



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Prevenir Lesões de Pele Associadas a
Adesivos Médicos em Pediatria: Atuação do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica**

Maria Leonor Ramos Silva Sequeira

Orientação: Professora Margarida Malcata

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Prevenir Lesões de Pele Associadas a
Adesivos Médicos em Pediatria: Atuação do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica**

Maria Leonor Ramos Silva Sequeira

Orientação: Professora Margarida Malcata

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente do Júri: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira
Arguente: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos
Orientadora: Professora Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida
Malcata

Setúbal, 2023

“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças”.

Carta da Criança Hospitalizada

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Alexandre, por todo o amor, paciência, dedicação, ajuda e incentivo demonstrados desde que caminhamos juntos e em especial durante esta fase.

À minha filha Sara, por toda a sua compreensão e ajuda, mesmo em momentos menos fáceis para ela.

Ao meu filho Daniel, que apesar da sua tenra idade, sempre expressou palavras de apoio e ânimo ao longo deste percurso.

À minha irmã Ana, por toda a paciência e ajuda que me dispensou.

À exma. professora Margarida Malcata, por todo o apoio e incentivo ao longo de todo o Estágio Final.

À exma. professora Eduarda Correia, pelo apoio e orientação na elaboração do artigo científico.

Às sras. Enfermeiras orientadoras nos diversos contextos clínicos, pela sua disponibilidade, por me terem acolhido e orientado durante esta parte do meu percurso.

RESUMO:

Este relatório pretende descrever e analisar de forma reflexiva as atividades desenvolvidas durante o percurso de estágio, com base nas filosofias dos cuidados centrados na família e dos cuidados atraumáticos e na teoria do conforto, de forma a evidenciar a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre.

A problemática abordada foi a prevenção das lesões de pele associadas à utilização de adesivos médicos (Medical Adhesive-Related Skin Injury - MARSI) em pediatria.

As MARSI são um fenómeno significativo em pediatria pelas características da pele das crianças. A elas está associada a dor, cicatrizes e risco de infeção. A prevenção das MARSI é considerada como um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O projeto desenvolvido teve por base a metodologia de projeto. Os resultados obtidos contribuíram para a prevenção das MARSI e para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Prevenção; MARSI; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT:

This report intends to describe and analyze in a reflexive way, based on the family centered care and the atraumatic care philosophies, and also based on the comfort theory, the activities developed during the internship, in order to demonstrate the competencies acquired related to Nurse Specialist in Child and Pediatric Health and to obtain a Master degree.

The problem addressed was the Medical Adhesive-Related Skin Injury (MARSI) in pediatrics. MARSI are a significant phenomenon in pediatrics due to the characteristics of the children's skin. They are associated to pain, scarring and infection risk. MARSI prevention is considered a quality indicator of nursing care.

The project conducted was based on the Project methodology. The results obtained contributed to MARSI prevention and for the improvement of the nursing care.

Keywords: Prevention; MARSI; Child and Pediatric Health Nursing

Abreviaturas e símbolos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

Alert® – Software de triagem para o serviço de urgência

APA – *American Psychological Association*

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CA – Cuidados Atraumáticos

CCF – Cuidados Centrados na Família

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EF – Eritema da Fralda

Google Forms® – Criador de formulários online

IMC – Índice de Massa Corporal

IP – Internamento de Pediatria

MARSI – Medical Adhesive-Related Skin Injury

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAUSM – Serviço de Atendimento de Utentes sem Médico

SClinico® – Software evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que une o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem)

Teams® – Aplicação da Microsoft Office 365 de chat online

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UPMC – Unidade de Pediatria Médica e Cirúrgica

USFCSI – Unidade de Saúde Familiar – Unidade de Cuidados Integrados

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

Índice

INTRODUÇÃO	11
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 – CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	14
1.2 – FILOSOFIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	17
1.3 – TEORIA DO CONFORTO	18
1.4 – A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (EEESIP)	24
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO.....	26
2.1 – CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E INTERNAMENTO DE PEDIATRIA.....	26
2.1.1 – Unidade de Urgência Pediátrica (UUP)	27
2.1.2 – Unidade de Pediatria Médica e Cirúrgica (UPMC).....	30
2.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)	35
3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE.....	41
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	41
3.1.1 – Levantamento de necessidades.....	43
3.1.2 – Identificação dos problemas parcelares	45
3.2 – OBJETIVOS	45
3.3 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	46
3.3.1 – Desenvolvimento do projeto na UUP	47
3.3.2 – Desenvolvimento do projeto na UPMC	51
3.3.3 – Desenvolvimento do projeto na USFCSI	53
3.4 – AS MARSIS E A TEORIA DO CONFORTO.....	55
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	57
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	57
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP	59
4.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	61
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES.....	72

Apêndice I – Plano da sessão de formação “Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele”	73
Apêndice II – Folheto: o que colocar na lancheira? Exemplos de lanches saudáveis. Guia dos 3-9 anos.....	76
Apêndice III – Folheto: O que colocar na lancheira? Exemplos de lanches saudáveis. Guia dos 10-18 anos	78
Apêndice IV – Cartaz: Exemplo de ementa semanal dos 3-9 anos	80
Apêndice V – Cartaz: Exemplo de ementa semanal dos 10-18 anos	82
Apêndice VI – Folheto “Higiene Nasal nas crianças: Porquê?”	84
Apêndice VII – Plano da sessão de formação sobre Lavagem Nasal	86
Apêndice VIII – Folheto “Assadura da Fralda ou Eritema da Fralda”.....	89
Apêndice IX – Plano da sessão de formação sobre Eritema da Fralda	91
Apêndice X – Resumo do artigo Científico “Efetividade das intervenções para prevenção das Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos em contexto pediátrico: uma scoping review”	94
Apêndice XI – Atividades e recursos planeados por objetivo	96
Apêndice XII – Cronograma de atividades	102
Apêndice XIII – Questionário sobre MARSÍ	106
Apêndice XIV – Resultado do questionário sobre MARSÍ	109
Apêndice XV – Póster MARSÍ.....	115
Apêndice XVI – Cartaz MARSÍ UUP	117
Apêndice XVII – Formação sobre MARSÍ UUP	119
Apêndice XVIII – Dossier “MARSÍ – Medical Adhesive Related Skin Injury” UUP	127
Apêndice XIX – Manual de Registo de MARSÍ em SCLínico®	129
Apêndice XX – Proposta de norma de procedimento de prevenção das lesões de pele relacionadas com adesivos médicos em pediatria	131
Apêndice XXI – Grelha de observação da técnica de aplicação e remoção de adesivos de utilização médica	139
Apêndice XXII – Fluxograma de escolha de AUM.....	141
Apêndice XXIII – Cartaz: “Técnica de aplicação e remoção de AUM”	143
Apêndice XXIV – Questionário “Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando”	145
Apêndice XXV – Resultados do questionário de avaliação da sessão da formação “Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele”	147
Apêndice XXVI – Cartaz: “Mamã, papá, tenho um doi-doi” I	150
Apêndice XXVII – Cartaz: “Mamã, papá, tenho um doi-doi” II	152
Apêndice XXVIII – Plano da sessão de formação “Prevenir MARSÍ em pediatria”	154

Apêndice XXIX – Dossier “Lesões de pele relacionadas com adesivos médicos”	157
Apêndice XXX – Avaliação da sessão de formação “Prevenir MARSII em pediatria”	159
ANEXOS	162
Anexo I – Reconhecimento das Competências Profissionais	163

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 – Estrutura conceptual da teoria do conforto.....	24
---	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Análise SWOT.....	44
Tabela nº2 – Estrutura taxonómica de teoria do conforto aplicada à problemática das MARSI em pediatria.....	56

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, inserida no 1º semestre do 2º ano do VI Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde em associação com as Escolas Superiores de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Pretende-se dar a conhecer o percurso formativo realizado ao longo de vinte e duas semanas em contexto de prestação de cuidados, de forma reflexiva, crítica e fundamentada tanto na teoria como na evidência científica. Para além do percurso formativo, o presente relatório, pretende refletir a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP) (OE, 2018), assim como as competências de mestre (Decreto-Lei nº 65, 2018).

A Unidade Curricular de Estágio Final decorreu em contexto de Urgência Pediátrica (UP), Internamento de Pediatria (IP) e ainda, em Cuidados de Saúde Primários (CSP). De salientar que este relatório não incide sobre a Unidade Curricular Estágio 1, pois obteve-se creditação por reconhecimento das competências profissionais desenvolvidas no contexto de Neonatologia, a quinze de fevereiro de 2022 (ANEXO I).

O presente relatório, pretende ainda descrever e avaliar a conceção e a implementação de um projeto de intervenção em saúde, elaborado segundo a metodologia de projeto. Esta metodologia é dinâmica, flexível e procura a resolução de problemas reais (Ruivo & Ferrito, 2010).

A segurança do utente é cada vez mais um foco fundamental do cuidar em enfermagem, existindo uma preocupação acrescida com os mais vulneráveis como é o caso das crianças e jovens (Lima, Silva, Sousa, Freitas & Bezerra, 2017).

A prestação de cuidados de saúde não é isenta de riscos. Por vezes estão-lhe associadas incidentes de níveis diferenciados de gravidade, mas frequentemente evitáveis. Assim, para se prestarem cuidados seguros deve-se proceder à identificação dos riscos, à sua avaliação e hierarquização, de forma a se identificarem as ações de melhoria (Diário da República,

2015). Ainda, no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, no seu enquadramento conceptual, somos alertados para a prescrição de intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, identificar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas reais identificados (OE, 2012).

'*Medical adhesive-related skin injury*' (MARSI) é o termo utilizado para definir lesões cutâneas relacionadas com a utilização de adesivos ou dispositivos médicos (Fumarola et al., 2020). Segundo Alcântara et al. (2021) estas lesões são significativas nos cuidados de saúde, mas subvalorizadas, e têm impacto nos resultados, satisfação e segurança dos clientes e são consideradas eventos adversos preveníveis (Pires-Júnior, Chianca, Borges, Azevedo & Simino, 2021).

A pele é um órgão que, ao nascimento, não se encontra totalmente desenvolvido (Yuan et al. 2018). No recém-nascido, é mais fina e frágil e com menor coesão entre as suas camadas (Fumarola et al., 2020). Este órgão continua a desenvolver-se após o nascimento (Yuan et al. 2018) e sofre diversas alterações estruturais e funcionais até aos primeiros cinco anos de vida (Madhu et al., 2021). Logo, a pele das crianças é frágil, tornando-a mais suscetível a lesões (Chin, Chen & Hu, 2020) nomeadamente às MARSI. A estas lesões está associada a dor, o aumento de complicações, infeção, cronicidade e/ou cicatrizes, impacto no bem-estar das crianças e jovens, com consequente aumento da utilização dos serviços de saúde e dos gastos em saúde (Alcântara et al., 2021; Fumarola et al., 2020; Downie & Collier, 2021).

A incidência e a prevalência das MARSI em pediatria é de 17% e 8% respetivamente (Chin, Chen & Hu, 2020).

Ao constatar todos estes dados, surgiu-nos uma inquietação que motivou a tentativa de compreender melhor este fenómeno e de agir tendo em vista a sua minimização na criança e jovem.

As filosofias que sustentam a prática dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica são as dos cuidados centrados na família (CCF) (OE, 2017) e dos cuidados atraumáticos (CA) (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) o que se levou em consideração, tanto na elaboração do projeto de intervenção, como na prestação de cuidados nos contextos clínicos.

As teorias de enfermagem apoiam a prática de enfermagem com suas bases conceituais, epistemológicas e descritivas do cuidado, conduzindo o «pensar» a partir da identificação dos problemas de enfermagem durante a experiência do cuidar (B. Santos et al., 2019). Logo, optou-se pela teoria de médio alcance do conforto, enunciada por Katharine Kolcaba.

A problemática das MARSI, reveste-se de transversalidade a todos os contextos do cuidar da criança/jovem e família. Assim, surge como objetivo geral do projeto de intervenção: Contribuir para a prevenção das MARSI em pediatria.

E como objetivos específicos:

- Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSIs;
- Propor estratégias de prevenção das MARSIs baseadas na evidência científica;
- Elaborar proposta de norma sectorial de prevenção de MARSIs;
- Uniformizar os registos de enfermagem das MARSIs;
- Capacitar os pais/família para a prevenção das MARSIs na remoção de adesivos de utilização médica.

O presente relatório está dividido em capítulos e subcapítulos. Inicia-se na Introdução, dando-se a conhecer a temática trabalhada na Unidade Curricular de Estágio Final e as motivações para se ter optado por esta temática. De seguida, dar-se-á a conhecer o enquadramento teórico, o protocolo de projeto de intervenção desenvolvido ao longo do Estágio Final. Posteriormente far-se-á uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, de EEESIP e de mestre. Por último, serão apresentadas as principais conclusões que incluirão as dificuldades sentidas, as principais limitações vivenciadas ao longo deste percurso e, ainda, se dará a conhecer propostas de projetos para o futuro.

A redação deste relatório seguiu as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos (2.^a versão) do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde e as normas de referenciação de autores da *American Psychological Association*, na 7.^a edição.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tanto o projeto desenvolvido como os cuidados prestados, nos diversos contextos clínicos, foram sustentados teoricamente nas filosofias dos CCF e dos CA, e na teoria de médio alcance do conforto desenvolvida por Katharine Kolcaba.

A escolha destas bases teóricas, que se expõem nos capítulos seguintes, nomeadamente dos CCF e CA, estão em consonância com o determinado pela OE nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017). Ainda esta escolha prende-se com o fato deste relatório abordar a prevenção de lesões cutâneas, resultantes de trauma induzido pela utilização de adesivos sendo que a família, cuidadora natural da criança, se constitui neste caso como um recurso particularmente relevante para a sua prevenção. Optou-se pela teoria do conforto pois, as MARSIs, são lesões cutâneas passíveis de gerar alterações do conforto nas suas várias dimensões nomeadamente fisiológica e psicológica. Exemplo disso são a dor, a infeção, as cicatrizes associadas a este tipo de lesão cutânea (Alcântara et al., 2021; Downie & Collier, 2021; Fumarola et al., 2020). Logo, entende-se que esta teoria responde de forma adequada à problemática em estudo, visto que o conforto surge como resultado positivo e mensurável das intervenções de enfermagem (Kolcaba & DiMarco, 2005). Outra vantagem encontrada, é a visão holística do cuidar em enfermagem desenvolvida nesta teoria, defendendo-se uma prática centrada nas necessidades dos doentes e famílias. Ainda, defende que é preferível atuar no sentido de prevenir o desconforto na criança e família relacionado com os *stressores* fisiológicos, por ser mais fácil do que tratá-los (Kolcaba & DiMarco, 2005) o que justifica o projeto de intervenção em saúde delineado, que tem por finalidade primordial agir no campo da prevenção.

1.1 – CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A enfermagem utiliza um corpo de conhecimento científico próprio. Como tal, possui definidos um conjunto de conceitos de elevado nível de abstração que servem de base semântica entre os enfermeiros e que facilitam a reflexão e a prática clínica (Bousso, Poles & Cruz, 2014). Entre esses conceitos encontram-se o de enfermagem, cuidado de enfermagem, saúde, pessoa e ambiente.

Assim, a enfermagem é a profissão que objetiva prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do seu ciclo de vida e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rápido possível (OE, 2015a). Logo, os enfermeiros, por serem o grupo profissional que presta cuidados de enfermagem, possuem um papel preponderante para a qualidade em saúde (OE, 2012).

O conceito de cuidado de enfermagem, segundo o REPE (OE, 2015a), compreende a interação entre o enfermeiro, a pessoa, a família, os grupos e a comunidade, como objeto(s) de cuidado; este recorre à relação de ajuda com o utente e a utilização da metodologia científica para se efetivar. Logo, os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas como, por exemplo, as famílias (OE, 2012).

Phaneuf (2005, p. 35) define relação de ajuda como uma “troca verbal e não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova”.

A metodologia científica, empregue nos cuidados de enfermagem, inclui a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; a recolha e apreciação de dados sobre cada situação; a formulação do diagnóstico de enfermagem; a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções quando tido como necessário (OE, 2015a).

Para a OE (2012) o conceito de saúde compreende as dimensões biológica, social, emocional e espiritual recorrendo aos termos «conforto emocional e espiritual» e «bem-estar» na sua definição, considerando tratar-se de um processo dinâmico e contínuo, de carácter individual, de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. Em saúde infantil e pediátrica, o conceito de saúde, é igualmente um estado subjetivo, necessariamente especificado pelas particularidades da criança/jovem, pretendendo-se a sua maximização, enfatizando-se a satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento (OE, 2017). Reconhece-se a existência de variações ao longo do tempo neste processo, pretendendo-se a potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas diversas idades, tal como a sua adaptação às transições normais e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual que, quando presente, permite à criança/jovem alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família (OE, 2017).

Pessoa, segundo a OE (2012, p. 8) “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”.

Ser criança é ser pessoa em pleno, mas com especificidades. Devido à sua falta de maturidade física e intelectual, necessita de ser protegida e de cuidados específicos (Organização das Nações Unidas [ONU], 1959).

Em Portugal, criança “é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, ou 25 anos e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (OE, 2017, p. 4). São-lhe reconhecidos, entre outros, os direitos de liberdade de expressão e de autodeterminação. O que implica o respeito pela sua opinião, pelo seu projeto de saúde e de prestar consentimento nas decisões sobre a sua situação clínica (OE, 2017). Ainda, ser pessoa, em saúde infantil e pediátrica é um conceito abrangente pois compreende o binómio criança/jovem e a sua família (OE, 2017). Segundo a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) família, é entendida como um “grupo, uma unidade social, ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>). A família é, então, considerada como o conjunto de indivíduos que possuem a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, e que exercem uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento, sendo os pais e/ou outras pessoas significativas, os responsáveis pela maioria dos cuidados (OE, 2017). A criança/jovem depende dos cuidados da família, “como forma de suprimir as suas necessidades com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, ao adquirir novas capacidades e conhecimentos que lhe permite ser progressivamente mais independente, até alcançar a autonomia” (OE, 2017).

O ambiente, onde as pessoas e, por conseguinte, as crianças/jovens vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos e económicos que influenciam o conceito de saúde. Os enfermeiros não podem relegar para segundo plano a importância do ambiente para a pessoa, no contexto deste relatório, para a pessoa particular que é a criança/jovem, ao intervirem na complexa interdependência entre a criança/jovem e o seu ambiente (OE, 2012). Para a criança/jovem, na dimensão do ambiente, destaca-se a sua família. Esta deverá promover a sua saúde, proporcionando apoio emocional e os cuidados apropriados de forma a promover a sua independência e desenvolvimento. Neste sentido, os EEESIP, ao prestarem cuidados à criança/jovem e sua família, devem ter em conta os fatores protetores e *stressores* associados às suas vivências (OE, 2017).

1.2 – FILOSOFIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Os cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica assentam nas filosofias dos CCF (OE, 2017) e dos CA (Ramos & Barberi-Figueiredo, 2020).

A filosofia dos CCF tem em conta o melhor interesse da criança que é ser cuidada pela sua família (Barros, Lourenço, Nunes & Charepe, 2021) pois é esta que possui o papel natural de cuidador e de decisor (Hockenberry & Wilson, 2014). Destaca as interações e processos comunicacionais que se desenvolvem em qualquer contexto de prestação de cuidados (OE, 2017). A família é vista como o “contexto da criança/jovem e os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (OE, 2017, p. 4). Neste sentido, o estabelecimento de uma relação de parceria, necessariamente inclui apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e competências da família (Hockenberry & Wilson, 2014). É necessário que o EEESIP, ao estabelecer este tipo de relação profissional, se articule com a família com equidade e de forma dinâmica e flexível, promovendo a integração da criança/jovem e família nos cuidados que lhe são inerentes, tendo em vista

“a maximização e potenciação da saúde a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção” (OE, 2017, p. 4).

O EEESIP ao cuidar da criança/jovem e família, deve procurar a sua autonomização, tendo em conta as suas características, nomeadamente a sua individualidade e todas as suas dimensões, assumindo uma liderança participativa do processo de cuidar que possibilite a partilha de conhecimentos e a tomada de decisão por parte da criança/jovem e família de forma informada (OE, 2017).

O conceito de CA em enfermagem de saúde infantil e pediátrica surgiu há cerca de trinta anos. Considera que as experiências como a doença, a dor e a hospitalização podem ser traumáticas, cabendo às instituições e profissionais de saúde desenvolverem e aplicarem estratégias e intervenções para minimizarem esse trauma (Ramos & Barberi-Figueiredo, 2020). Esta filosofia do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica assenta em pressupostos fundamentais tais como: evitar e reduzir a hospitalização, informar e preparar os pais/cuidadores e as crianças, incentivar a presença dos pais/cuidadores e a sua participação nos cuidados, manter os hábitos de vida anteriores à hospitalização, adequar o

ambiente às preferências e necessidades das crianças e suas famílias, interagir de forma apropriada com as crianças e famílias e minimizar o *stress*, o desconforto e a dor (Ramos & Barberi-Figueiredo, 2020). Logo, os cuidados atraumáticos, incluem cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com recurso a intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico, em qualquer local onde se prestem cuidados de saúde. Estes cuidados abrangem a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, incluindo os cuidados paliativos de condições agudas ou crónicas (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ao longo do percurso do Estágio Final, nos diferentes contextos clínicos, como no desenvolvimento do projeto de intervenção em saúde, procurou-se prestar cuidados de acordo com estas filosofias, procurando-se agir tendo em conta pressupostos acima expostos, envolvendo-se ativamente a família da criança/jovem em todo o processo de cuidados e adotando-se estratégias como por exemplo o brincar terapêutico, as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, respeitar as rotinas das crianças e jovens sempre que possível, informar sobre os procedimentos recorrendo-se a linguagem apropriada, entre outras, de forma a minimizar o impacto negativo dos contatos com os serviços de saúde, contribuindo para a melhorar a satisfação da criança/jovem e família.

