf^a Ana Lúcia Torgal - Enf^a Joana Varela <p>13h-14h30 - Pausa para almoço</p> <p>14h30-15h30 Apresentação Comunicações Livres/Posters</p> <p>15h30-16h45 Mesa Redonda:</p> <p>“Marcar a diferença para os pais que trabalham.” (Moderadora: Dra. Isabel Martins)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empresas amigas da amamentação - FARFETCH (Raquel Silva) - Projeto Educativo NAU (Dulce Silva) - Experiências de Amamentação: Diversidade de caminhos e perspetivas. <ul style="list-style-type: none"> - Mariana Lopes - Marina Mota - Sara Rocha <p>16h45-17h Entrega de prémios e sorteio</p> <p>17h Sessão de Encerramento</p> <p>.</p>	7 horas

Anexo VI

“DIA MUNDIAL DO CORAÇÃO”

28 . 09 . 2023

Público alvo: Grávidas,
Mães/Pais e Bebés até
aos 12 meses

Local:

Horário: das 14h às 17h



**INSCRIÇÃO
OBRIGATÓRIA**



MAIS SAÚDE, MAIS CORAÇÃO

28 Setembro
09h30 – 12h30
Conversa sobre “Importância do exercício e do estilo de Vida saudável na Saúde Materno Infantil”
Pilates para Grávidas e Babyoga
Local: [Redacted] | População: Grávidas, mães e bebês

28 Setembro
14h30 – 17h30
Conversa com corações
Sessão de Baby sings para bebês; Sessão de yoga para bebês e Sessão de yoga para grávidas
Local: [Redacted] | População: Grávidas, mães e bebês

29 Setembro
09h30-12h30
Sessão sobre “Nutrição e Coração” e sobre “Gestão de Stress”
Atividades físicas para Coração Saudável
Local: [Redacted] | População: Idosos

Sorrir
para
a Vida.