1.3 – TEORIA DO CONFORTO

As teorias de enfermagem começaram a surgir durante a primeira metade do século XX com o objetivo de se desenvolver um corpo substancial de conhecimento em enfermagem no sentido desta se tornar numa profissão reconhecida e prestar os melhores cuidados aos doentes (Tomey & Alligood, 2004). Uma teoria de enfermagem é definida como uma articulação organizada, coerente e sistemática de conceitos relacionados com a disciplina. Tem a finalidade de descrever os fenómenos, explicar as relações entre eles e prever consequências ou prescrever cuidados de enfermagem. Estas apoiam a prática de enfermagem com suas bases conceituais, epistemológicas e descritivas do cuidado, conduzindo o pensamento a partir da identificação dos problemas de enfermagem durante a experiência do cuidar (B.Santos et al., 2019).

As teorias de médio alcance são úteis pois descrevem, explicam ou predizem os fenómenos e, ao contrário das grandes teorias, são explícitas e testáveis (McEwen & Willis, 2014). São facilmente aplicáveis na prática e servem como estruturas para os estudos de investigação. Estas podem conduzir as intervenções de enfermagem e modificar as práticas, conduzindo à melhoria dos cuidados (McEwen & Willis, 2014).

A teoria do conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba, é uma teoria de médio alcance pois possui um número limitado de conceitos e proposições, baixo nível de abstração e é

facilmente aplicável na prática (Kolcaba & DiMarco, 2005). O primeiro artigo sobre a teoria do conforto foi publicado em 1994. Nos anos seguintes, a autora, expandiu a teoria passando a incluir resultados institucionais. Esta teoria foi testada em vários contextos do cuidar através de testes psicométricos e estudos experimentais (Kolcaba & DiMarco, 2005). Para a sua aplicação na prática dos cuidados de enfermagem é necessário compreender a definição de conforto e as suas origens, as relações entre os conceitos gerais empregues na teoria e relacioná-los com a especificidade dos problemas e particularidades dos doentes pediátricos no sentido de esclarecer a prática e gerar questões de investigação (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Há muito que o termo conforto é referido dentro do contexto dos cuidados de enfermagem. Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, ainda no século XIX referiu-se ao conceito de conforto e estabeleceu uma estreita relação entre este e a saúde (Kolcaba, 2031; Tomey & Alligood, 2002). No entanto, este conceito possuiu diferentes significados ao longo do tempo, sendo influenciado pelo contexto histórico das sociedades. Já foi considerado um objetivo central dos cuidados de enfermagem, e até um resultado para o paciente (Pereira, et al., 2019). Katharine Kolcaba, através de uma extensa revisão da literatura, analisou o conceito recorrendo aos conhecimentos de várias disciplinas como a psicologia, psiquiatria, medicina, ergonomia e da própria enfermagem (Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba, 2001). A origem da palavra conforto é *confortare* que significa fortalecer muito (Kolcaba, citado por Kolcaba & DiMarco, 2005). Webster citado por Kolcaba & DiMarco (2005) define conforto como: o acalmar perante uma situação stressante/angustiante ou de tristeza; o alívio do stress/angústia; uma pessoa ou coisa que conforta; um estado de tranquilidade e prazer tranquilo, livre de preocupações; qualquer coisa que torna a vida mais fácil; a ausência de sofrimento ou da tristeza através de encorajamento, calma, e esperança inspiradora. O termo conforto é ainda utilizado numa variedade de formas como confortável, em conforto, reconfortante, confortador. É também um processo (ex.: o enfermeiro confortou-me) e um resultado (ex.: a criança sentiu-se confortável). Desta diversidade de definições, percebemos que o termo conforto é um termo holístico e complexo (Kolcaba & DiMarco, 2005). Kolcaba citada por Kolcaba & DiMarco (2005) definiu o conforto como o estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência que ocorrem em quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba & DiMarco, 2005; Kolcaba, 2013). É muito mais do que a ausência de dor ou de outros desconfortos de natureza física (Kolcaba, 2013).

O alívio é alcançado quando o desconforto é atenuado ou aliviado. A tranquilidade é a ausência de desconfortos específicos. Para experimentar a tranquilidade uma criança e/ou a sua família não têm de experimentar um desconforto prévio. A transcendência é a habilidade

de se 'elevar acima' dos desconfortos quando estes não podem ser eliminados ou evitados (ex.: a criança sente-se confiante acerca da deambulação embora saiba que esta vai exacerbar a dor). Algumas intervenções aumentam a transcendência tais como as que otimizam o ambiente, aumentam o suporte social ou reforçam positivamente um comportamento (Kolcaba & DiMarco, 2005). A estrutura taxonómica da teoria do conforto surge quando estes três tipos de conforto são conjugados com os quatro contextos da experiência. Esta aborda todos os aspetos relevantes do conforto para a enfermagem de saúde infantil e pediátrica e demonstra a natureza holística do conforto como um importante objetivo do cuidado (Kolcaba & DiMarco, 2005). Para mensurar o conforto, Kolcaba sugere recorrer-se a escalas de Likert como a «Comfort Behaviors Checklist» que avalia vários parâmetros como as verbalizações, atividade motora, comportamento, expressão facial e outros comportamentos, ou através de escalas analógicas visuais, como por exemplo a «Children's Comfort Daises» onde se encontram representadas flores com diferentes graus de satisfação (Kolcaba & DiMarco, 2005). Estas escalas devem ser escolhidas pelo enfermeiro, tendo em conta o estadio de desenvolvimento e capacidade cognitiva da criança (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Para além do conforto, Kolcaba (2013) definiu também outros conceitos fulcrais dentro da sua teoria tais como necessidades de conforto, medidas de conforto, comportamentos de procura de saúde, integridade institucional e variáveis intervenientes.

Necessidades de conforto incluem necessidades físicas, psicoespirituais, socioculturais, ambientais que se tornam visíveis através de monitorização e relatos verbais e não verbais.

Medidas/intervenções de conforto são intervenções de enfermagem que têm como objetivo abordar as necessidades de conforto específico das crianças/famílias; inclui as fisiológicas, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas.

Comportamentos de procura de saúde compreendem as ações dos doentes, conscientes ou inconscientes, que podem ou não serem observáveis e que são preditores ou indicadores da melhoria da saúde. Podem ser internos externos ou morte pacífica.

Integridade institucional corresponde à qualidade ou estado das instituições de saúde de prestarem cuidados completos, sólidos, íntegros e éticos.

Variáveis intervenientes são considerados os fatores positivos ou negativos sobre os quais os profissionais de saúde possuem pouco controlo, mas que influenciam os cuidados de conforto e incluem suporte social, pobreza, prognóstico positivo, hábitos de vida saudáveis, entre outros (Kolcaba, 2013; (Kolcaba & DiMarco, 2005)

Enunciou também as premissas e as proposições que determinam as relações entre os conceitos da teoria do conforto e a sua aplicabilidade à enfermagem pediátrica.

Expôs as seguintes premissas:

- 1 - As crianças e famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos;
- 2 - O conforto é um resultado holístico, desejável e positivo, que é pertinente para a disciplina de enfermagem e para a especialidade da enfermagem pediátrica;
- 3 - Crianças e famílias esforçam-se para encontrar conforto nas suas necessidades básicas, é um empreendimento ativo e às vezes exige a ajuda e apoio do enfermeiro ou de outros;
- 4 - As crianças e famílias variam significativamente nas suas necessidades pessoais ou no desejo de certos níveis de conforto;
- 5 - É mais fácil investir na prevenção de desconfortos, incluindo aqueles relacionados aos stressores fisiológicos e psicológicos, do que tratar desconfortos. A prevenção é melhor para as crianças e famílias;
- 6 - Quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não podem ser prevenidos, as crianças e famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através de intervenções que transmitem conforto, esperança, sucesso, carinho, apoio pelo seu medo;
- 7 - Quando os enfermeiros aplicam a teoria do conforto, eles consideram o cuidar único e complexo de cada criança no contexto do seu sistema familiar. Assim, a teoria oferece uma forma eficiente de atendimento padrão e de comunicação à equipa interdisciplinar das intervenções que realmente funcionam¹(Kolkaba & DiMarco, 2005, p.189).

Enumerou as seguintes proposições:

- 1 - Os enfermeiros identificam as necessidades de conforto das crianças/famílias que não foram atendidas pelos sistemas de suporte existentes.
- 2 - Enfermeiros planeiam intervenções para atender a essas necessidades.

¹They are: • Children/families have holistic responses to complex stimuli. • Comfort is a desirable, positive, holistic outcome that is germane to the discipline of nursing, the specialty of pediatric nursing, and to a lesser extent, other health care disciplines. • Children/families strive to meet, or to have met, their basic comfort needs; it is an active endeavor and sometimes requires the help of the nurse or supportive others. • Children/families vary significantly in their personal need or desire for certain levels of comfort. • Prevention of discomforts, including those related to physiological or psychological stressors, is easier than treating discomforts. Prevention is also better for children/families. • When discomforts such as environmental chaos or pain cannot be prevented, children/families can be assisted to experience partial or complete transcendence through comfort interventions that convey hope, success, caring, and support for their fear. • When nurses apply Comfort Theory, they efficiently consider and minister in a caring way to the uniqueness and complexity of each whole child within the context of the family system. Thus, the theory offers an efficient way to pattern care and communicate to the interdisciplinary team the interventions that “work.” Kolkaba, K., DiMarco, M. (2005). *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing*. *Pediatric Nursing*. 31 (3). 188-194.

- 3 - As variáveis intervenientes são levadas em consideração no desenho das intervenções e determinam se elas têm probabilidade de sucesso.
- 4 - Se a intervenção for eficaz e realizada de maneira cuidadosa, o resultado imediato de conforto reforçado é alcançado.
- 5 - Crianças/famílias e enfermeiros concordam sobre comportamentos de procura de saúde desejáveis e realistas.
- 6 - Se for alcançado maior conforto, as crianças/famílias são fortalecidas para se envolverem em comportamentos de procura de saúde.
- 7 - Quando as crianças/famílias se envolvem em comportamentos de procura de Saúde como resultado de serem fortalecidas por maior conforto, os enfermeiros e as pessoas que recebem cuidados ficam mais satisfeitos com os cuidados de saúde e demonstram melhores resultados relacionados à saúde (diagnósticos específicos).
- 8 - Quando as crianças/famílias e enfermeiros estão satisfeitos com os cuidados de saúde numa instituição específica, o reconhecimento público sobre as contribuições das instituições para a saúde [...] permitirá que as instituições permaneçam viáveis e prosperem.
- 9 - Um ambiente de trabalho profissional produz melhores resultados para os destinatários dos cuidados e melhores resultados institucionais ² (Kolcaba & DiMarco, 2005, p.190).

Para melhorar a compreensão da teoria e da sua aplicação na prática clínica apresentamos um caso prático hipotético mas que, a nosso ver, é bastante comum no contexto pediátrico. Perante o diagnóstico de enfermagem de sono comprometido, o enfermeiro planeia com auxílio do cuidador, intervenções de conforto promotoras do sono. Após implementação das intervenções de conforto, o enfermeiro juntamente com a criança/cuidador avaliam a sua eficácia através da observação de um padrão de sono eficaz. Se este for alcançado, propicia comportamentos de procura de saúde por parte da criança/família, neste caso particular comportamentos promotores do sono, traduzindo-se em aumento do conforto, que serão repetidos resultando maior satisfação por parte da criança/cuidador com os cuidados de saúde e com a instituição que os proporciona, refletindo-se igualmente na satisfação dos profissionais de saúde, com ganhos institucionais. Se as

² 1. Nurses identify comfort needs of children/families that have not been met by existing support systems. 2. Nurses design interventions to address those needs. 3. Intervening variables are taken into account in designing the interventions and determining if they have probability for success. 4. If the intervention is effective, and delivered in a caring manner, the immediate outcome of enhanced comfort is attained. 5. Children/families and nurses agree upon desirable and realistic HSBs. 6. If enhanced comfort is achieved, children/families are strengthened to engage in HSBs which further enhances comfort. 7. When children/families engage in HSBs as result of being strengthened by Enhanced comfort, nurses and recipients of care are more satisfied with health care and demonstrate better health related (diagnosis specific) outcomes. 8. When children/families and nurses are satisfied with health care in a specific institution, public acknowledgment about the institutions' contributions to health in the United States will enable institutions to remain viable and to flourish. 9. A professional working environment produces better outcomes for recipients of care and better institutional outcomes. Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing*. *Pediatric Nursing*. 31 (3). 188-194.

intervenções não forem eficazes, procedem-se a reajustes até à resolução do diagnóstico, ou até a criança/cuidador alcançarem a transcendência.

Kolcaba representou a relação entre os conceitos utilizados na teoria de conforto, ou seja, a sua estrutura conceptual através de um diagrama (Figura nº1).

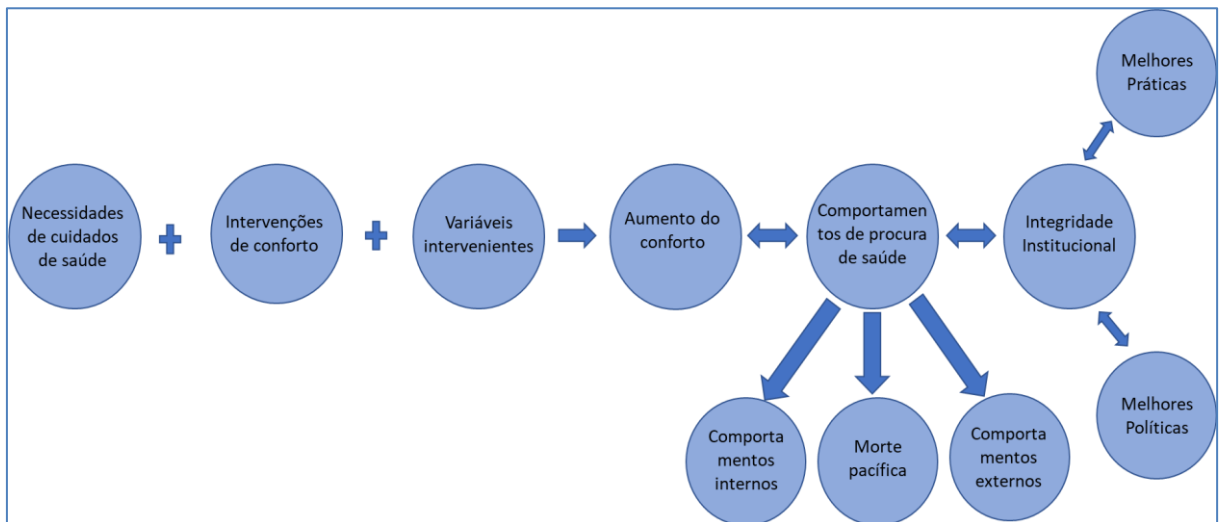


Figura nº1 - Estrutura conceitual da teoria do conforto; Fonte: Adaptado de Kolcaba, 2013.

Embora os protocolos existentes na atualidade sejam mais dirigidos para o alívio da dor do que para o conforto da criança, valorizando-se sobretudo a sua componente fisiológica, tem-se verificado um interesse crescente sobre estratégias de conforto na realização de procedimentos invasivos. Entre essas estratégias encontram-se o posicionamento confortável, o facilitar hábitos de auto-conforto da criança como a sucção não nutritiva, segurar um brinquedo e a presença da família (Kolcaba & DiMarco, 2005). Os cuidados de enfermagem, neste sentido, procuram não apenas minimizar os aspetos negativos da doença e do trauma tais como a dor, a ansiedade e a depressão, mas melhorar o conforto, a esperança, e a resiliência (Kolcaba & DiMarco, 2005).

1.4 – A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (EEESIP)

Os cuidados de enfermagem, assumem na atualidade uma maior importância e exigência técnica e científica (OE, 2019), logo, a atuação do EEESIP deve necessariamente refletir o acréscimo de conhecimentos e competências que foram adquiridas ao longo do seu processo formativo, o que na prática, implica uma prestação de cuidados à criança/jovem e família de nível avançado e segura (OE, 2017). Neste âmbito destacamos a integração dos conhecimentos adquiridos através da Investigação, que surgem da reflexão dos problemas prática clínica, como forma de melhorar os cuidados prestados. A prestação de cuidados seguros constituem-se, atualmente, como uma obrigação ética por contribuírem para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria de acesso aos cuidados e para a equidade e respeito com que esses cuidados são prestados (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017). A OE (2017), através do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,

estabelece os padrões que servem de referencial para a prática especializada com o intuito de servirem de estímulo para a reflexão continua traduzindo-se na melhoria continua dos cuidados prestados. Estes, devem ter em conta os desafios atuais do contexto dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica tais como o decréscimo da natalidade, as principais causas de morte e morbilidade infantil, os diversos contextos familiares e sociais, o aumento da doença crónica e da esperança de vida destas crianças/jovens, o surgimento e/ou agravamento de patologias relacionadas com as questões ambientais e o acesso aos cuidados de saúde, sejam eles de carater preventivo ou curativo. Estas condicionantes ampliam o contexto de atuação do EEESIP que, necessariamente, ultrapassa os limites das instituições hospitalares, englobando a criança/jovem saudável ou doente, a educação para a saúde e a identificação e a mobilização de recursos de apoio à família (OE, 2017).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEESIP, deve atuar tendo a vista a satisfação das crianças/jovens e famílias. Para tal deve atuar tendo em vista a prevenção complicações, nomeadamente as relacionadas com os cuidados de saúde, entre as quais e, no âmbito do presente relatório, se salientam as MARSIs, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

As competências específicas do EEESIP compreendem a assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, o cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Ainda, as competências comuns de enfermeiro especialista, incluem os seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Da análise das competências, pode-se inferir a importância da orientação, implementação e avaliação de projetos de melhoria contínua, baseados na evidência científica na área da qualidade. Em conformidade com o descrito, passaremos, no capítulo seguinte, dar a conhecer o percurso formativo, como as várias fases do projeto de intervenção em saúde desenvolvido, de forma reflexiva e de acordo com as competências referidas.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO

Nos subcapítulos seguintes pretende-se dar a conhecer o percurso desenvolvido ao longo das vinte e duas semanas em que decorreu o Estágio Final. Para a escolha dos locais de estágio teve-se em consideração locais com uma ampla oferta de oportunidades de desenvolvimento das competências profissionais, assim como de oportunidades formativas, as metodologias de prestação de cuidados de enfermagem utilizadas e a preferência pessoal. Iniciaremos com uma breve contextualização das unidades e dar-se-á a conhecer as principais aprendizagens relacionando-as com as competências de EEESIP e de mestre.

2.1 – CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA E INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Como os dois contextos de estágio iniciais se desenrolaram na mesma instituição de saúde, proceder-se-á à sua contextualização neste subcapítulo, sendo que a caracterização dos serviços, assim como objetivos fixados e atividades desenvolvidas far-se-ão separadamente nos subcapítulos que se seguem.

O Estágio Final, iniciou-se pelo contexto de UP e decorreu entre dezanove de setembro a vinte e oito de outubro de 2022, seguindo-se o IP, que decorreu entre dois de novembro e nove de dezembro de 2022.

Estas duas unidades de pediatria pertencem a um Hospital Central da Margem Sul de Lisboa. Este serve atualmente uma população estimada em cerca de 350 mil habitantes (Serviço Nacional de Saúde, 2022), sendo classificado como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e em Neuropediatria e Desenvolvimento (Franco & Costa, 2020) e é certificado pelo Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF – United Nations International Children's Emergency Found) como Hospital Amigo dos Bebés desde 2005, pelo trabalho conjunto do Serviço de Pediatria e Obstetrícia (Franco & Costa, 2020).

O Serviço de Pediatria está organizado em Unidades Funcionais Integradas que incluem a Unidade de Urgência Pediátrica (UUP), constituída pelas Unidades de Internamento de Curta Duração (UICD) e pela Unidade de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica (UPMC) que compreende o Hospital Dia de Pediatria. O Serviço de Pediatria, tem como missão a prestação de cuidados de saúde de excelência à população pediátrica nos

concelhos da sua área de influência e às crianças e jovens da zona sul do país nas suas áreas de diferenciação (Franco & Costa, 2020). A assistência da criança e jovem neste Serviço, tem como filosofia a humanização dos cuidados, considerando-se a criança e jovem como indivíduos singulares enfatizando-se o atendimento exclusivo em ambiente pediátrico (Franco & Costa, 2020). Dos Valores desta Unidade destacam-se: a qualidade e segurança; responsabilidade, competência, rigor e eficiência; inovação e atualização técnico-científica; integridade; deontologia e ética, humanização dos cuidados e respeito pelos direitos da criança, adolescente e família (Franco & Costa, 2020).

2.1.1 – Unidade de Urgência Pediátrica (UUP)

A UUP é constituída por uma área de assistência ao exterior que engloba duas salas de triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia e cinco gabinetes de atendimento médico. Esta área é destinada ao atendimento da criança e jovem acometidos por doença súbita ou agravamento de patologia preexistente. A UUP ainda possui uma vertente de internamento, com capacidade de nove camas, distribuídas por duas salas que acomodam as crianças e jovens conforme a sua patologia, sendo que as do foro respiratório são acomodadas na UICD 1 e as restantes na UICD 2, para vigilância e orientação de situações que necessitem de avaliação mais demorada e/ou tratamento em regime de internamento de duração previsivelmente curta (Franco & Costa, 2020). Para além destes três espaços, a área de internamento da UUP comporta ainda, o gabinete da enfermeira-chefe, sala de pessoal, sala de reuniões, copa, casa de banho dos funcionários, dos acompanhantes das crianças e outra adaptada para as crianças e jovens.

A equipa de enfermagem é composta por vinte e cinco enfermeiros: a enfermeira-chefe, uma enfermeira com função de coordenação e apoio à chefia e os restantes enfermeiros estão organizados por equipas. Cada equipa é composta por quatro elementos, em que um desempenha funções de chefia. Doze enfermeiros praticam horário fixo, enquanto os restantes, possuem horário rotativo. Da equipa de enfermagem fazem parte nove EEESIP. A metodologia de trabalho preconizada é por equipa, já que os enfermeiros são distribuídos pelas várias áreas, sendo responsáveis pela totalidade dos utentes que aí se encontram, sob a coordenação do chefe de equipa (Parreira et al., 2021). Os registos de enfermagem são efetuados no sistema ALERT® e SClínico®. Ainda, na UUP, é utilizada a triagem de Manchester como metodologia de organização das crianças e jovens que aqui ocorrem, por graus de gravidade clínica.

Tendo em conta as características desta Unidade e, após reuniões com as enfermeiras orientadora e chefe do Serviço, foram estabelecidos os seguintes objetivos de estágio:

- Adquirir competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente as do domínio da gestão dos cuidados (OE, 2019);
- Adquirir competências específicas EEESIP, nomeadamente de assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, de cuidado à criança/jovem em situações de especial complexidade e de prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2018);
- Adquirir competências de mestre, nomeadamente o saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei nº 65,2018).

Para atingir estes objetivos, foram realizadas as seguintes atividades:

- Colaboração na triagem das crianças/jovens segundo o grau de gravidade clínica;
- Prestação cuidados à criança/jovem e família assistidas na UUP;
- Observação das funções de enfermeiro chefe de equipa;
- Colaboração na gestão dos recursos humanos e materiais do serviço.

Ao longo desta experiência clínica, assistiram-se crianças/jovens e suas famílias no primeiro contato com a UUP, momento em que é efetuada a triagem segundo o grau de gravidade clínica, através da aplicação dos algoritmos propostos pela triagem de Manchester e registada em sistema ALERT®. Observou-se que acorrem à UUP crianças/jovens de diferentes faixas etárias, com grande diversidade de situações clínicas, motivadas por doenças comuns da infância, acidentes escolares, domésticos e rodoviários, complicações associadas a doenças raras, doença crónica e do foro psiquiátrico. A grande maioria das ocorrências observadas na triagem não constituíram situações de verdadeira urgência e/ou emergência, o que possibilitou inferir o alto nível de iliteracia em saúde por parte da população assistida, mas que constituíram momentos privilegiados de educação para a saúde. Apesar disso, todas as situações suscitavam grande ansiedade nos acompanhantes e nas crianças/jovens. A passagem pela triagem, possibilitou desenvolver competências comunicacionais e relacionais como forma de dar resposta à multiplicidade de situações clínicas, idades e culturas, o que nos proporcionou grande gozo.

Recordamos de seguida alguns casos que nos tocaram particularmente, quer pela imprevisibilidade como pelos conhecimentos e competências que nos permitiram colocar em prática:

A primeira situação decorreu no momento da triagem de uma criança de dois anos de idade, trazida pela mãe no transporte escolar, no decorrer de uma queda no jardim de infância

que motivou uma pequena ferida incisa na região frontal. A mãe encontrava-se tão ansiosa que nem se apercebeu da força que exercia com um lenço de papel na região frontal do filho, onde se percebiam vestígios de sangue. Quando se deu a oportunidade de a criança explicar o que lhe tinha sucedido, fomos brindados com um sorriso de orelha a orelha, num rosto claro iluminado por uns brilhantes olhos azuis. E, ao colo da sua mãe, respondeu-nos: - Andei de carrinha! Querendo referir-se ao transporte que o levou à UUP. O que se considerava ter sido um evento traumático para a criança, revelou-se o contrário: uma experiência há muito por ela sonhada e que só nos apercebemos através do estabelecimento de comunicação adequada com a mãe e a criança.

Outra situação que recordamos, foi o atendimento igualmente num momento de triagem, de um jovem de dezassete anos que recorreu à UUP por queda resultante de atividade desportiva que motivou lesão na região sacrococcígea. Tratando-se de um jovem sem deficits cognitivos, depreendeu-se erroneamente que este estava apto para relatar o que lhe tinha sucedido, assim como nos fazer conhecer os sinais e sintomas que o fizeram acorrer ao serviço. No entanto, o seu sentido de pudor não lho permitiu, sendo que apenas referia dor e que a localizava por gestos na região nadegueira. E, após várias tentativas de se sentar, semelhantes a uma dança contemporânea, afirmou: - Prefiro ficar de pé e que a minha mãe explique tudo! Esta situação particular permitiu-nos, compreender a importância de não se fazerem generalizações, encarando-se o jovem como um ser único, com as suas especificidades de forma a adequar os nossos cuidados.

A prestação de cuidados nas UICD, permitiu-nos prestar cuidados a crianças e jovens acometidas de complicações de doenças raras, como por exemplo as crises vaso-oclusivas decorrentes da drepanocitose, agravamento da situação clínica decorrente de neurofibromatose e situações de diagnóstico inaugural de doença crónica, como por exemplo a diabetes tipo I.

Segundo Hockenberry & Wilson (2014, p. 1041) “Brincar é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress”. A utilização do brincar terapêutico como estratégia de controlo da dor e do stress, foi amplamente utilizada na prestação de cuidados e pôde-se constatar na prática a sua eficácia. Foram igualmente utilizadas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como por exemplo a aplicação de calor local. De salientar a utilização de adesivos com figuras dos desenhos animados da atualidade, como recompensa pela colaboração durante as diferentes fases de prestação de cuidados (desde a avaliação inicial até à administração terapêutica) igualmente se revelou como uma estratégia muito útil.

A importância da presença de uma pessoa significativa para a criança, como preconizado pelas filosofias do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, seja esta um familiar

direto ou até um funcionário escolar, também foi verificada na prática, sendo a parceria de cuidados uma estratégia de especial relevância no atendimento na UUP.

Podemos então afirmar que, na prestação de cuidados na UUP, o conforto nas suas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e cultural são tidas em conta. E que são tomadas medidas de conforto que permitem à criança/jovem alcançar alívio, transcendência e tranquilidade.

Ao acompanhar o enfermeiro orientador neste contexto clínico, que muitas vezes exercia funções de chefe de equipa, permitiu-nos perceber a importância da gestão tanto dos recursos humanos como de materiais para o bom desempenho de toda a equipa. Ainda, de salientar o papel de elemento de referência dentro da equipa multidisciplinar quer no esclarecimento de normas e procedimentos do Serviço, quer na tomada de decisão perante situações novas ou urgentes/emergentes e no procedimento de auditorias tanto dos processos de triagem como dos registos de enfermagem no sistema ALERT® e Sclínico® respetivamente, que contribuíram significativamente para a melhoria dos cuidados prestados.

2.1.2 – Unidade de Pediatria Médica e Cirúrgica (UPMC)

A enfermaria de pediatria foi inaugurado em 1991. Atualmente e, após uma reorganização do serviço, passou a ser designada como UPMC. Possui uma lotação de dezasseis camas que se distribuem por quatro quartos e quatro enfermarias, e destina-se ao atendimento das crianças e jovens e das suas famílias, que possuem necessidade absoluta de internamento para a melhor orientação e tratamento da sua situação clínica. Assim, são admitidos doentes com patologia médica e das especialidades médico-cirúrgicas (Franco & Costa, 2020). A presença dos pais/cuidadores é incentivada como estratégia de humanização dos cuidados, o que está em consonância com as filosofias dos CCF, CA e a teoria do conforto. A organização deste setor, teve em conta o respeito e a sintonia com os direitos definidos na *Carta da Criança Hospitalizada*. Assim, foi criado o Hospital de Dia Pediátrico e multidisciplinar, um dos primeiros do país (Franco & Costa, 2020). A UPMC comporta ainda, uma área de apoio à Cirurgia de Ambulatório Pediátrica destinada às especialidades de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia e Cirurgia Pediátrica, refletindo a preocupação com a preservação do ambiente familiar como base da prestação dos cuidados de saúde do doente pediátrico (Franco & Costa, 2020). A proveniência das crianças e jovens é variada: consultas externas de Pediatria, Puerpério, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, domicílio, outras instituições, Centro de Desenvolvimento da Criança, Centro de Saúde, Hospital Dia e Urgência Pediátrica, sendo este último serviço o responsável pela maioria das admissões (Santos & Bentes, 2019). O restante espaço físico do serviço, comporta a área do secretariado, sala de brincar, sala de

reuniões da equipa de cuidados paliativos, copa de leites, casa de banho e copa dos pais, casa de banho e copa dos profissionais, outra casa de banho adaptada para as crianças e jovens, sala de sujos, arrecadação/rouparia, sala de tratamentos, sala de reuniões dos médicos, biblioteca, Hospital Dia, gabinete da enfermeira-chefe e sala de pessoal.

De acordo com a filosofia do Serviço de Pediatria, destaca-se a visão de cada criança e jovem como indivíduo singular, sendo reconhecida a importância do trabalho em equipa dentro e fora do Hospital e a humanização de cuidados traduzindo-se na ênfase nos cuidados em ambulatório, perspetivando o internamento como medida de último recurso (Santos & Bentes, 2019).

A metodologia de organização dos cuidados é o centrado na pessoa, sendo esta uma metodologia combinada entre o método individual, de equipa e de referência de acordo com os recursos humanos disponíveis, as características da equipa e das crianças e jovens (Santos & Bentes, 2019). “Todos os métodos de organização estão orientados para a identificação das necessidades dos clientes, determinação de prioridades, planeamento, execução e posterior avaliação de resultados tendo como princípio fundamental o tratamento do cliente de forma holística” (Santos & Bentes, 2019).

A equipa de enfermagem é composta por vinte e cinco enfermeiros: a enfermeira-chefe, uma enfermeira com função de coordenação e apoio à chefia e os restantes estão organizados por equipas. Cada equipa é composta por quatro elementos, em que um desempenha funções de chefia. Doze enfermeiros praticam horário fixo, enquanto os restantes, possuem horário rotativo. Da equipa de enfermagem fazem parte nove EEESIP.

A equipa multidisciplinar é constituída por duas secretárias de Unidade, uma educadora de infância, uma técnica do serviço social, uma dietista, uma farmacêutica, um fisiatra, um fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional.

Os registos de enfermagem são efetuados no sistema SClínico®.

Tendo em conta as características desta Unidade e, após reuniões com as enfermeiras orientadora e chefe do serviço, foram estabelecidos os seguintes objetivos de estágio:

- Adquirir competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente as dos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019);
- Adquirir competências específicas EEESIP, nomeadamente de assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, de cuidado à criança/jovem em situações de especial complexidade e de prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2018);
- Adquirir competências de mestre, nomeadamente o saber aplicar conhecimentos e

capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei nº 65, 2018).

Para atingir estes objetivos, foram realizadas as seguintes atividades:

- Prestação cuidados à criança/jovem e família internadas na UPMC;
- Prestação de cuidados à criança/jovem e família em contexto de Hospital Dia;
- Prestação de cuidados à criança/jovem e família referenciadas aos cuidados paliativos pediátricos;
- Observação das funções de enfermeiro chefe de equipa;
- Colaboração na gestão dos recursos humanos e materiais do serviço;
- Formação da equipa de enfermagem sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade cutânea.

Este campo de estágio revelou-se particularmente profícuo, tanto pela variedade de situações clínicas como pela articulação com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à criança/jovem e família.

No contexto de internamento de pediatria, prestaram-se cuidados a crianças portadoras de doença rara e crónica, como por exemplo a atrofia muscular espinhal tipo I, esferocitose, malformação de Chiari tipo I, puberdade precoce, diabetes tipo I; do foro cirúrgico como por exemplo cirurgia ortopédica de osteossíntese por fraturas complicadas, fleimão pós orquidopexia, entre outros.

Foi possível prestar cuidados na Unidade de Cirurgia de Ambulatório o que nos possibilitou verificar a vantagem deste tipo de assistência em que o tempo de internamento é inferior a 24h, o que permite o regresso ao ambiente familiar precocemente, reduzindo-se o impacto negativo da hospitalização.

Igualmente, a prestação de cuidados no Hospital Dia, permitiu-nos ampliar a visão do campo de atuação do EEESIP, percecionando-se as competências deste profissional neste contexto. Aqui deparámo-nos com procedimentos de avaliação oftalmológica a bebés prematuros, como seguimento da retinopatia da prematuridade, a administração de terapêutica via endovenosa de antibióticos e medicação específica para controlo de doença crónica como corticoides, a administração da toxina botulínica, a realização de exames complementares de diagnóstico como colheita de sangue, ressonância magnética, entre outros. A prevenção da doença também é tida em conta nesta Unidade o que foi observável pela administração de vacina antigripal e do anticorpo monoclonal humanizado para a prevenção da infeção respiratória ao vírus sincicial respiratório.

Dois dias de estágio foram dedicados aos cuidados paliativos pediátricos o que possibilitou compreender a importância da gestão dos cuidados de enfermagem e da articulação com vários elementos da equipa de saúde tais como médico da equipa dos cuidados paliativos,

assistente social, psicólogo, nutricionista, cuidadores, entre outros. Este contexto permitiu-nos prestar cuidados de enfermagem a crianças e famílias em situações de especial complexidade devido ao estadio da sua doença crónica (como paralisia cerebral, doença degenerativa do Sistema Nervoso Central, mielomeningocelo e atraso do desenvolvimento infantil relacionado com prematuridade extrema) combinado, em algumas situações, com fragilidade social. Estes cuidados foram prestados em diferentes locais do ambiente das crianças como no domicílio e na escola. Sendo que em ambiente escolar, os cuidados de enfermagem, foram direcionados às equipas docentes e não docentes, como por exemplo o ensino da manipulação de Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) para alimentação entérica, sinais de dificuldade respiratória na criança com multideficiência, avaliação da aquisição de aprendizagens escolares e desenvolvimento de competências relacionais entre pares. No domicílio, os cuidados de enfermagem prestados foram variados: administração endovenosa de antibióticos, administração da vacina antigripal, colheita de espécimes para análise, realização de pensos, avaliação de crises convulsivas e reforço de ensinamentos aos prestadores de cuidados.

No contexto da UPMC, também foram vivenciadas situações marcantes para o nosso percurso de EEESIP. Recordamos algumas situações que nos causaram particular impacto neste contexto. Primeiramente a situação de um jovem de doze anos, com diagnóstico de paralisia cerebral, internado para controlo de crises convulsivas. Durante uma das crises, a enfermeira responsável pelo jovem, solicitou a nossa intervenção por conhecer a nossa experiência em situações de urgência adquirida em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos. Ao longo da crise convulsiva do jovem, a ansiedade da mãe que esteve sempre ao lado do filho, foi notória. Ao longo da nossa atuação, teve-se em consideração a necessidade alívio do jovem, alcançada com o estabelecimento de uma via para administração de fármacos endovenosos, ditando o fim da crise convulsiva, e a necessidade de transcendência da mãe, transmitindo-lhe que as crises, apesar de inevitáveis, são controláveis. Outra situação que nos tocou particularmente, ocorreu durante uma visita domiciliária, no contexto dos cuidados paliativos pediátricos, a uma criança de cerca de oito anos, portadora de síndrome de Lesch-Nyhan, em que o ambiente em que vivia era indescritível, não por falta de condições habitacionais, mas por falta de higiene. Aqui, desenvolvemos a competência comum do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pois apesar das circunstâncias, centrámo-nos nas necessidades da criança e prestámos os cuidados de que necessitava no momento reforçando aos cuidadores a importância de um ambiente seguro para otimizar o potencial de desenvolvimento da criança.

A doença e a hospitalização são fatores desfavoráveis ao desenvolvimento da criança/jovem e ambientes que se lhe são desconhecidos, como o hospitalar, são geradores de ansiedade e dor quer seja física ou emocional (OE, 2015b). As crianças/jovens com necessidade

de hospitalizações repetidas e/ou prolongadas, como em caso das doenças crónicas, estão em maior risco de regressão ou restrição do seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014). É importante que o EEESIP adote estratégias que possam minimizar o impacto da hospitalização tal como incentivar a presença dos pais/cuidadores ao seu lado e que lhes seja dada a oportunidade de continuarem a tratar dela (OE, 2015b) tal como as filosofias da enfermagem de saúde infantil e pediátrica advogam. Na UPMC foi evidente o estabelecimento da parceria de cuidados com as famílias/cuidadores que, para além de ser incentivada a permanecer junto à criança/jovem, é estimulada a participar nos cuidados, sendo apenas prestados pelos profissionais os cuidados que a família não possui competências. É prática comum a manutenção dos horários e das rotinas diárias, como o sono e o banho. Relativamente à alimentação, as dietas são personalizadas, tendo em conta não só a patologia e a idade da criança/jovem, mas também os seus hábitos alimentares e preferências, inclusive regimes alimentares específicos, como o vegetariano e o vegan, tendo em conta as crenças religiosas. Aqui, a utilização do brinquedo e do brincar também constituem estratégias amplamente utilizadas no controlo da dor e da ansiedade associadas ao internamento e aos procedimentos invasivos, sendo que as crianças internadas são encorajadas a recorrerem à sala de brincar, sempre que as suas situações clínicas o permitam. Na UPMC, a minimização da dor nos procedimentos invasivos é uma preocupação constante, observando-se a utilização de agentes analgésicos tópicos como o EMLA®, a aplicação combinada de frio e vibração com recurso à Buzzy® e a administração de Protóxido de Azoto.

Face ao exposto, concluímos que na UPMC o conforto da criança/jovem e família é uma preocupação constante e que são amplamente utilizadas medidas de conforto físico, psicoespiritual, ambiental e cultural que permitem a criança/jovem alcançar alívio, transcendência e tranquilidade.

O acompanhar do enfermeiro orientador, com funções de coordenação, foi igualmente útil pois, para além de possibilitar a compreensão da relevância da gestão dos recursos humanos e materiais, permitiu perceber a importância deste profissional em assegurar a continuidade de cuidados, o planeamento e avaliação dos mesmos em articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente durante as reuniões diárias em que são debatidos os casos clínicos e estabelecidos e reajustados os planos terapêuticos específicos para cada criança/jovem e respetiva família.

Foi-nos ainda proposta a realização de uma ação de formação em serviço (Apêndice I) sobre a temática da promoção da integridade cutânea, pois constituía uma necessidade do serviço e enquadrava-se na temática central do nosso projeto de intervenção em saúde. Esta sessão de formação foi realizada a trinta de novembro e replicada a sete de dezembro de forma a abranger a maioria dos enfermeiros dos serviços de UPMC e da Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) sob a mesma chefia de enfermagem, tendo sido possível a participação presencial e online, via Teams®. As temáticas abordadas foram as lesões de pele com maior incidência nas crianças, fatores de risco, papel do enfermeiro na prevenção e no tratamento. A ação de formação culminou com um tempo de discussão e reflexão em equipa que foi muito proveitoso, tendo contribuído para alteração de práticas menos corretas. Esta sessão de formação incluiu a temática das MARSIs, pelo que no capítulo seguinte, referente ao projeto de intervenção, será mais explanada.

2.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

A última etapa do Estágio Final decorreu em contexto de CSP, entre doze de dezembro e três de fevereiro de 2023 numa Unidade de Saúde Familiar – Cuidados de Saúde Integrados (USFCSI) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) pertencente a um Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) da margem sul de Lisboa. Esta USFCSI tem como missão garantir o bem-estar e a saúde da população da sua área geográfica, prestando-lhe cuidados de saúde personalizados e considerando prioritária a manutenção da acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos. O funcionamento da USFCSI rege-se por valores que visam a obtenção de ganhos em saúde da população inscrita, tendo em conta os recursos disponíveis e a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes. O relacionamento da unidade com os utentes e com outras organizações baseiam-se em princípios da qualidade e de articulação, tendo como objetivo um atendimento integrado e holístico.

A sua estrutura organizacional é composta por um coordenador que é coadjuvado por dois interlocutores, sendo um da área de Enfermagem (com funções de chefia e nomeado pela ARSLVT) e um da área administrativa (nomeado por maioria entre os seus pares). A equipa de saúde é composta por nove médicos, quatro internos, nove enfermeiros, um dos quais EEESIP e seis secretários clínicos. A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem é a de enfermeiro de família. O enfermeiro, baseando-se no conhecimento do utente e no seu contexto familiar e da comunidade, integrado na equipa multidisciplinar, é responsável pela prestação da totalidade dos cuidados de enfermagem a famílias, ao longo de todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte, e em todos os contextos da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde individual, familiar e coletiva (Diário da República, 2014).

Na USFCSI são desenvolvidos vários programas de promoção e vigilância de saúde. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) é assegurado pelas consultas de vigilância realizadas de forma integrada com o médico e o enfermeiro. As consultas de

enfermagem são efetuadas de acordo com as orientações técnicas da Direção Geral de Saúde (DGS) e o Guia Orientador da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil do ACES, em que são definidas intervenções específicas de acordo com os diagnósticos de Enfermagem identificados. São garantidos o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e a realização de visitas domiciliárias em situações de risco.

Na consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil, este é avaliado através da aplicação da escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (Mary Sheridan Modificada) e tem como objetivo de promover o desenvolvimento através de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil adequado.

Esta consulta visa o acompanhamento das crianças desde o nascimento até aos dezoito anos menos um dia de acordo com o calendário preconizado pelas orientações da DGS. Tem como principal objetivo, detetar precocemente alterações do desenvolvimento psicomotor, bem como qualquer tipo de situações que ponham em risco o normal desenvolvimento físico e psicológico da criança, permitindo um encaminhamento atempado para outras consultas e instituições. O atendimento de enfermagem é programado, com hora marcada, com exceção do atendimento em situação de doença aguda ou emergente.

A organização do trabalho da USFCSI tem por base um atendimento personalizado e que assenta numa atitude flexível de acordo com cada situação. Numa dinâmica de parceria enfermeiro/pessoa, de respeito pelo conhecimento, crenças e valores mútuos e de potenciação do projeto individual, em conjunto com o utente, determinam-se metas e desenham-se ações para que seja alcançado um nível ótimo de saúde.

A USFCSI funciona nos dias úteis das 8:00 às 20:00 horas. O seu espaço físico é dividido em duas áreas: uma destinada às consultas programadas de saúde de adulto e doença aguda; e outra para consultas programadas de grupos vulneráveis (saúde infantil e juvenil, saúde materna, planeamento familiar e diabetes) e contactos indiretos. Ambas as áreas possuem uma sala de espera independente, gabinetes médicos e de enfermagem (USF CSI ████████, 2022).

Tendo em conta as características desta Unidade e, após reuniões com as enfermeiras orientadora e coordenadora da USFCSI, foram estabelecidos os seguintes objetivos de estágio:

- Adquirir competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente as correspondentes aos domínios da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019);

- Adquirir competências específicas EEESIP, nomeadamente de assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, e de prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2018);
- Adquirir competências de mestre, nomeadamente o saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei nº 65,2018).

Para atingir estes objetivos, foram realizadas as seguintes atividades:

- Realização da Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil;
- Vacinação das crianças e jovens;
- Realização de sessão de formação sobre lavagem nasal;
- Realização de sessão de formação sobre eritema da fralda;
- Elaboração de pósteres sobre lanches saudáveis;
- Elaboração de folhetos sobre lanches saudáveis;
- Elaboração de folheto sobre eritema da fralda;
- Elaboração de folheto sobre lavagem nasal.

Os CSP possibilitaram desenvolver competências no campo da promoção da saúde e prevenção da doença. Salientam-se as consultas de desenvolvimento infantil que foram realizadas de forma autónoma, no âmbito do Serviço de Atendimento de Utentes sem Médico (SAUSM) e de forma integrada com a consulta do médico de família na USFCSI. As consultas, nestes dois contextos foram distintas, sendo que as realizadas no SAUSM eram muito mais pormenorizadas, cabendo ao EEESIP toda a avaliação do desenvolvimento global da criança e a educação para saúde, enquanto na USFCSI algumas destas atividades eram repartidas como o médico de família. Estas consultas foram realizadas maioritariamente nas idade-chave em que são exetáveis acontecimentos importantes na vida dos bebés, crianças e jovens tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade, tal como preconizado no PNSIJ (Ministério da Saúde, 2013). No entanto, foram realizadas consultas fora das idades-chave, em situações específicas, tais como crianças com dificuldades na adaptação ao meio escolar, na aquisição da linguagem, em relacionarem-se com os pares, ou para otimizar o contato com o serviço (como no caso de crianças oriundas de outros países). Nas consultas, o desenvolvimento infantil nas crianças até aos cinco anos de idade, foi avaliado através da aplicação da escala de Mary Shjeridan Modificada. Utilizou-se o acrónimo HEADSSS (Home, Education, Eating disorders, Activities, Drugs, Security, Sexuality, Suicidal ideation) para a avaliação psicossocial do adolescente. Ainda, em situações específicas, utilizou-se a escala M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers). Em todas as consultas foram avaliadas as medidas antropométricas específicas para cada idade como

peso, comprimento, altura, perímetro cefálico, determinação do índice de massa corporal (IMC); realizada colheita de sangue para o Diagnóstico Precoce, no decorrer a primeira consulta ao recém-nascido; avaliada a tensão arterial e pulso; efetuados rastreios auditivo e visual; e a observação dentária. Os registos dos dados foram efetuados no sistema Sclínico® e no boletim de saúde infantil e juvenil. Perante sinais de alarme, as crianças/jovens foram referenciadas e encaminhadas para outros profissionais e serviços de apoio como o médico de família, representante da *Comissões de Proteção de Crianças e Jovens* (CPCJ), oftalmologia, consulta hospitalar de desenvolvimento infantil, pedopsiquiatria do hospital da área de referência, entre outras.

Na consulta, de acordo com o PNSIJ e com a idade da criança, foram avaliadas as preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde; as intercorrências desde a consulta anterior, a frequência de outras consultas e medicação em curso; a frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola; a prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres; a dinâmica do crescimento e desenvolvimento; e os hábitos alimentares (Ministério da Saúde, 2013). Quanto a este último ponto, durante a consulta, eram utilizados folhetos informativos como suporte aos ensinamentos referentes à alimentação adequada para cada faixa etária. No entanto, verificou-se a necessidade de se criarem instrumentos para suporte aos ensinamentos sobre os lanches escolares, pelo que nos foi proposta a elaboração de folhetos informativos (Apêndices II e III) e de cartazes (Apêndices IV e V) para serem expostos nas salas de espera. Estes revelaram-se uma mais-valia pois, contribuíram para aumentar o leque de oferta alimentar às crianças e jovens a levarem para o ambiente escolar onde, muitas vezes, esta é bastante limitada. Após a utilização destes instrumentos, obtiveram-se reações positivas por parte de pais/cuidadores que nos referiram que anteriormente não tinham pensado em incluir alguns alimentos referidos nos lanches escolares.

Assim, os momentos da consulta de desenvolvimento infantil, constituíram-se como momentos privilegiados para a educação para a saúde, pois eram abordadas várias temáticas importantes para o desenvolvimento infantil. Para além das temáticas já referidas, havia uma preocupação com o estabelecimento e manutenção da amamentação, do ambiente seguro, nomeadamente referenciando-se o tempo recomendado para a utilização dos dispositivos eletrónicos, como o telemóvel e o computador, alertando para a importância da supervisão parental e para os perigos da utilização da internet. A segurança rodoviária também era abordada.

Ainda, durante as consultas, foram administradas vacinas de acordo com o PNV e outras fora do plano, segundo prescrição médica, tal como a vacina meningocócica conjugada para os serogrupos A, C, W-135 e Y. Apesar da vacinação ser de especial relevância pois protege

os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual (Ministério da saúde, 2020), respeitou-se sempre a decisão informada dos pais/cuidadores quanto ao cumprimento ou não do PNV.

Sendo a prevenção da doença um enfoque dos cuidados de saúde primários e inerente às competências específica do EEESIP e, tendo em conta que o estágio decorreu durante o inverno, altura em que as infeções respiratórias são comuns nas crianças, foi-nos proposta a elaboração de um folheto informativo sobre lavagem nasal (Apêndice VI) em colaboração com uma aluna do mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação. O que se revelou bastante gratificante, pois permitiu-nos colocar em prática a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais no que diz respeito à otimização do trabalho em equipa (OE, 2019). Esta parceria foi particularmente profícua pois, para além do folheto que nos foi proposto inicialmente, originou a realização de uma ação de formação em serviço (Apêndice VII) destinada à equipa de enfermagem na qual se utilizou suporte audiovisual e técnica demonstrativa da lavagem nasal com recurso aos diversos materiais e bonecos. Esta formação efetivou-se a nove de janeiro de 2023. Após a sua realização, passou a ser frequente a prescrição da atitude terapêutica “lavagem nasal”, sendo que esta intervenção passou a ser registada no processo de enfermagem, no sistema SClinico®, através do foco “limpeza das vias aéreas” em que se registava em observações o ensino realizado.

Observou-se na consulta de desenvolvimento infantil, um grande número de crianças com eritema da fralda (EF), o que está em conformidade com a literatura que aponta esta lesão como a de maior incidência em pediatria (Delgado, Costa, Vesco, Santos & Santos, 2019; Lumbers, 2018; Meszes et al., 2017; Sharifi-Heris, Farahani, Haghani, Abdoli-oskouee & Hasanpoor-Azghady, 2018). Os pais/cuidadores, no decorrer da consulta, expunham frequentemente muitas dúvidas sobre esta lesão cutânea, pelo que nos propusemos elaborar um folheto informativo (Apêndice VIII). Após a elaboração do folheto, este foi apresentado numa sessão de formação em serviço (Apêndice IX) onde se utilizou suporte audiovisual e técnica demonstrativa com a utilização de diferentes tipos de cremes barreira e de fraldas absorventes. Esta formação decorreu a nove de janeiro de 2023. No fim da sessão houve um tempo de discussão e troca de experiências onde se verificou que, também entre a equipa de enfermagem, existiam dúvidas pelo que a sessão se revelou, a nosso ver, muito útil.

Também no contexto dos CSP, observou-se a adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e do desconforto, principalmente durante a administração das vacinas, como o aleitamento materno, a utilização do brinquedo e de meios audiovisuais (filmes e músicas) recorrendo-se ao telemóvel. No decurso das consultas de desenvolvimento infantil, também se utilizou o brinquedo e o brincar como estratégia de colaboração da criança. Por

exemplo, transformar o exame visual num jogo, pedir para saltar ao pé-coxinho, cumprir curtos percursos em linha reta colocando um pé em frente ao outro, desenhar, pintar, entre outros. No final eram utilizadas recompensas, pois estas são atraentes para as crianças (Hochenberry & Wilson, 2014), como autocolantes, livros para pintar e livros de histórias. Também lhes eram dirigidas palavras de encorajamento como “muito bem”, “conseguiu”, “estás muito crescido”, entre outras. Estas estratégias revelaram-se bastante úteis e prazerosas, pois muitas das consultas pareciam que ultrapassavam os limites físicos da USFCSI, transportando-nos para o mundo de fantasia das crianças.

Recordamos uma consulta em particular em que uma menina de dois anos entrou ao colo da mãe muito chorosa e que no meio da consulta, enquanto se realizavam vários ensinamentos, veio de forma voluntária, brincar para o nosso colo. Igualmente prazeroso foram os inúmeros beijinhos e acenos dirigidos pelas crianças no final das consultas.

Esta dimensão da atuação de enfermagem, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, permitiu-nos alargar os conhecimentos teórico-práticos na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tendo sido este o contexto mais distinto da nossa experiência profissional, onde o enfoque é o cuidar de crianças gravemente doentes. Logo, consideramos este estágio muito proveitoso no campo do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Ao longo do Estágio Final foi objetivado o desenvolvimento de um projeto de intervenção em saúde, estruturado segundo a metodologia de projeto. Esta metodologia é dinâmica, flexível e procura a resolução de problemas reais (Ruivo & Ferrito, 2010). Procurou-se, então, atuar sobre uma problemática da área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A temática das MARSIs pareceu-nos pertinente pois, apesar das evidências científicas serem ainda escassas para confirmar as suas verdadeiras dimensões (Pires-Júnior et al., 2021) elas são significativas nos cuidados de saúde, mas subvalorizadas, e têm impacto nos resultados, satisfação e segurança dos clientes (Alcântara et al., 2021). “Essa lacuna do conhecimento pode contribuir para que os profissionais de saúde negligenciem esse tipo de lesão que é considerado um evento adverso prevenível” (Pires-Júnior et al., 2021, p. 2). A segurança é cada vez mais um foco fundamental do cuidar em enfermagem, existindo uma preocupação acrescida com os mais vulneráveis como é o caso das crianças e jovens. Ainda, outro fator que nos levou à escolha desta temática, foi o seu caráter transversal a todos os contextos do cuidar.

O projeto desenvolveu-se em cinco fases distintas e sequenciais: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação de resultados (Ruivo & Ferrito, 2010) que se expõem nos subcapítulos seguintes.

3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto de intervenção em saúde, é efetuar um diagnóstico que corresponde à caracterização da situação sobre a qual se pretende atuar (Ruivo & Ferrito, 2010).

A pele, maior órgão do corpo humano, é constituída pela epiderme e pela derme. Desempenha importantes funções: barreira física contra microrganismos e agentes irritantes; ação antimicrobiana devido ao seu pH; e termorregulação, através de mecanismos de excreção e de absorção (Hitchcoc, Haigh, Martins, & Davies, 2021).

A pele forma-se no primeiro trimestre de gestação, mas continua a desenvolver-se após o nascimento (Yuan, et al., 2018) até aos primeiros cinco anos de vida (Madhu, et al., 2021). Logo, a pele das crianças é frágil, tornando-a mais vulnerável a lesões (Chin, Chen & Hu, 2020).

O conceito de MARSÍ surgiu em 2013, nos Estados Unidos. Inicialmente representava qualquer alteração da integridade da pele como edema, descamação, erosão ou vesícula que permanecesse por trinta minutos ou mais, após remoção de um dispositivo médico contendo adesivo. Este conceito foi atualizado em 2020 passando a ser consideradas MARSÍ as lesões da pele relacionadas com o uso de produtos adesivos de utilização médica (AUM) ou dispositivos contendo adesivo como fitas, pensos, produtos para estoma, elétrodos, adesivos contendo medicação e tiras de aproximação dos bordos das feridas (Downie & Collier, 2021).

Os acrilatos, silicones, hidrocoloides, látex e o poliuretano são, atualmente, os produtos mais utilizados na produção de AUM (Alcântara et al., 2021).

A fisiopatologia das MARSÍ está relacionada com a força de ligação entre as células da pele e a força de adesão dos AUM, isto é, quando a ligação entre a pele o AUM é mais forte do que entre as células, leva a que as camadas da epiderme se separem da derme dando origem às MARSÍ (Fumarola et al., 2020).

As MARSÍ ocorrem através de ação mecânica, corte, tensão e outros mecanismos. Podem ser classificadas em: remoção da epiderme, corte, vesículas, maceração, dermatite de contato e alérgica e foliculite (Alcântara et al., 2021; Ousey, Cooper, Fumarola & Hitchcock, 2017).

Fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam a integridade cutânea, podem aumentar o risco de MARSÍ. Entre os fatores intrínsecos destacam-se: extremos de idade, doenças dermatológicas, edema e patologias pré-existentes (Fumarola et al., 2020).

Qualquer pessoa que necessite de um AUM está em risco de desenvolver MARSÍ, no entanto, as crianças devido à fragilidade da sua pele são particularmente suscetíveis a este tipo de lesão, pelo que a utilização dos AUM deve ser restringida ao absolutamente necessário. Entre a população pediátrica destacam-se os bebés prematuros, tanto devido à sua imaturidade como à frequente necessidade de utilizarem de adesivos para fixar dispositivos médicos como sondas e tubos de ventilação (Fumarola et al., 2020). Na população neonatal, o mecanismo mais frequente de MARSÍ é a remoção da epiderme (Delgado et al., 2019; Meszes et al., 2017).

As patologias dermatológicas que ocasionam a desidratação da pele tais como eczema, psoríase, dermatites e epidermólise bolhosa aumentam o risco de MARSÍ (Fumarola et al., 2020). O edema, por alterar a elasticidade da pele, também contribui para a ocorrência de MARSÍ (Fumarola et al., 2020). A literatura aponta para risco aumentado de ocorrência de MARSÍ algumas patologias pré-existentes, destacando-se a diabetes (Lacey, 2022).

Quanto aos fatores extrínsecos que contribuem para o desenvolvimento de MARSÍ, encontra-se a exposição prolongada à humidade, medicação (corticoides, anti-inflamatórios e radioterapia), exposição solar e à radiação ultravioleta e necessidade de utilização de AUM e

dispositivos médicos como acessos vasculares e produtos de ostomia (Lacey, 2022). Ainda, a utilização de técnicas incorretas de aplicação e remoção de AUM, podem originar este tipo de lesão (Hitchcoc et al., 2021).

As MARSIs são consideradas eventos adversos preveníveis, sendo vistas como um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem (Pires-Júnior et al., 2021). Propiciam dor, aumento de complicações, infeção, cronicidade e/ou cicatrizes, com repercussões no bem-estar das crianças e jovens, na sua segurança e qualidade de vida. Ainda, aumentam a utilização dos serviços de saúde com impacto negativo nos gastos em saúde (Alcântara et al., 2021; Downie & Collier, 2021; Fumarola et al., 2020; Hitchcoc et al., 2021).

A nível pessoal, como já referido, prestamos cuidados de enfermagem numa UCINP, local onde se observa diariamente a ampla utilização de adesivos e os dispositivos contendo adesivo, como por exemplo na fixação dos tubos endotraqueais, dos cateteres umbilicais e periféricos, no sensor de saturação de oxigénio, nos elétrodos para monitorização cardíaca, etc., sendo que, inúmeras vezes, observa-se a ocorrência das MARSIs. Como tal, não somos indiferentes ao desconforto e à dor, opostos ao conforto como resultado holístico desejável e positivo (Kolcaba & DiMarco, 2005), que as MARSIs propiciam.

No decorrer do Estágio Final, num primeiro contato em cada contexto clínico, constou-se a ampla utilização dos AUM, nomeadamente para fixar acessos venosos periféricos, nos locais de punção venosa para colheita de sangue para análise, nos pensos de feridas traumáticas, cirúrgicas e queimaduras, elétrodos para a monitorização cardíaca, sensor de oximetria periférica, locais administração de vacinas, entre outros.

Assim, identificou-se como problema geral “A ocorrência de MARSIs nos contextos da UUP, UPMC e na USFCSI”.

3.1.1 – Levantamento de necessidades

A prestação de cuidados de saúde não é isenta de riscos. Por vezes estão-lhe associados incidentes de níveis diferenciados de gravidade, mas frequentemente evitáveis, (Diário da República, 2015) como é o caso das MARSIs, como já referido anteriormente. Assim, para se prestarem cuidados seguros deve-se proceder à identificação dos riscos, à sua avaliação e hierarquização, de forma a se identificarem as ações de melhoria (Diário da República, 2015).

Como um projeto de intervenção tem como objetivo a resolução de um problema real do contexto de trabalho (Ruivo & Ferrito), torna-se necessário verificar quais as verdadeiras necessidades e prioridades de mudança nos serviços onde se pretende atuar. É, então, imprescindível utilizar métodos para conhecer essas necessidades. Neste sentido, num primeiro

momento, foi efetuada uma análise SWOT (tabela nº1), pois esta é uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, nomeadamente na elaboração de diagnósticos (Ruivo & Ferrito, 2010). Esta ferramenta de diagnóstico permite refletir sobre os fatores internos (pontos fortes e fracos) e fatores externos (oportunidades e ameaças) (Vasconcelos, Filha & Godoi, 2021) que envolvem a problemática.

Forças	Fraquezas
• Elevada capacidade de regeneração tecidual em pediatria.	• Condição de doença em pediatria; • Imaturidade da pele; • Imaturidade do sistema imunitário em pediatria; • Falta de colaboração das crianças na manutenção de dispositivos médicos.
Oportunidades	Ameaças
• Existência de AUM minimamente agressivos; • Existência de produtos removedores de adesivos; • Investigação sobre MARSÍ e sobre AUM.	• Necessidade de utilizar em larga escala adesivos para fixar dispositivos médicos; • Grande oferta de produtos existentes no mercado; • Falta de estudos na população pediátrica; • Inexistência de produtos removedores de adesivos; • Falta de formação específica dos profissionais de saúde.

Tabela nº1 - Análise SWOT

Da análise SWOT verifica-se que existem inúmeras fraquezas e ameaças que contribuem para o desenvolvimento de MARSÍ nos diferentes locais onde decorreu o Estágio Final, logo, atuar a nível das forças e oportunidades, considerou-se ser um caminho pertinente para minimizar este problema.

Para Ruivo & Ferrito (2010, p.12) “As principais fontes de identificação, ou de definição do problema, são habitualmente especialistas na área, bases de dados, sugestões ou questões deixadas em aberto por outros investigadores”. Logo, auscultar os enfermeiros dos serviços, experts na área, é uma forma pertinente de avaliar as necessidades e prioridades de mudança. Assim, efetuou-se uma entrevista não estruturada às enfermeiras-chefes e enfermeira coordenadora das diferentes unidades, assim como às enfermeiras orientadoras dos estágios.

3.1.2 – Identificação dos problemas parcelares

Na literatura encontram-se identificados os fatores de risco específicos para a ocorrência de MARSI: extremos de idade, humidade, desnutrição, desidratação, condições clínicas e dermatológicas, alguns tipos de medicamentos e utilização prévia de produtos adesivos (Alcântara et al., 2021). Há que ter em conta, ainda o tipo de materiais utilizados, pois estes também podem influenciar o desenvolvimento de MARSI. Estas lesões causam dor e sofrimento nas crianças e nos seus familiares (Alcântara et al., 2021).

Assim, considera-se que os problemas parcelares são: a dor e o desconforto, agentes que alteram a função barreira da pele e os tipos de adesivos utilizados.

3.2 – OBJETIVOS

A definição de objetivos é fundamental no ato de projetar, pois estes apontam para os resultados que se querem alcançar (Ruivo & Ferrito, 2010) e são um guia para a escolha das estratégias e dos recursos a utilizar. Estes têm de estar disponíveis pois, caso contrário, estaremos a construir um projeto que, embora possa ser pertinente e útil, é inconcretizável (Vilelas, 2017).

Durante a fase de planeamento foram definidos dois níveis de objetivos, o geral e os específicos (Vilelas, 2017).

Para Vilelas (2017, p. 86) “O objetivo geral deve refletir a essência do planeamento do problema e a ideia expressa no título do projeto (...)”.

Assim, como objetivo geral pretendeu-se: “Contribuir para prevenir as MARSI nas crianças e jovens atendidos nos contextos da UUP, UPMC e da USFCSI”.

Quanto aos objetivos específicos, Vilelas (2017, p. 86) defende que “Os objetivos específicos são os passos que se realizam para chegar ao objetivo geral”.

Foram planeados os seguintes objetivos específicos para a UUP:

- Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSI;
- Uniformizar registos de enfermagem de MARSI;
- Elaborar proposta norma de procedimento de prevenção das MARSI.

Foram planeados os seguintes objetivos específicos para a UPMC:

- Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSI;
- Uniformizar registos de enfermagem das MARSI;
- Elaborar proposta norma de procedimento de prevenção de MARSI;
- Capacitar os pais/acompanhantes das crianças e jovens para a prevenção das MARSI, na remoção de AUM.

De notar, que a proposta de norma de procedimento de MARSÍ foi projetada para ser setorial, ou seja, aplicável nos contextos de internamento pediátrico do Hospital onde se inserem a UUP e UPMC.

Foram planeados os seguintes objetivos específicos para a USFCSI:

- Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSÍ;
- Capacitar os pais/acompanhantes das crianças e jovens para a prevenção das MARSÍ, na remoção de AUM.

3.3 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O enfermeiro deve prescrever intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, identificar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas reais identificados (OE, 2012). No planeamento, terceira etapa da metodologia de projeto, “(...) realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho” (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 20). Assim, foi efetuado um plano detalhado de intervenções de enfermagem que inclui a calendarização das atividades e os recursos necessários para se alcançar os objetivos propostos.

As intervenções planeadas tiveram como suporte a evidência científica reunida e que conduziu à realização de um artigo científico (Apêndice X) intitulado “Efetividade das intervenções para prevenção das Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos em contexto pediátrico: uma scoping review”, que neste momento aguarda envio para publicação. A evidência reunida aponta como estratégias de prevenção de MARSÍ: a escolha de AUM tendo em conta a sua finalidade, como o grau de fixação pretendido e a localização do AUM, e as características do doente como a idade (sendo que os doentes com extremos de idade estão em maior risco de ocorrência de MARSÍ), alterações dermatológicas como eczema, psoríase, dermatites e epidermólise bolhosa, doenças pré-existentes como a diabetes, a exposição prolongada à humidade, utilização de corticoides, anti-inflamatórios e radioterapia, exposição solar e a luz ultravioleta (Fumarola et al., 2020; Lacey, 2022); a avaliação sistemática da pele através da utilização de escalas (Collier, 2020; Fumarola et al., 2020; Paret, et al., 2020; White, 2014) no entanto, não foi encontrada na bibliografia pesquisada, nenhuma escala de avaliação específica validada para a população pediátrica portuguesa que considere a utilização de dispositivos e AUM como fatores de risco para lesão da pele; a utilização de checklists que garantam que todas as etapas de aplicação ou remoção de AUM sejam respeitadas de maneira sequencial e sistemática (Collier, 2020); a formação específica dos profissionais de saúde sobre fisiopatologia das MARSÍ, características dos AUM, indicações de utilização dos vários produtos (Collier, 2020; Fumarola et al., 2020; Lacey, 2022); a utilização de produtos

protetores cutâneos e de removedores de adesivos à base de silicone, (Barton, 2020; Collier, 2020; Fumarola et al., 2020; Lacey, 2022; López, 2017; Paret, Barash, & Rachmiel, 2020; Taroc, 2017) que, para além de reduzirem a incidência das MARSI, diminuem a dor (Barton, 2020); a utilização de técnica apropriada de aplicação (evitar fazer tensão e estiramento do adesivo, aplicar no sentido do crescimento dos pelos, de forma suave sem deixar bolhas de ar e rugas e se o adesivo apresentar rugas e bolhas de ar, não reposicionar, utilizar um novo adesivo) e remoção (soltar lentamente as extremidades do AUM, puxar gentilmente para baixo e para a frente, mantendo-o próximo da pele e na direção do crescimento dos pelos e, nos pensos transparentes, soltar as pontas e esticar o penso na direção oposta da ferida, repetindo este procedimento até o adesivo estar completamente solto) dos AUM (Collier, 2020; Fumarola et al., 2020; Lacey, 2022; Taroc, 2017). Ainda, são notórios os esforços e avanços da indústria no desenvolvimento de novos produtos menos lesivos onde a utilização de produtos à base de silicone tem se demonstrado bastante promissora (Harris et al., 2022; A. Santos et al., 2019, White, 2014).

Para facilitar a leitura, as atividades e recursos planeados para alcançar os objetivos propostos, encontram-se enumerados no Apêndice XI. O desenvolvimento de um projeto faz-se ao longo de uma linha temporal. É importante que este recurso seja programado de forma criteriosa pois, de contrário, corre-se o risco de não se conseguir concretizar o que foi planeado. “Desta forma o desenvolvimento do cronograma apresenta-se como uma constante ao longo do projeto” (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 20). Assim, é apresentado no Apêndice XII o recurso temporal para a concretização das diversas atividades programadas.

Como um projeto não é um processo estanque, mas dinâmico, adaptando-se e reorientando-se sempre que necessário (Ruivo & Ferrito, 2010), em cada local de estágio, procederam-se às alterações ao planeado, conforme tido por pertinente pelas enfermeiras orientadoras e moldando-se as atividades e recursos à realidade de cada um dos locais.

3.3.1 – Desenvolvimento do projeto na UUP

Na UUP, com o objetivo de se efetuar o diagnóstico da situação, levou-se a cabo uma reunião com a enfermeira orientadora a vinte e três de setembro de 2022 e posteriormente a vinte e sete de setembro, nova reunião desta vez em conjunto com a enfermeira-chefe onde foi efetuada uma entrevista não estruturada, tal como planeado inicialmente. Foi decidida a elaboração de um questionário (Apêndice XIII) sobre as MARSI que foi aplicado à equipa de enfermagem entre três e dez de outubro de 2022. O questionário foi realizado com o recurso ao Google Forms®. Optou-se por esta estratégia pois apresenta inúmeras vantagens como o

fácil acesso por parte dos inquiridos, o preenchimento de forma livre e em função do tempo disponível e ao seu próprio ritmo, sendo que a forma como são preenchidos sofrem menos viés (Monteiro & Mendes, 2016).

O questionário foi composto por dez questões. Foi aplicado a um universo de vinte enfermeiros via email institucional, tendo sido enviado primeiramente à enfermeira orientadora do estágio, tendo esta enviado posteriormente, à restante equipa. Esta estratégia teve como principal objetivo garantir o anonimato de quem decidiu colaborar. Ainda, todos os participantes, foram informados de que poderiam desistir do seu preenchimento em qualquer momento, bastando para tal não o submeterem. Obtiveram-se quinze respostas, correspondendo a uma taxa de adesão de 86,7%. A maioria dos respondentes foram do género feminino (86,7%), com idade superior a 50 anos (53,3%). Relativamente à experiência profissional, a maioria dos inquiridos prestava cuidados há mais de vinte anos (73,3%) e na área dos cuidados pediátricos, há mais de quinze anos (66,7%). A maioria considerou que as MARSIs ocorriam raramente, o que vem ao encontro com a bibliografia, que refere que este tipo de lesão é subvalorizada (Alcântara et al., 2021). Os enfermeiros participantes consideram que o procedimento com maior probabilidade causar MARSIs, é a remoção dos pensos dos acessos venosos (66,7%), seguindo-se a remoção dos elétrodos de monitorização cardíaca (20%). Provavelmente a remoção dos pensos dos acessos venosos e dos elétrodos de monitorização cardíaca são as técnicas que envolvem adesivos médicos, mais recorrentes na UUP o que justifica o resultado obtido. Quanto à tipologia de MARSIs com maior incidência, a maioria dos respondentes aponta a maceração, seguida da dermatite de contato. No entanto, a bibliografia aponta que a MARSIs de maior incidência em idade pediátrica é a remoção da epiderme, sobretudo em crianças de menor idade (Delgado et al., 2019). O que se pode explicar-se pelo fato de se utilizarem adesivos de poliuretano na fixação dos acessos venosos, e a sua remoção ser considerada a maior causadora de MARSIs pelos respondentes. Quando questionados quanto aos fatores de risco desencadeantes de MARSIs, os enfermeiros apontaram maioritariamente a existência de condições clínicas e dermatológicas (73,3%), seguindo-se a desidratação (66,7%) e a idade inferior a cinco anos (46,7%). Embora todos estes fatores sejam determinantes para este tipo de lesões, a literatura aponta o extremo de idade como principal fator de risco das MARSIs, devido às características da pele nas crianças mais novas, nomeadamente a sua imaturidade funcional e a menor espessura das camadas. Quanto ao tipo de adesivo, os enfermeiros consideraram que os menos lesivos são as placas de hidrocoloide (66,7%) e as películas de poliuretano (46,7%) o que está de acordo com a literatura. Das estratégias de prevenção de MARSIs, a maioria dos enfermeiros (66,7%) considera que a existência de norma sobre aplicação e remoção de adesivos, produtos protetores cutâneos, removedores de adesivos, adesivos de poliuretano,

silicone e placas hidrocoloides, são estratégias úteis na prevenção das MARSIs, o que está de acordo com a bibliografia pesquisada. Maioritariamente os inquiridos, ao diagnosticarem MARSIs, registam no processo do doente (60%) no foco ‘Maceração’ (88,9%), o que vai de encontro com as repostas obtidas relativamente à tipologia de MARSIs mais frequentemente diagnosticada.

As principais conclusões do questionário, foram dadas a conhecer à equipa de enfermagem a treze de outubro, através do envio de um documento (Apêndice XIV) pelos emails institucionais.

As respostas obtidas a este questionário, permitiram-nos perceber que o fenómeno das MARSIs, mas principalmente a sua prevenção, não era totalmente conhecido o que justificou a pertinência do projeto na UUP.

Assim, foram realizadas várias atividades com a finalidade de “capacitar a equipa de enfermagem da UUP para a prevenção das MARSIs” como a elaboração de um póster (Apêndice XV) em que se abordava a definição de MARSIs, tipologia, fisiopatologia, estratégias de prevenção e um breve enquadramento teórico. O póster foi afixado na sala das passagens de turno. Foi ainda elaborado um cartaz (Apêndice XVI) que foi colocado na sala de tratamentos, por cima do carro de pensos, com a finalidade de chamar a atenção para a estratégia de prevenção de MARSIs e para as suas consequências. Estes instrumentos de capacitação foram afixados nos locais já referidos a quinze de outubro.

Como fomos informados que a equipa, por norma, não adere a sessões de formação em serviço devido à sobrecarga do horário de trabalho com muitos turnos extraordinários, optou-se por se realizarem encontros formativos sobre as MARSIs, nos momentos de passagem de turno, em que foram abordados os seguintes aspetos: definição, fatores de risco, tipologias, estratégias de prevenção, como efetuar os registos de enfermagem, AUM mais indicados em pediatria, esclarecimento sobre materiais existentes no serviço e sua correta utilização. Estes aspetos foram agrupados e originaram quatro momentos formativos que tiveram lugar a treze, quinze, dezoito e vinte de outubro. Estes momentos formativos foram repetidos duas vezes cada, no início e no fim dos turnos. Nas sessões foi utilizada a demonstração de produtos e da técnica correta de aplicação e remoção de AUM e afixados os suportes visuais (Apêndice XVII) no quadro de ocorrências na sala das passagens de turno. Os visuais utilizados durante as sessões formativas deram origem a um dossier (Apêndice XVIII) que foi deixado na estante destinada ao material de apoio da formação em serviço. Neste dossier ainda foi incluído um manual (Apêndice XIX) para facilitar o registo deste tipo de lesões no sistema SClínico®, dando cumprimento ao objetivo “uniformizar registos de enfermagem de MARSIs”.

Iniciou-se, neste momento, a elaboração de uma proposta norma de procedimento de prevenção das MARSIs (Apêndice XX) que se pretendia, como já referido, ser transversal a

todas a área de internamento de pediatria do Hospital onde se desenrolaram os dois primeiros contextos clínicos. Esta proposta, foi submetida à apreciação da enfermeira orientadora e enfermeira-chefe da UUP, tendo-se obtido a sua aprovação a treze de outubro, concretizando-se assim o terceiro objetivo fixado para este local de estágio “elaborar proposta de norma de procedimento de prevenção das MARSIs em pediatria”. A proposta de norma foi disponibilizada a toda a equipa em suporte papel, tendo sido incluída no dossier acima referido.

Foi proposta a aquisição de protetores e removedores de adesivos à base de silicone, por não existirem no serviço e serem os mais recomendados na literatura para a prevenção das MARSIs. O que se veio a concretizar já após o término do estágio, pelo que não foi possível avaliar a sua utilização na prática dos cuidados.

A fim de se avaliarem os resultados obtidos e as mudanças na prática dos cuidados, foram elaboradas grelhas de observação de aplicação e remoção de AUM (Apêndice XXI). Os enfermeiros foram informados sobre a observação da sua atuação ao aplicarem e removerem AUM e de que não seriam identificados assim como as crianças visadas, com o objetivo de manter o seu anonimato. Foram realizadas doze observações durante procedimentos de aplicação e dez durante a remoção de dispositivos contendo adesivo médico.

Os procedimentos envolvendo AUM com mais observações efetuadas foram a fixação de cânulas nasais, colocação de elétrodos para monitorização cardíaca e remoção de acesso venoso, remoção de saco coletor de urina. Na fixação de cânulas nasais, foi observada a utilização da placa de hidrocoloide como protetor cutâneo de eleição, sendo utilizado adesivo de acrilato para a sua fixação, o que não acontecia anteriormente à implementação do projeto. Nas restantes observações constatou-se a não utilização de protetor cutâneo, fato que pode ser explicado por ainda não ter sido adquirido pela UUP. Na fixação dos acessos venosos, utilizou-se sempre adesivo de poliuretano e, na sua remoção, observou-se a utilização de removedores de adesivo, sendo o mais utilizado o álcool e a água.

Os pais/cuidadores, antes do momento da alta da UUP, eram aconselhados a removerem os adesivos que eram colocados como auxiliares da hemóstase nos locais de punção dos acessos venosos, com o auxílio de água morna (no banho) ou de óleo de amêndoas doces, para facilitar a remoção da cola e minimizar o risco de MARSIs (Hockenberry & Wilson, 2014).

Refletindo, considera-se que os resultados obtidos foram satisfatórios, tendo-se observado mudança de atitudes por parte dos enfermeiros durante a prestação de cuidados que contribuem para a prevenção das MARSIs na UUP.

3.3.2 – Desenvolvimento do projeto na UPMC

Na UPMC, para se efetuar o diagnóstico da situação foi realizada, a dois de novembro, numa reunião na qual se desenvolveu uma entrevista não estruturada à enfermeira-chefe do serviço e enfermeira orientadora do estágio. Nesta reunião, tanto a enfermeira-chefe como a enfermeira orientadora, consideraram a nossa temática pertinente para o contexto dos cuidados na UPMC. A enfermeira-chefe, propôs-nos alargar o projeto também à UCINP, serviço que igualmente chefiava como já referido anteriormente. Ainda, a enfermeira orientadora, considerou pertinente e útil aplicar as grelhas de observação de aplicação e remoção de AUM (Apêndice XXI), já desenvolvidas durante o estágio na UUP, tanto na fase de diagnóstico de situação, como na avaliação da implementação do projeto. Assim, procedeu-se à sua aplicação entre três e dezoito de novembro. Os enfermeiros foram informados sobre a observação da sua atuação ao aplicarem e removerem AUM e de que não seriam identificados assim como a crianças visadas, com o objetivo de manter o seu anonimato. Efetuaram-se doze observações de aplicação de AUM. Os adesivos foram utilizados para monitorização cardíaca, hemóstase de local de punção venosa, fixação de cateteres venosos periféricos, local de inserção de cateter venoso central, pensos cirúrgicos e fixação de cânulas nasais. Não foi observada a utilização de nenhum protetor cutâneo antes da aplicação do AUM tal como o spray à base de silicone e placas hidrocoloides, existentes no serviço. Observou-se que os enfermeiros escolhiam os adesivos tendo em conta apenas a sua finalidade, sem haver preocupação com a quantidade e potencial lesivo. Por exemplo, que para aumentar a aderência dos elétrodos de monitorização cardíaca, era comum aplicar-se adicionalmente adesivo de acrilato.

Quanto à remoção de adesivos, foram realizadas oito observações. Os adesivos removidos foram de fixação de acessos venosos, pensos cirúrgicos, pensos oculares e penso compressivo. Na maioria das observações constatou-se uma técnica incorreta de remoção, contrária ao sentido do crescimento dos pelos e em ângulo alto e, apesar de existir no serviço spray removedor de adesivo, este foi aplicado apenas em duas situações e, em duas outras, utilizou-se água morna para facilitar a remoção do adesivo.

Assim, foram realizadas várias atividades com a finalidade de «capacitar a equipa de enfermagem da UPMC para a prevenção das MARSIs». Foi apresentada à enfermeira-chefe e enfermeira orientadora, a proposta de norma de procedimento de prevenção de MARSIs, iniciada na UUP que, após termos procedido às alterações consideradas necessárias tanto pelas enfermeiras-chefes dos dois serviços como pelas enfermeiras orientadoras, foi enviada para aprovação superior e que se aguarda, tendo-se alcançado mais um objetivo delineado inicialmente: a norma ser setorial e não apenas aplicável a um dos serviços. Foi, ainda, elaborado um cartaz com o fluxograma de escolha de AUM (Apêndice XXII) com linhas

orientadoras da escolha dos adesivos dependendo do grau de fixação pretendido e que foi afixado na sala de enfermagem; um cartaz com a técnica de aplicação e remoção de AUM (Apêndice XXIII) que foi afixado na sala de tratamentos, junto ao carro de pensos, a vinte e quatro de novembro. Ainda foi programada uma ação de formação, como já referido anteriormente, sobre lesões de pele onde foi incluída a temática das MARSI (Apêndice I). Nesta formação abordou-se a definição de MARSI, o impacto destas lesões na qualidade dos cuidados de enfermagem, definição de AUM, fatores de risco, fisiopatologia, tipologia, estratégia de prevenção, características dos AUM e respetivas finalidades, explicitação de utilização do fluxograma afixado no serviço, demonstração da técnica de aplicação e remoção dos AUM, tratamento recomendado para cada tipo de MARSI, como registar estas lesões no sistema SClínico®, com o objetivo de uniformizar registos de enfermagem das MARSI, apresentação da proposta de norma de prevenção das MARSI e, por fim, dinamizou-se um período de reflexão. A sessão de formação teve lugar na biblioteca do piso dos serviços de internamento de pediatria (UPMC e UCINP) a que assistiram presencialmente onze enfermeiros e online, via Teams®, dezanove enfermeiros pertencentes aos dois serviços supracitados. No final das sessões foram aplicados questionários de satisfação (Apêndice XXIV). Da análise dos questionários (Apêndice XXV), 100% dos enfermeiros que participaram nos momentos formativos, consideraram que formação era adequada às suas necessidades e expectativas e que a qualidade dos conteúdos era muito satisfatória. Também, quanto à possibilidade de aplicar os conhecimentos em situação concreta de trabalho, a totalidade dos enfermeiros responderam estarem muito satisfeitos. Quanto à prestação do formador, no domínio dos conteúdos, competências técnico-científicas, metodologia de transmissão de conhecimentos, a utilização e domínio dos recursos didáticos e documentação disponibilizada, obtiveram-se classificações entre os 90 e os 100%. Os aspetos em que se obtiveram menor grau de satisfação, foram as condições da sala e a qualidade do apoio técnico e administrativo, embora se tenham obtido classificações positivas. Da análise dos resultados obtidos, depreende-se que os enfermeiros participantes ficaram muito satisfeitos com a formação.

Para capacitar os pais/acompanhantes das crianças e jovens para a prevenção das MARSI, na remoção de AUM, ao longo do internamento estes eram ensinados e instruídos quanto à técnica de remoção dos adesivos e sobre removedores de adesivos que se podem utilizar no domicílio, como água morna e o óleo de amêndoas doces. Aqui, incluiu-se a família nos cuidados e incentivou-se a parceria dos cuidados, tal como preconizado pela filosofia dos CA, sendo os pais/cuidadores incentivados a substituírem os adesivos, principalmente os de fixação de cânulas nasais e de pensos oftálmicos.

Na reta final do estágio na UPMC, avaliou-se a eficácia das atividades desenvolvidas, recorrendo-se, mais uma vez, à grelha de observação de aplicação e remoção de AUM, utilizada inicialmente na fase de diagnóstico de situação. Esta atividade decorreu entre trinta de novembro e oito de dezembro. Novamente, foi assegurado o anonimato dos intervenientes e os enfermeiros informados sobre o decorrer das observações. Destas observações notou-se uma mudança na prática dos cuidados. Foram efetuadas oito observações de aplicação dos AUM. Os adesivos mais utilizados foram os de acrilato na fixação de cânulas nasais e na realização de pensos. Observou-se nestes dois últimos procedimentos, a utilização de placas hidrocoloides e a aplicação de protetor cutâneo em spray. Na fixação dos cateteres venosos, não se observou a aplicação de protetor cutâneo, podendo-se explicar este fato pela incerteza do local onde se vai efetuar a punção e por os adesivos utilizados serem de poliuretano, portanto, menos lesivos da pele.

No procedimento de remoção de adesivos, observaram-se maioritariamente a remoção de adesivos de acrilato de pensos de feridas cirúrgicas e de adesivos de poliuretano dos acessos venosos, resultando cinco observações. No primeiro caso, observou-se a utilização de removedor de adesivo em spray e no segundo caso, apesar de não se ter utilizado o removedor de adesivo, foi notória a alteração introduzida na técnica, observando-se a preocupação em remover o adesivo das extremidades para o centro e em angulo baixo.

Face ao exposto, considera-se que o desenvolvimento do projeto por nós delineado foi proveitoso pois permitiu alteração de atitudes que, na prática dos cuidados de enfermagem, contribuíram para prevenir as MARSIs na UPMC.

3.3.3 – Desenvolvimento do projeto na USFCSI

O projeto de intervenção sobre prevenção das MARSIs, teve continuidade no estágio de CSP. Para se realizar o diagnóstico da situação recorreu-se, mais uma vez, à entrevista não estruturada durante uma reunião com a enfermeira orientadora do estágio e enfermeira coordenadora da USFCSI, que decorreu a doze de dezembro. Ambas reconheceram a importância da temática tanto para os clientes pediátricos, como para os idosos atendidos nesta Unidade. Logo, obteve-se grande abertura para se desenvolver o projeto, tendo surgido curiosidade por parte da equipa de enfermagem em se conhecerem novas técnicas e produtos de prevenção destas lesões. No entanto, como o objetivo da prestação de cuidados neste contexto é a promoção de saúde e a prevenção da doença, não se observaram muitas situações de aplicação e remoção de AUM, com exceção dos utilizados nos locais de administração das vacinas. Observou-se ser prática comum colocar adesivos de látex, tipo penso rápido, em todos os locais de administração, sendo que a sua remoção ficava a cargo

dos pais/cuidadores, após o contato com o Serviço. Assim, o objetivo de capacitar os pais/acompanhantes das crianças e jovens para a prevenção das MARSIs, na remoção de AUM, ganhou particular relevância. Para se atingir este objetivo, sempre que eram utilizados adesivos, os pais/cuidadores eram ensinados e instruídos a removê-los com o auxílio de removedores como o óleo de amêndoas doces ou água quente, durante o banho. Ainda, foram elaborados dois cartazes (Apêndices XXVI e XXVII) para sensibilizar os pais/cuidadores para a temática das MARSIs, que foram afixados na sala de espera e na sala da consulta de desenvolvimento de saúde infantil. Para que a mensagem se tornasse mais apelativa e a informação mais facilmente compreendida, tanto pelos cuidadores como pelas próprias crianças, recorreu-se à poesia com rima emparelhada, simulando-se o discurso de uma criança dirigido aos pais.

Para capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSIs, foi planeada uma ação de formação em serviço (Apêndice XXVIII), que decorreu na sala catorze, no dia dezanove de janeiro, tendo-se recorrido à técnica expositiva e demonstrativa. A formação contou com um total de dez participantes (nove enfermeiros e um aluno de enfermagem) e abordou-se a definição de MARSIs, a sua fisiopatologia, fatores de risco, tipologia na criança e no adulto, estratégias de prevenção, tratamento e, ainda, foi apresentado um dossier (Apêndice XXIX) constituído pelos power points que serviram de suporte visual à formação e por um conjunto de artigos científicos sobre a temática. Este dossier foi disponibilizado à equipa a dezanove de janeiro, tendo sido acordada a sua localização na sala de tratamentos. No final da formação, para se aferir da sua adequabilidade foram aplicados questionários, cujos resultados (Apêndice XXX) foram muito positivos. A maioria dos participantes (90%) considerou que a formação tinha sido adequada às suas necessidades e expectativas e que era possível aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho, enquanto a totalidade considerou estar muito satisfeito com a qualidade dos conteúdos. Mais uma vez, as condições da sala e o apoio técnico administrativo foram os aspetos que reuniram scores mais baixos, no entanto, foram avaliados positivamente. Relativamente ao formador, 90% dos enfermeiros, considerou que este possuía domínio dos conteúdos e competência técnico-científica. Ainda, a totalidade dos participantes, revelaram-se muito satisfeitos com a metodologia de transmissão de conhecimentos, 90% demonstraram-se muito satisfeitos com a utilização e domínio dos recursos didáticos e 100% com a documentação disponibilizada. Foi sugerido que a apresentação fosse disponibilizada em suporte digital, o que foi efetuado.

Posteriormente à formação foi possível, também neste contexto, verificarem-se alterações de comportamentos. Observou-se uma maior preocupação com a utilização do AUM, verificando a sua não aplicação após colheita de sangue para o diagnóstico precoce, sendo a hemóstase facilitada por uma compressa. Ainda, nos locais de administração das

vacinas, observou-se a aplicação de pensos de papel, mais pequenos e menos lesivos que os de látex anteriormente utilizados.

Face ao exposto, consideramos que a implementação do nosso projeto foi bem-sucedida, pois foi possível verificar mudanças de atitudes na prática dos cuidados que contribuem para prevenir as MARSIs na USFCSI.

3.4 – AS MARSIs E A TEORIA DO CONFORTO

Como vimos anteriormente, a pele é um órgão que se desenvolve durante a infância e que, na idade pediátrica, sobretudo até aos cinco anos, é imatura e propensa a lesões. Ainda, a existência de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos associados a várias patologias que acometem as crianças e jovens, favorecem a ocorrência das MARSIs nos vários ambientes da prestação de cuidados de enfermagem. As lesões de pele representam um elevado risco de infeção com graves repercussões nos gastos em saúde e na satisfação dos utentes.

Os AUM são largamente utilizados nos cuidados de saúde, quer para fixar dispositivos de monitorização, acessos vasculares, pensos, entre outros, o que representa risco de induzir lesões de pele, e especificamente as MARSIs.

Esta é uma problemática a que, habitualmente, os enfermeiros não estão sensibilizados, o que se reflete nos registos de enfermagem, com ausência de registos deste tipo de lesões, na ausência de parametrização das MARSIs nos sistemas informáticos de registos e, ainda, nas escalas utilizadas de avaliação do risco de lesão de pele em pediatria.

Tal como já referido, a teoria do conforto, é facilmente aplicável na prática dos cuidados de enfermagem, neste caso específico, aos cuidados preventivos das MARSIs em pediatria. A tabela que se segue (tabela nº2) relaciona as várias dimensões e contextos do conforto, preconizados por Kolcaba, com a problemática das MARSIs no contexto da criança/jovem e família.

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Dor; Alterações do movimento.	Características dos AUM (composição, dimensão e força de fixação); Técnicas corretas de aplicação e remoção de AUM.	Crença da criança e família que o desconforto é tolerável.
Psicoespiritual	Ansiedade.	Incerteza sobre a ação dos AUM e sobre a dor desencadeada pela remoção dos AUM.	Necessidade de reconforto por parte da equipa de saúde.
Ambiental	Ambiente estranho, barulhento, com luminosidade intensa.	Falta de privacidade.	Necessidade de ambiente seguro, tranquilo e com privacidade.
Sociocultural	Ideia errónea de que os AUM não são passíveis de causarem desconforto, dor e lesão cutânea.	Compreensão limitada por parte da criança/família.	Necessidade de suporte familiar; Necessidade de informação.

Tabela nº2 – Estrutura taxonómica de teoria do conforto aplicada à problemática das MARS em pediatria; Fonte: Adaptado de Kolcaba & DiMarco, 2005

A utilidade desta formalização da teoria do conforto permitiu, a nosso ver, a correta identificação, avaliação e classificação das intervenções que objetivaram a prevenção destas lesões cutâneas.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Apesar de, ao longo do presente relatório, já terem sido abordadas algumas competências de enfermeiro especialista, de EEESIP e de mestre torna-se pertinente, a nosso ver, aprofundar estes aspetos de forma que se torne inequívoca a sua aquisição e desenvolvimento.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Quanto às competências comuns do enfermeiro especialista, estas encontram-se descritas no Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República (OE, 2019) e encontram-se categorizadas em vários domínios:

1 - Responsabilidade ética e legal

Deste domínio faz parte a prestação de cuidados de acordo com os princípios éticos e legais em consonância com o código deontológico da profissão e que incluem o respeito pelos direitos humanos.

Ao longo de todo o percurso formativo, estes princípios foram sempre tidos em conta como se reflete na prestação de cuidados a crianças/jovens com a sua família de diferentes contextos sociais e culturais, pelo respeito pelas suas decisões relativas ao seu processo de saúde/doença, incentivando a criança/jovem e família a tomarem parte ativa do cuidar. Foi igualmente respeitado o anonimato das pessoas e instituições que fizeram parte deste percurso. Ainda, ao longo da prestação de cuidados, agiu-se assegurando-se a privacidade da criança/jovem e família. Julga-se que esta atitude ficou patente nos relatos de algumas das situações vivenciadas nos contextos clínicos. Foi fomentada a prática da segurança, o que é perceptível com o desenvolvimento do projeto de intervenção cuja finalidade era de agir no campo da prevenção.

2- Melhoria contínua da qualidade

Este domínio exige um papel ativo, por parte do enfermeiro especialista, no apoio e desenvolvimento de iniciativas estratégicas, na área da governação clínica, que contribuam para a melhoria da qualidade.

Para a aquisição e desenvolvimento deste domínio contribuiu em grande medida o projeto de intervenção em saúde, tanto na fase de programação, como posteriormente na sua implementação nos vários contextos clínicos. Permitiu adotar uma postura de liderança, que conduziu à alteração de práticas pouco seguras, tendo por base a evidência científica, refletindo-se na melhoria dos cuidados prestados. Esta liderança foi efetiva ao longo de todo o Estágio Final pois, as equipas de enfermagem que nos acolheram, em alguns momentos, recorreram aos nossos conhecimentos teórico-práticos considerando-nos como referenciais nos cuidados à pele, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente terapêutico mais seguro.

3- Gestão de cuidados

Neste domínio, o enfermeiro especialista, incorpora competências de gestão não só dentro da equipa de enfermagem, mas também em articulação com a equipa de saúde.

Este domínio de competências foi experienciado ao acompanharmos as enfermeiras orientadoras dos estágios nas suas atividades de gestão, tanto de recursos materiais, como de recursos humanos. Exemplo disso foi a distribuição dos elementos das equipas de enfermagem, segundo critérios de grau de competência, isto é, de enfermeiro iniciado a enfermeiro perito (Benner, 2001) e da complexidade dos cuidados. A articulação com outros grupos profissionais também foi notória, como por exemplo com as equipas médicas, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros, o que se traduziu em benefícios para a criança/jovem e família. Quanto aos recursos materiais, no âmbito do projeto de intervenção, propôs-mos a aquisição de vários produtos que, conforme a evidencia científica demonstra, contribuem para a prevenção das MARSIs, o que se efetivou na UUP. Nos diferentes contextos onde decorreu o Estágio Final, procurou-se esclarecer sobre a correta utilização, principais indicações, vantagens e desvantagens de alguns materiais como adesivos, cremes barreira, fraldas descartáveis, já existentes nos serviços e, alguns, de ampla utilização.

4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio exige que o enfermeiro especialista desenvolva o seu autoconhecimento, a assertividade e baseie na evidência científica a sua prestação de cuidados.

O autor deste relatório é um profissional de enfermagem que conta com vinte e quatro anos de experiência profissional o que lhe permitiu, ao longo do tempo, desenvolver o autoconhecimento tanto como profissional como pessoa e a assertividade. No entanto, estas competências foram aprofundadas ao longo do percurso formativo. Para tal, contribuíram conteúdos das diferentes Unidades Curriculares como por exemplo a de Relação de Ajuda. Recordamos, no entanto, um episódio que ocorreu no primeiro dia de estágio no contexto de

UP, em que estas competências foram colocadas em prática. Estávamos na sala de triagem, a avaliar um lactente que recorreu ao serviço por dificuldade respiratória, quando fomos informados que um senhor, acompanhante de uma criança, tinha caído inconsciente na sala de espera. Praticamente todos os profissionais que se encontravam no serviço, acorreram em seu auxílio, tendo nós optado por permanecer junto à criança, continuando a avaliar os sinais de dificuldade respiratória e saturação periférica de oxigénio. Após verificarmos que o lactente se encontrava hipoxémico, decidimos recorrer a um médico (único profissional que se encontrava no serviço na altura) e expor-lhe a situação. Este médico não se mostrou disponível para ir observar a criança tendo nós, então, esclarecido sobre o nosso papel de aluno estagiário a cumprir o primeiro dia de estágio. Perante tal, o médico mudou de atitude e observou a criança.

Quanto à necessidade de nos basearmos na evidência científica, pode-se comprovar a aquisição desta competência através da extensa revisão bibliográfica que serviu de suporte ao projeto de intervenção, às sessões de formação sobre lavagem nasal, eritema da fralda e MARSÍ, à elaboração de pósteres, cartazes e folhetos informativos e, igualmente, à realização da scoping review. Ainda, ao longo dos diferentes contextos clínicos, perante diagnósticos, tratamentos e intervenções por nós desconhecidas, procurou-se conhecer a evidência científica que nos permitiram prestar cuidados à criança/jovem e família com segurança e qualidade.

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

As competências de EEESIP encontram-se descritas no Regulamento 422/2018, publicado em Diário da República (OE, 2018).

O campo de atuação do EEESIP é vasto, já que lhe compete assitir à criança/jovem e família ao longo de uma fase crucial do ciclo vital, com base no modelo conceptual dos CCF, encarando o binómio criança/família como beneficiário dos seus cuidados. Apesar deste facto, a atuação do EEESIP deve traduzir-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança/família. Este deve procurar responder globalmente ao «mundo» da criança (OE, 2018).

Assim, compete ao EEESIP:

1 – Assitir à criança/jovem e família na maximização da sua saúde

Esta competência engloba a parceria de cuidados promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime terapêutico e da parentalidade.

No âmbito desta competência específica, realizaram-se várias atividades tais como comunicação adequada à criança e família de acordo com o seu nível de desenvolvimento e

adequada ao seu contexto socio-cultural, incentivou-se a participação da criança/jovem e família na tomada de decisão sobre o regime terapêutico, respeitando-se as suas decisões e agindo no sentido do incremento da sua autonomia, promoveu-se a parentalidade ensinando, instruindo e treinando o papel parental tanto na criança hospitalizada como no âmbito dos CSP. Procedeu-se ao diagnóstico das doenças comuns da infância como, por exemplo as infeções respiratórias, tendo-se efetuado ensinamentos aos cuidadores para sinais de agravamento e motivos para recorrer aos serviços de saúde, procedendo-se ao encaminhamento para outros profissionais. Prestaram-se cuidados a crianças/jovens em risco, nomeadamente portadoras de doença crónica com situações sociais complexas, encaminhando-as também para outros profissionais.

2 – Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência refere-se à mobilização dos recursos no cuidado da criança/jovem e família em situações especialmente exigentes decorrentes da sua situação particularmente complexa.

Neste âmbito, foi muito útil o contexto clínico de urgência em que se experienciaram situações particularmente complexas como envenenamento (tanto devido a ingestão medicamentosa intencional e não intencional e ingestão de pilhas) e o contexto do IP em que se prestaram cuidados a crianças com agravamento da sua doença crónica com risco de vida, tendo sido necessário recorrer a terapias não medicamentosas para controlo do desconforto e da dor.

3 – Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem

Esta competência tem em conta as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, devendo o EEESIP responder eficazmente no sentido da maximização do potencial de desenvolvimento da criança/jovem.

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência, contribuiu grandemente a experiência vivenciada no contexto dos CSP pois permitiu, através das ações de educação para a saúde desenvolvidas durante a consulta de desenvolvimento de saúde infantil recorrendo-se a uma comunicação apropriada ao estadio de desenvolvimento e às particularidades culturais de cada criança/família, promovendo-se o crescimento e o desenvolvimento infantil. Esta experiência foi mais efetiva durante as consultas no SAUSM, pois a população aí assistida é maioritariamente estrangeira, tendo sido necessário compreender diferentes costumes, como por exemplo os alimentares.

De referir que os cuidados prestados aos jovens, principalmente na fase da adolescência foram muito gratificantes, pelas características específicas desta faixa etária nomeadamente a sua forma de raciocínio, argumentação/negociação e a capacidade de compreender as situações de doença e a importância da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

4.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-Lei nº 65 de 16 de agosto de 2018, esclarece a quem deve ser conferido o grau de mestre. O mestre deve possuir conhecimentos e capacidade de compreensão que lhe permitam desenvolver e aprofundar os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de formação superior, nomeadamente no campo da investigação. Ainda, deve “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;” (Decreto-Lei nº65, artigo 15º, 2018). O que se aplica, a nosso ver, no desenvolvimento do projeto de intervenção em saúde, com a identificação de um problema concreto decorrente da prestação de cuidados, e na prestação de cuidados em contextos diversos e distintos da nossa experiência profissional.

O mestre, ainda, deve possuir grande capacidade de reflexão sobre as situações que se lhe apresentam, que o torne capaz de lidar com situações complexas, desenvolvendo soluções eficazes tendo por base os princípios éticos e deontológicos, tal como aconteceu ao longo de todo o Estágio Final.

O mestre deve ser igualmente capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, como a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Para tal, considera-se a tentativa de publicação do nosso artigo de investigação, assim como a elaboração da proposta de norma de procedimento, que após entrada em vigor, vinculará informação importante que permitirá uniformizar e melhorar os cuidados de enfermagem, especificamente os preventivos das MARSIs. Ainda, os momentos de sessões de formação em serviço realizados são igualmente momentos de comunicação de conclusões obtidas através de metodologia científica com os pares, enfermeiros especialistas e enfermeiros.

O mestre deve adquirir e desenvolver competências que lhe permita uma aprendizagem contínua, de um modo auto-orientado e autónomo, o que consideramos que foi conseguido tanto ao longo do Estágio Final como ao longo de todo o percurso formativo, sendo previsível a utilização das ferramentas adquiridas em prol de um desenvolvimento profissional que não se extingue com a finalização desta formação.

Desenvolveram-se ainda competências específicas inerentes à especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, tal como compete ao mestre.

CONCLUSÃO

Este capítulo representa a última etapa do presente relatório. Face ao exposto ao longo dos vários capítulos, consideramos que alcançámos os objetivos a que nos propusemos inicialmente.

Deu-se a conhecer o percurso formativo, ao longo das vinte e duas semanas em que se desenrolou o Estágio Final, nos seus diferentes contextos clínicos. Refletiu-se sobre esse mesmo percurso, recorrendo-se aos conceitos metaparadigmáticos da disciplina de enfermagem, às filosofias do cuidar em pediatria, isto é, dos CCF e dos CA e à teoria de médio alcance do conforto. Expôs-se as várias etapas de um projeto de intervenção, que surgiu a partir de um problema real da prática clínica, mais concretamente as MARSIs, o que contribuiu para alterar atitudes e comportamentos tanto por parte dos enfermeiros nos locais em que foi implementado, como por parte dos cuidadores das crianças/jovens, possibilitando a prevenção destas lesões no cliente pediátrico, prevenindo-se a dor e as complicações daí decorrentes, promovendo-se o conforto da criança/jovem e família como um cuidado holístico.

Considera-se ainda, que o percurso formativo realizado, através de todas as experiências vivenciadas, permitiu adquirir e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, as específicas do EEESIP e de mestre.

Como projetos para o futuro e, de acordo com as competências agora adquiridas, pretende-se continuar a estudar a problemática das MARSIs em pediatria, nomeadamente através da realização de um estudo de investigação exploratório, no local onde prestamos cuidados. Ainda, pretendemos assumir novas responsabilidades e funções, igualmente na instituição onde exercemos funções, como integrar o projeto de enfermeiros de referência, o projeto dos cuidados promotores do neurodesenvolvimento e o projeto de elemento de referência no serviço para os cuidados à pele.

A principal dificuldade sentida ao longo deste percurso, foi a difícil conciliação da vida profissional e pessoal com as exigências académicas, sendo a gestão do recurso temporal um verdadeiro desafio. Como aspeto facilitador apontamos a experiência profissional na área da pediatria, e os incentivos por parte dos familiares, colegas de trabalho e chefia de enfermagem.

Concluindo, consideramos que o percurso foi árduo, tendo-nos proporcionado experienciar um misto de emoções que flutuaram desde o sentimento de incapacidade e

impotência, a emoções de grande satisfação, mas que nos permitiram alcançar um grande desenvolvimento tanto profissional como pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, C.M., Oliveira, E.L., Campanili, T.C., Santos, R.S., Santos, V.S. & Nogueira, P.C. (2021). Prevalência de lesão de pele relacionada a adesivos médicos e fatores associados em unidades críticas cardiológicas. *Rev Esc Enferm USP*, 55, e03698, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035503698>.
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., Charepe, Z. (2021). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review. *Enfermería Global*, 61, 556-574. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>.
- Barton A. (2020). Medical adhesive-related skin injuries associated with vascular access: minimising risk with Appeel Sterile. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(8), S20–S27. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.S20>.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto.
- Bousso, R.S., Poles, K. & Cruz, D.A. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 48(1), 144-148. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>.
- CIPE - Família (<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>)
- Collier M. (2020). Guide to the prevention of medical adhesive-related skin injuries. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(Sup12), 1–8. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.Sup12.1>.
- Chin. P.J., Chen, Y.M., & Hu, S.H. (2020). Decreasing the Incidence of Adhesive-Related Skin Injuries in a Pediatric Intensive Care Unit. *Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing*, 67(4), 81-88. [https://doi.org/10.6224/JN.202008_67\(4\).10](https://doi.org/10.6224/JN.202008_67(4).10)
- Decreto-Lei nº 65 (16 de agosto de 2018) Diário da República n.º 157/2018. Série I. 4147 –

4182. Obtido a 25 de abril de 2022, de <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/htm>
- Delgado, B.S., Costa, R. Vesco, S.N., Santos, F.A. & Santos, S.V., (2019). Estratégias de cuidado com a pele do recém-nascido em unidade de internação neonatal. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16, (e1319). 1-9. https://doi.org/10.30886/estima.v16.745_PT.
- Diário da República (2014). Enfermeiro de Família. Diário da República, 1.^a série, n.º 149. 4069 - 4071.
- Diário da República (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Diário da República, 2.^a série, n.º 28, 3882-(2) - 3882-(10).
- Downie, F., & Collier, M., (2021). Medical Adhesive-Related Skin Injury (MARSI): Wounds UK Made Easy. *Wounds UK*, 17 (1), 84-88.
- Franco, J. & Costa, A. (2020). *Estratégia do Serviço de Pediatria*, versão 3 [REDACTED], E.P.E.
- Fumarola, S., Allaway, R., Callaghan, R., Collier, M., Downie, F., Geraghty, J., Kiernan, S. & Spratt, F., (2020). Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. Best practice consensus document on prevention. *J Wound Care*, 29(Sup3c), S1–24. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup3c.S1>
- Harris, D.L., Schlegel, M., Markovitz, A., Woods, L. & Miles, T. (2022). Securing peripheral intravenous catheters in babies without applying adhesive dressings to the skin: a proof-of-concept study. *BMC Pediatrics*, 22 (1) 291, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03345-8>.
- Hitchcock, J., Haigh, D.A., Martins, N., & Davies, S. (2021). Preventing medical adhesive-related skin injury (MARSI). *British Journal of Nursing*, 30 (15), S48-S56. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.S48>.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da criança e do adolescente*. (9^a ed., Vol. 2). Lusociência.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing.
- Kolkaba, K. (2001). Evolution of the middle range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49 (2), 86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. Peterson & T. Bredow (Coords). *Middle range theories: application to nursing research*. (pp.193-209). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187–194.
- Lacey, V. (2022). Importance of peristomal skin protection. *Journal of Community Nursing*, 36(2), 44–50.
- Lima, J., Silva, A., Sousa, M., Freitas, J., & Bezerra, A., (2017) Avaliação da qualidade e segurança da assistência de enfermagem à criança hospitalizada: percepção do acompanhante. *Rev enferm UFPE on line*.11(Supl. 11), 4700-47008. <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201721>
- López, L. E. (2017). Cuidados de la piel del bebé prematuro. *Metas Enferm*, 20(9), 5-24.
- Lumbers, M., (2018). Caring for and cleansing a baby's skin. *British Journal of Nursing*, 27(3), 148-151. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.3.148>.
- Madhu, R., Vijayabhaskar, C., Anandan, V., Nedunchelian, K., Thangavelu, S., Soans, S. T., Shastri, D. D., Parekh, B. J., Kumar, R. R., & Basavaraja, G. V. (2021). Indian Academy of Pediatrics Guidelines for Pediatric Skin Care. *Indian pediatrics*, 58(2), 153–161.
- McEwen, M. & Willis, E. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4ªEd.). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Meszes, A., Tálosi, G., Máder, K. Orvos, H., Kemény, L., Csoma, Z.R. (2017). Lesions requiring wound management in a central tertiary neonatal intensive care unit. *World J Pediatr*, 13(2), 165-172.

Ministério da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Monteiro, A.P., Mendes, A.C. (2016). Ciência online - a utilização de e-questionários na pesquisa em enfermagem de saúde mental. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 2ª Série, 31-39.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015 a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermeiro [REPE]* alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro.

Ordem dos Enfermeiros (2015 b). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018. Diário da República, 2.ª série, 133, 19192-19194.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série, 26, 4744-4750.

Organização das Nações Unidas [ONU] (1959). *Declaração dos Direitos da Criança*. Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1386 (XIV), de 20 de novembro de 1959. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf.

- Ousey, K., Cooper, K., Fumarola, S. & Hitchcock, J., (2017). Findings from a multidisciplinary focus group meeting to discuss the issue of medical adhesive-related skin injury (MARSI) in the UK: the way forward. *Wounds UK*. 13 (4), 141-145.
- Paret, M., Barash, G. & Rachmiel, M. (2020). "Out of the box" solution for skin problems due to glucose-monitoring technology in youth with type 1 diabetes: real-life experience with fucicort spray. *Acta Diabetologica*, 57(4), 419–424. <https://doi.org/10.1007/s00592-019-01446-y>.
- Parreira, P., Santos-Costa, P. Neri, M, Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (4: 2088), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Pereira, C.S., Mercês, C.A., Lopes, R.O., Souza, J.F., Souto, J.S., Brandão, M.A. (2019). Análise do conceito de conforto: contribuições para o diagnóstico de disposição para conforto melhorado. *Esc Anna Nery*. 24(2). 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0205>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pires-Júnior, J. F., Chianca, T. C., Borges, E. L., Azevedo, C., & Simino, G. P. (2021). Lesão de pele relacionada a adesivo médico em paciente com câncer: coorte prospectiva. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 29, e3500. 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5227.3500>.
- Ramos, A., Barbieri-Figueiredo, M. (coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (14). 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>.
- Ruivo, A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal: Departamento de Enfermagem. *Percursos*.15, 1-37.

- Santos, A., Bentes, M. (2019). *Manual de Integração do enfermeiro, versão 4*. Serviço de Pediatria e Cirurgia pediátrica. Hospital [REDACTED], E.P.E..
- Santos, A.S., Terra, A.C., Nogueira, J.L., Noronha, K.V., Marcatto, J.O., & Andrade, M. V. (2019). Silicone tape versus micropore tape to prevent medical adhesive-related skin injuries: systematic review and meta-analysis. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics*, 11(3), 271–282. <https://doi.org/10.21115/JBES.v11.n3.p271-82>.
- Santos, B., Sá, F., Pessan, J. E., Criveralo, L., Bergamo, L., Gimenez, V. C., Fontes, C., & Plantier, G. (2019). Formação e práxis do enfermeiro à luz das teorias de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 593–597. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>.
- Serviço Nacional de Saúde (2022). História do [REDACTED]. Obtido a 26 de abril de 2022 de [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/).
- Sharifi-Heris, Z., Farahani, L.A., Haghani, H., Abdoli-oskouee, S. & Hasanpoor-Azghady, S. B. (2018). Comparison the effects of topical application of olive and calendula ointments on children's diaper dermatitis: a triple-blind randomized clinical trial. *Dermatologic therapy*, 31 (e1273), 1-7. <https://doi.org/10.1111/dth.12731>.
- Taroc, A.M. (2017). A guide for adhesive removal: Principles, practice, and products: Combining skill and knowledge ensures safe removal. *American Nurse Today*, 12(10), 24–26.
- Tomey, A.M. & Aligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ª ed.)*. Lusociência.
- USFCSI [REDACTED] (2022). Regulamento interno.
- Vasconcelos, M., Filha, L., Godoi, C. (2021), Análise swot na gestão educacional em Goiás com o Sistema Goiás 360. *DRPES*. Goiânia, 2 (2), 1-14.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.
- White, M. (2014). Using silicone technology to maintain healthy skin in stoma care. *British*

Journal of Nursing, 23(22), 1188 – 1193.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.22.1188>.

Yuan, C., Takagi, R., Yao, X. Q., Xu, Y. F., Ishida, K., & Toyoshima, H. (2018). Comparison of the effectiveness of new material diapers versus standard diapers for the prevention of diaper rash in chinese babies: a double-blinded, randomized, controlled, cross-overstudy. *BioMed research international*, 2-6. <https://doi.org/10.1155/2018/5874184>.

APÊNDICES

Apêndice I – Plano da sessão de formação “Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele”

Plano da sessão de formação “Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele

Unidade de Pediatria Médica e Cirúrgica

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele.

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria Médica e Cirúrgica e da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

FORMADORA:

Enfermeira Leonor Sequeira (Aluna do VI Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde)

Orientadora de Estágio: EESIP Marta Bentes

Orientadora Pedagógica: Professora Margarida Malcata

LOCAL: Biblioteca da UCINP **DATA:** 30/11/2022 e 7/12/2022 **HORA:** 14h **DURAÇÃO:** 1h30m

OBJETIVO GERAL:

- ❖ **Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da prevenção das lesões cutâneas em pediatria.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção do Eritema da Fralda;
- ❖ Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção das MARSI;
- ❖ Apresentar norma de procedimento de prevenção das MARSI;
- ❖ Apresentar fluxograma de escolha de adesivos médicos;
- ❖ Apresentar cartaz da técnica de aplicação e remoção adesivos médicos.

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo (minutos)	Formadora
Introdução	- Apresentar o que se pretende com a sessão de formação.	- Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositiva	Power Point	5	Leonor Sequeira
Desenvolvimento	- Abordar a especificidade da pele em idade pediátrica.	- Caracterização da pele em idade pediátrica; - Apresentação dos fatores de risco, tipologia, incidência e prevalência das lesões cutâneas.	Expositiva	Power Point	5	Leonor Sequeira
	- Abordar o Eritema da fralda.	- Definição, fatores de risco, prevenção e tratamento.	Expositiva/Demonstrativa	Power Point	20	Leonor Sequeira
	- Abordar as MARSÍ	- Definição, fatores de risco, fisiopatologia, tipologia, prevenção e tratamento; - Apresentação de norma de procedimento de prevenção das MARSÍ; - Apresentação do fluxograma de escolha de adesivos médicos; - Apresentação do cartaz da técnica de aplicação e remoção adesivos médicos,	Expositiva/Demonstrativa	Power Point	20	Leonor Sequeira
Avaliação	- Avaliar a sessão.		Discussão de casos Questionários	Power Point Papel	15	Leonor Sequeira

Apêndice II – Folheto: o que colocar na lancheira? Exemplos de lanches saudáveis. Guia dos 3-9 anos

Folheto: o que colocar na lancheira? Exemplos de lanches saudáveis. guia dos 3-9 anos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Receita de panquecas de maçã:

Ingredientes:

- Uma maçã, dois ovos, 3 colheres de sopa de farinha de aveia ou flocos de aveia triturados, 1 colher de sobremesa de canela.

Preparação:

- Triturar a maçã até ficar em puré, bater os ovos. Num recipiente misturar a maçã, os ovos batidos e a farinha e a canela.
- Verter cerca de uma colher de sopa do preparado para uma frigideira antiaderente e deixar cozinhar por 3 a 4 minutos em lume médio/baixo.

Fonte: <https://sejamsaudaveissejamfelizes.com/panquecas-saudaveis-maca-3->

Referências Bibliográficas

Gregório, M.J., Lima, R., Sousa, S.M., Marinho, R. (2021) Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Direção-Geral de Saúde. 1-39.

Elaborado por:

Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal—Escola Superior de Saúde

Sob orientação de:

Maria Nélia Coelho, enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados

Margarida Malcata, professora Instituto Politécnico de Setúbal—Escola Superior de Saúde de Setúbal

O que colocar na lancheira?

EXEMPLOS DE LANCHES SAUDÁVEIS



A alimentação saudável é vital para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fundamental para o sucesso escolar das crianças e

GUIA DOS 3 AOS 9 ANOS

Que Alimentos a incluir na lancheira?



Que Alimentos evitar?

- Charcutaria (paio, chouriço,...)
- Refrigerantes e néctares
- Bolos de pasteleria e comerciais
- Bolachas recheadas
- Chocolates
- Barras de cereais comerciais
- Sobremesas lácteas
- Chocolate de barrar
- Pão de leite
- Iogurtes com pepitas

EXEMPLO DE MENÚ SEMANAL

	LANCHE MANHÃ	LANCHE TARDE
Segunda-feira	200 ml de leite meio-gordo e 1 maçã	½ pão de cereais com pasta de amendoim, tomate cherry e 1 iogurte sólido não açucarado
Terça-feira	iogurte sólido não açucarado	2 tostas com queijo fresco de barrar e 1 salada de fruta (kiwi, tangerina e amêndoa laminada torrada)
Quarta-feira	1 banana e 1 queijo redondo (20 g)	Panquecas de pera
Quinta-feira	1 brigadeiro de maçã e 1 iogurte líquido não açucarado	½ pão de mistura com pasta de grão e cenoura, 1 banana e 200 ml de leite meio-gordo
Sexta-feira	200 ml de leite meio-gordo e 2 bolachas de milho com sementes	iogurte sólido não açucarado com puré de maçã e 2 colheres de sopa de flocos de aveia



Apêndice III – Folheto: O que colocar na lancheira? Exemplos de lanches saudáveis.
Guia dos 10-18 anos

Folheto: O que colocar na lancheira? Exemplos de lanches saudáveis. Guia dos 10-18 anos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Receita de panquecas de maçã:

Ingredientes:

- Uma maçã, dois ovos, 3 colheres de sopa de farinha de aveia ou flocos de aveia triturados, 1 colher de sobremesa de canela.

Preparação:

- Triturar a maçã até ficar em puré, bater os ovos. Num recipiente misturar a maçã, os ovos batidos e a farinha e a canela.
- Verter cerca de uma colher de sopa do preparado para uma frigideira antiaderente e deixar cozinhar por 3 a 4 minutos em lume médio/baixo.

Fonte: <https://sejamsaudaveissejamfelizes.com/panquecas-saudaveis-maca-3/>

Referências Bibliográficas

Gregório, M.J., Lima, R., Sousa, S.M., Marinho, R. (2021) Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Direção-Geral de Saúde. 1-39.

Elaborado por:

Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal—Escola Superior de Saúde

Sob orientação de:

Maria Nélia Coelho, enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados

Margarida Malcata, professora Instituto Politécnico de Setúbal—Escola Superior de Saúde Setúbal

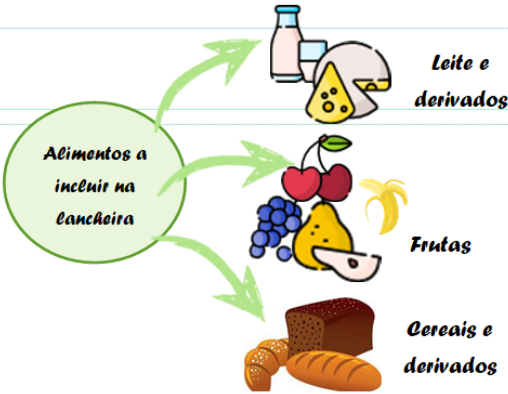
O que colocar na Lancheira?

EXEMPLOS DE LANCHES SAUDÁVEIS



A alimentação saudável é vital para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fundamental para o sucesso escolar das crianças e

GUIA DOS 10 AOS 18



Que Alimentos Evitar ?

- Charcutaria (paio, chouriço,...)
- Refrigerantes e néctares
- Bolos de pastelaria e comerciais
- Bolachas recheadas
- Chocolates
- Barras de cereais comerciais
- Sobremesas lácteas
- Chocolate de barrar
- Pão de leite
- logurtes com pepitas



EXEMPLO DE EMENTA SEMANAL

	LANCHE MANHÃ	LANCHE TARDE
Segunda-feira	200 ml de leite meio-gordo, 1 maçã e 2 tostas	1 pão de cereais com pasta de amendoim, tomate cherry e 1 iogurte sólido não açucarado
Terça-feira	logurte sólido não açucarado + 4 c. s. de cereais de milho sem açúcar (20 g)	4 tostas com queijo fresco de barrar e 1 salada de fruta (kiwi, tangerina e amêndoa laminada torrada)
Quarta-feira	1 banana, 1 queijo redondo (20 g) e 2 nozes (10 g)	Panquecas de pera e 200 ml de leite meio-gordo
Quinta-feira	3 brigadeiros de maçã e 1 iogurte líquido não açucarado	1 pão de mistura com pasta de grão e cenoura, 1 banana e 200 ml de leite meio-gordo
Sexta-feira	200 ml de leite meio-gordo, 2 bolachas de milho com sementes e 1 pera	logurte sólido não açucarado com puré de maçã e 4 colheres de sopa de flocos de aveia



Apêndice IV – Cartaz: Exemplo de ementa semanal dos 3-9 anos

Cartaz: Exemplo de ementa semanal dos 3-9 anos



Lanches Escolares

Exemplo de ementa semanal - dos 3 aos 9 anos

A alimentação saudável é vital para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fundamental para o sucesso escolar das crianças e jovens.

O que colocar na lancheira do seu filho?

Alimentos a incluir:

- Leite e derivados
- Fruta
- Cereais e derivados



Alimentos a evitar:

- Charcutaria (paio, chouriço,...)
- Refrigerantes e néctares
- Bolos de pastelaria e comerciais
- Bolachas recheadas
- Chocolates
- Barras de cereais comerciais
- Sobremesas lácteas
- Chocolate de barrar
- Pão de leite

	LANCHE MANHÃ	LANCHE TARDE
Segunda-feira	200 mL de leite meio-gordo e 1 maçã	½ pão de cereais com pasta de amendoim, tomate cherry e 1 iogurte sólido não açucarado
Terça-feira	iogurte sólido não açucarado	2 tostas com queijo fresco de barrar e 1 salada de fruta (kiwi, tangerina e amêndoa laminada torrada)
Quarta-feira	1 banana e 1 queijo redondo (20 g)	Panquecas de pera
Quinta-feira	1 brigadeiro de maçã e 1 iogurte líquido não açucarado	½ pão de mistura com pasta de grão e cenoura, 1 banana e 200 mL de leite meio-gordo
Sexta-feira	200 mL de leite meio-gordo e 2 bolachas de milho com sementes	iogurte sólido não açucarado com puré de maçã e 2 colheres de sopa de flocos de aveia

Em caso de dúvida, contate o seu enfermeiro de família.

Referências Bibliográficas

Gregório, M.J., Lima, R., Sousa, S.M., Marinho, R. (2021) Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Direção-Geral de Saúde. 1-39.

Fonte das figuras: Slidesgo®

Elaborado por: Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Nélia Coelho, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados; Margarida Malcata Professora no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Apêndice V – Cartaz: Exemplo de ementa semanal dos 10-18 anos

Cartaz: Exemplo de ementa semanal dos 10-18 anos



Lanches Escolares

Exemplo de ementa semana - Dos 10 aos 18 anos

A alimentação saudável é vital para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. É fundamental para o sucesso escolar das crianças e jovens.

O que colocar na lancheira do seu filho?

Alimentos a incluir:

- Leite e derivados
- Fruta
- Cereais e derivados

Alimentos a evitar:

- Charcutaria (paio, chouriço,...)
- Refrigerantes e néctares
- Bolos de pastelaria e comerciais
- Bolachas recheadas
- Chocolate
- Barras de cereais comerciais
- Sobremesas lácteas
- Chocolate de barrar
- Pão de leite



	LANCHE MANHÃ	LANCHE TARDE
Segunda-feira	200 mL de leite meio-gordo, 1 maçã e 2 tostas	1 pão de cereais com pasta de amendoim, tomate cherry e 1 iogurte sólido não açucarado
Terça-feira	Iogurte sólido não açucarado + 4 c. s. de cereais de milho sem açúcar (20 g)	4 tostas com queijo fresco de barrar e 1 salada de fruta (kiwi, tangerina e amêndoa laminada torrada)
Quarta-feira	1 banana, 1 queijo redondo (20 g) e 2 nozes (10 g)	Panquecas de pera e 200 mL de leite meio-gordo
Quinta-feira	3 brigadeiros de maçã e 1 iogurte líquido não açucarado	1 pão de mistura com pasta de grão e cenoura, 1 banana e 200 mL de leite meio-gordo
Sexta-feira	200 mL de leite meio-gordo, 2 bolachas de milho com sementes e 1 pera	Iogurte sólido não açucarado com puré de maçã e 4 colheres de sopa de flocos de aveia

Em caso de dúvida, contate o seu enfermeiro de família.

Referências Bibliográficas

Gregório, M.J., Lima, R., Sousa, S.M., Marinho, R. (2021) Guia para Lanches Escolares Saudáveis. Direção-Geral de Saúde. 1-39.

Fonte das figuras: Slidesgo®

Elaborado por: Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Nélia Coelho, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da Unidade de Saúde Familiar e Integrada de Saúde Integrados; Margarida Malcata Professora no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Apêndice VI – Folheto “Higiene Nasal nas crianças: Porquê?”

85

Apêndice VII – Plano da sessão de formação sobre Lavagem Nasal

Plano da sessão de formação sobre lavagem nasal

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Apresentação do Folheto “Higiene Nasal nas crianças: Porquê?”

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

FORMADORAS:

Cátia Vilhana, aluna 13º curso Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

Leonor Sequeira, aluna VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Orientadoras de Estágio:

Miriam Almeida—Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação da USF-CSI

Maria Nélia Coelho—Enfermeira Especialista em saúde Infantil e pediátrica da USF-CSI

Orientadora Pedagógica:

Professora Margarida Malcata

LOCAL: Sala 14 **DATA:** 12 de janeiro de 2023 **HORA:** 13.30h **DURAÇÃO:** 20m

OBJETIVO GERAL:

- ❖ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da lavagem nasal como estratégia preventiva das infeções respiratórias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Uniformizar o procedimento;
- Alertar para as vantagens da lavagem nasal;
- Facilitar o ensino aos pais/cuidadores.

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo (minutos)	Formadora
Introdução	- Apresentar o que se pretende com a sessão de formação.	- Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos da sessão	Expositiva	Power Point	5	Cátia Vilhena
	- Apresentação do folheto “Higiene Nasal nas crianças: Porquê?” - Demonstração da técnica da lavagem	- Apresentação do conteúdo do folheto: • Particularidade da respiração em crianças; • Funções do nariz; • Doenças respiratórias; • Benefícios da lavagem nasal; • Periodicidade; • Material necessário; • Ensino da técnica do assoar de acordo com faixa etária; • Procedimento da técnica de lavagem nasal; • Autoria e referências bibliográficas. - Visualização de filme sobre lavagem nasal.	Expositiva/Demonstrativa	Power Point	10	Cátia Vilhena Leonor Sequeira
Avaliação	Avaliação da sessão		Discussão em equipa	Power Point	5	Leonor Sequeira Cátia Vilhena

Apêndice VIII – Folheto “Assadura da Fralda ou Eritema da Fralda”

Folheto “Assadura da Fralda ou Eritema da Fralda”

Por que tipo de fralda devo optar? Quanto ao tipo de fralda a utilizar, deve optar por uma de três camadas (uma superior, uma central absorvente e outra respirável) com núcleo de gel, pois absorvem rapidamente as fezes e a urina, limitando o seu contato com a pele.  Se os sintomas persistirem ou agravarem consulte o seu enfermeiro de família. Realizado por: Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Sob orientação de: Nélia Coelho, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria da Unidade de Saúde Familiar, Cuidados de Saúde Integrados; Margarida Malcata Professora no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde	Referências bibliográficas https://www.ichn.ch/what-we-do/projects/health-icnptm/cnp-browser Yuan, C., Takagi, R., Yao, X., Xu, Y., Ishida, K., & Toyoshima, H. (2018). Comparison of the effectiveness of new material diapers versus standard diapers for the prevention of diaper rash in chinese babies: a double-blinded, randomized, controlled, cross-over study. <i>Hidawi, Biomed Research International</i>, 2018, 1-6 Sharifi-Heris, Z., Farahani, L.A., Haghighi, H., Abdoli-Askoei, S. & Hasanpoor-Azghady, S. B. (2018). Comparison the effects of topical application of olive and calendula ointments on children's diaper dermatitis: a triple-blind randomized clinical trial. <i>Dermatologic therapy</i>, 31 (e1273): 1-7 Hockenberry, M.J., Wilson, D., (2014) <i>Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente</i>. 9ª ed, Vol I e Vol II. Lusociência - Edições técnicas e Científicas. ISBN-978-989-748-004-1 Siegle, C.K., Adamey, E.K., Sousa, P.A. & Zanatta, E.A. (2020) Subconjunto terminológico da CIPE para lactentes na atenção primária à saúde. <i>Rev Bras Enferm</i> 73(6):1-9 Deigado, B.S., Costa, R. Vesco, S.N., Santos, F.A. & Santos, S.V., (2019) Estratégias de cuidado com a pele do recém-nascido em unidade de internação neonatal. <i>ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.</i>, 16, (e319): 1-9. https://doi.org/10.30885/estima.v16.n3c_PT Meszes, A., Tálosi, G., Máder, K., Orvos, H., Kemény, L., Csoma, Z.R. (2017). Lesions requiring wound management in a central tertiary neonatal intensive care unit. <i>World J Pediatr</i>, 13(12): 165-172	Assadura da Fralda ou Eritema da fralda  Fonte: Google
--	--	--

O que é a Assadura da Fralda ou Eritema da Fralda? É uma inflamação que aparece na pele protegida pela fralda. Inicialmente pode apresentar-se como um eritema assintomático, mas pode evoluir para uma infecção secundária. É doloroso provoca agitação, choro, irritabilidade, alterações do padrão do sono, dificuldades alimentares e grande ansiedade nos pais dos bebés.  Figura 1: Evolução da assadura/eritema da fralda Porque acontece? A esta lesão de pele está associada à incontinência, ao uso de produtos químicos, utilizados no fabrico de produtos de higiene para o bebé, por exemplo, a toma de medicamentos como os antibióticos, a humidade, a oclusão da área da fralda, a	aderência de produtos de eliminação, a fricção e a incompleta função de barreira da pele. É mais frequente nas crianças alimentadas com formulas lácteas do que as com leite materno.  Como prevenir? Para prevenir deve ter alguns cuidados durante a mudança da fralda: ▼ Mudar a fralda frequentemente (de 3 em 3 horas); ▼ Limpar a pele coberta pela fralda, lavando com compressas e água morna, sem fazer fricção. É desaconselhado utilizar toalhetes, pois estas contêm substâncias químicas que podem irritar a pele e provocar ardor; ▼ Secar a pele. 	Como tratar? Deve manter os cuidados relativos a cada mudança da fralda e assim que a pele começar a ficar vermelha, aplicar creme barreira a base de óxido de zinco ou dexapantenol; Qual o creme barreira mais indicado? Existem inúmeras opções de cremes barreira no mercado, com quantidades variáveis de óxido de zinco e de dexapantenol (de 10 a 50%). Deve optar por um que contenha a maior quantidade destas substâncias. Para tal, deve ler o rótulo da embalagem. Por exemplo, quando o rótulo diz que possui 100mg/g de óxido de zinco, significa que o creme é constituído por 10% desta substância. Não é benéfico alterar o creme barreira logo após algumas aplicações, ou quando não se obtêm resultados imediatos. O tempo mínimo recomendando de duração do tratamento do eritema da fralda são dois dias.
--	---	---

Apêndice IX – Plano da sessão de formação sobre Eritema da Fralda

Plano da sessão de formação sobre eritema da fralda

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Apresentação do Folheto “Assadura da Fralda ou Eritema da fralda “

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

FORMADORAS:

Leonor Sequeira, aluna VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.

Orientadora de Estágio:

Maria Nélia Coelho—Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da USF-CSI

Orientadora Pedagógica:

Professora Margarida Malcata

LOCAL: Sala 14 **DATA:** 09 de janeiro de 2023 **HORA:** 14 h **DURAÇÃO:** 20m

OBJETIVO GERAL:

- ❖ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da prevenção do Eritema da Fralda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Uniformizar a informação a fornecer aos pais/cuidadores;
- Alertar para a dor e o desconforto que o Eritema da Fralda origina
- Facilitar o ensino aos pais/cuidadores.

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo (minutos)	Formadora
Introdução	- Apresentar o que se pretende com a sessão de formação.	- Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos da sessão	Expositiva	Power Point	5	Leonor Sequeira
	- Apresentação do folheto “Assadura da Fralda ou Eritema da fralda”; - Apresentação de produtos (fraldas e cremes barreira).	- Apresentação do conteúdo do folheto: → Definição do Eritema da Fralda; → Fisiopatologia; → Prevenção; → Tratamento; → Indicações para a escolha do creme barreira; → Indicações para a escolha da fralda; → Autoria e referências bibliográficas. → Interpretação dos rótulos das embalagens.	Expositiva/Demonstrativa	Power Point	10	Leonor Sequeira
Avaliação	Avaliação da sessão		Discussão em equipa	Power Point	5	Leonor Sequeira

Apêndice X – Resumo do artigo Científico “Efetividade das intervenções para prevenção das Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos em contexto pediátrico: uma scoping review”

Resumo do artigo Científico “Efetividade das intervenções para prevenção das Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos em contexto pediátrico: uma scoping review”

Introdução: Os adesivos médicos são amplamente utilizados nos cuidados de saúde. As Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos (MARSI -Medical Adhesive-Related Skin Injuries) podem ocorrer a qualquer indivíduo a que seja aplicado um adesivo médico. No entanto, a população pediátrica está particularmente mais suscetível a este tipo de lesões devido às características da sua pele. As MARSI são consideradas eventos adversos passíveis de serem prevenidas com grande impacto na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivo: Explorar e mapear a evidência científica disponível sobre as estratégias de prevenção das MARSI em contexto pediátrico.

Metodologia: Foi efetuado uma *scoping review*, segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A seleção, a extração e a síntese dos dados foi efetuada por três revisores independentes.

Resultados: Foram identificados onze estudos, publicados de 2014 a 2022. As principais estratégias de prevenção das MARSI identificadas incluem a utilização de produtos protetores cutâneos e removedores de adesivos, a utilização de novos produtos adesivos mais eficazes e menos lesivos, a utilização de técnica de aplicação e remoção de adesivos menos agressiva e a formação dos profissionais de saúde nesta área.

Conclusão: A temática das MARSI em contexto pediátrico é pouco investigada, apontando-se a necessidade da realização de estudos que produzam evidência científica sobre estratégias de prevenção destas lesões na criança.

Palavras-chave: Pediatria, Ferimentos e lesões; Adesivos; Cuidados de enfermagem; Revisão.

Apêndice XI - Atividades e recursos planeados por objetivo

Atividades e recursos planeados por objetivo

Unidade de Urgência Pediátrica

Objetivo específico: Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSÍ	
Atividades	Recursos
• Reunir evidência científica sobre MARSÍ. • Aplicar questionário sobre MARSÍ à equipa de enfermagem; • Realizar encontros formativos, nos momentos de passagem de turno, sobre MARSÍ com foco nas temáticas seguintes: ▪ Definição de MARSÍ; ▪ Fatores de risco associados; ▪ Tipologias de MARSÍ; ▪ Estratégias de prevenção; ▪ Registos de enfermagem; ▪ AUM mais indicados em pediatria; ▪ Materiais existentes no serviço e sua correta utilização. • Propor a aquisição de protetores cutâneos e de remove-dores de adesivo (caso não existam). • Elaborar póster informativo	Materiais: • Sala de pessoal; • Computador; • Fotografias; • AUM; • Bases de dados científicas. Humanos: • Enfermeiro chefe do SUP; • Enfermeiro Orientador; • Enfermeiros do SUP; • Preletor.
Objetivo específico: Elaborar norma de cuidados com a utilização e remoção de AUM	
Atividades	Recursos
• Reunir evidência sobre MARSÍ; • Reunir evidência sobre as melhores técnicas de aplicação e remoção de AUM; • Obter o <i>layout</i> das normas do serviço e respetivo logotipo do HGO; • Elaborar uma pré-norma; • Submeter a pré-norma à apreciação da chefia do serviço; • Fazer as alterações necessárias; • Combinar data de entrada em vigor da norma.	Materiais: • Computador; • Bases de dados científicas. Humanos: • Enfermeiro chefe da UP; • Enfermeira orientadora; • Enfermeiro dinamizador do projeto.

Objetivo específico: Uniformizar registos de enfermagem das MARSIs	
Atividades	Recursos
- Consultar o manual do Sclínico® - Identificar a melhor metodologia para registar as MARSIs no Sclínico®; - Apresentar norma de procedimento de utilização e remoção dos AUM;	Materiais: - Computador; - Bases de dados científicas Humanos: - Enfermeiro chefe da UP; - Enfermeiros da UP - Enfermeiro orientador; - Preletor

Unidade de Pediatria Médica e Cirúrgica

Objetivo específico: Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSIs	
Atividades	Recursos
- Reunir evidência científica sobre MARSIs. - Reunir com Enfermeira Gestora da UPM - Reunir com Enfermeira Orientadora - Realizar ação de formação sobre MARSIs com foco nas temáticas seguintes: - Definição de MARSIs; - Fatores de risco associados; - Tipologias de MARSIs; - Estratégias de prevenção; - Registos de enfermagem; - AUM mais indicados em pediatria; - Materiais existentes no serviço e sua correta utilização. - Elaborar cartaz para publicitação da ação de formação; - Aplicar questionário de satisfação da ação de formação; - Propor a aquisição de protetores cutâneos e de remove-dores de adesivo (caso não existam); - Elaborar fluxograma de escolha de AUM; - Elaborar cartaz elucidativo da técnica de aplicação e remoção de AUM; - Elaborar grelha de observação de aplicação e remoção de AUM.	Materiais: - Sala de pessoal; - Computador; - Fotografias; - AUM; - Bases de dados científicas. Humanos: - Enfermeiro Gestor da UPM; - Enfermeiro Orientador; - Enfermeiros da UPM; - Preletor.

Objetivo específico: Elaborar norma Prevenção de MARSÍ	
Atividades	Recursos
• Reunir evidência sobre MARSÍ; • Reunir evidência sobre as melhores técnicas de aplicação e remoção de AUM; • Obter o <i>layout</i> das normas do serviço e respetivo logotipo do HGO; • Elaborar uma pré-norma; • Submeter a pré-norma à apreciação da chefia do serviço; • Fazer as alterações necessárias; • Combinar data de entrada em vigor da norma.	Materiais: • Computador; • Bases de dados científicas. Humanos: • Enfermeiro Gestor da UPM; • Enfermeira orientadora; • Enfermeiro dinamizador do projeto.
Objetivo específico: Uniformizar registos de enfermagem das MARSÍ	
Atividades	Recursos
• Consultar o manual do Scĺnico® • Identificar a melhor metodologia para registar as MARSÍ no Scĺnico®; • Apresentar norma de procedimento de utilização e remoção dos AUM.	Materiais: • Computador; • Bases de dados científicas. Humanos: • Enfermeiro chefe do IPM; • Enfermeiros do IPM; • Enfermeiro orientador; • Preletor.
Objetivo específico: Capacitar os pais/acompanhantes das crianças e jovens para a prevenção das MARSÍ, na remoção de AUM	
Atividades	Recursos
• Incentivar a presença dos acompanhantes das crianças atendidas na UPM, durante o procedimento de remoção de adesivos médicos, nomeadamente dos acessos venosos, no momento da alta; • Ensinar e instruir os pais/acompanhantes das crianças e jovens atendidas na UPM a retirarem os adesivos de utilização médica, após alta para o domicílio recomendando: • a utilização de removedores de adesivos recomendados pela evidencia e de fácil acesso no domicílio (Ex.: água ou óleo de amêndoas doces); • a remoção do adesivo médico no sentido no do crescimento dos pelos.	Materiais: • Removedores de adesivos; • AUM. Humanos: • Enfermeiros da UPM; • Enfermeiro orientador; • Aluno estagiário EESIP.

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

Objetivo específico: Capacitar os enfermeiros para a prevenção de MARSÍ	
Atividades	Recursos
• Reunir evidência científica sobre MARSÍ. • Reunir com Enfermeira Coordenadora da USF CSI Seixal • Reunir com Enfermeira Orientadora • Compor um dossier com materiais sobre MARSÍ, nomeadamente: • Definição, • Fisiopatologia; • Tipologia das MARSÍ no adulto e na criança; • Tipos de adesivo médico, indicações vantagens e desvantagens da sua utilização; • Tratamento; • Técnica de aplicação e remoção de AUM; • Artigos científicos sobre as MARSÍ • Apresentar o dossier à equipa em sessão de formação em serviço; • Elaborar grelha de observação de aplicação e remoção de AUM.	Materiais: • Sala de pessoal; • Computador; • Fotografias; • AUM; • Bases de dados científicas. Humanos: • Enfermeiro Coordenador da USF CSI Seixal; • Enfermeiro Orientador; • Enfermeiros da USF CSI Seixal;

Objetivo específico: Capacitar os pais/acompanhantes das crianças e jovens para a prevenção das MARSIs, na remoção de AUM	
Atividades	Recursos
• Ensinar e instruir os pais/acompanhantes das crianças e jovens atendidas na USFS a técnica de remoção de AUM • Informar sobre e a utilização de removedores de adesivos recomendados pela evidência e de fácil acesso no domicílio (Ex.: água ou óleo de amêndoas doces); • Elaborar cartaz informativo sobre MARSIs • Afixar o Cartaz na sala de espera	Materiais: • Removedores de adesivos; • AUM. Humanos: • Enfermeiros da UPM; • Enfermeiro orientador; • Aluno estagiário EESIP.

Apêndice XII – Cronograma de atividades

Cronograma de atividades

Unidade de Urgência Pediátrica

		1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana
Diagnóstico da situação	Pesquisa e revisão da literatura						
	Análise SWOT						
	Entrevista não estruturada Enfermeira Chefe da UP						
	Questionário equipa de enfermagem						
	Tratamento dos dados obtidos através do questionário						
	Identificação do problema						
Planeamento	Definição dos objetivos						
	Planeamento das atividades						
Execução	Implementação das atividades						
Avaliação							

Unidade de Pediatria Médica e Cirúrgica

		1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana	5ª semana	6ª semana
Diagnóstico da situação	Pesquisa e revisão da literatura						
	Análise SWOT						
	Entrevista não estruturada Enfermeira Orientadora						
	Entrevista não estruturada Enfermeira Gestora do UPM						
	Identificação do problema						
Planeamento	Definição dos objetivos						
	Planeamento das atividades						
Execução	Implementação das atividades						
Avaliação	Grelha de observação						

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

		1 ^a semana	2 ^a semana	3 ^a semana	4 ^a semana	5 ^a semana	6 ^a semana
Diagnóstico da situação	Pesquisa e revisão da literatura						
	Análise SWOT						
	Entrevista não estruturada Enfermeira Orientadora						
	Entrevista não estruturada Enfermeira Coordenadora da USF CSI Seixal						
	Identificação do problema						
Planeamento	Definição dos objetivos						
	Planeamento das atividades						
Execução	Implementação das atividades						
Avaliação	Grelha de observação						

Apêndice XIII – Questionário sobre MARSI

Questionário sobre MARSÍ

Este questionário destina-se a efetuar um levantamento das necessidades formativas na Unidade de Urgência Pediátrica sobre a temática das MARSÍ e é realizado no âmbito do VI Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Unidade Curricular de Estágio Final, do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. Foi elaborado pela enfermeira Leonor Sequeira sob orientação da enfermeira Paula Figueiredo e orientação pedagógica da professora Margarida Malcata.

O presente questionário é anónimo, e o destinatário pode desistir do seu preenchimento a qualquer momento, para tal basta não o submeter.

Agradeço desde já a colaboração de todos os enfermeiros da equipa da Urgência Pediátrica.

I – Dados demográficos

Género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Idade:

- ☐ Dos 20 aos 30 anos
- ☐ Dos 30 aos 40 anos
- ☐ Dos 40 aos 50 anos
- ☐ Mais de 50 anos

Tempo de exercício profissional

- ☐ 1 a 5 anos
- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ 10 a 15 anos
- ☐ 15 a 20 anos
- ☐ Mais de 20 anos

Tempo de exercício na área dos cuidados pediátricos

- ☐ 1 a 5 anos
- ☐ 5 a 10 anos
- ☐ 10 a 15 anos
- ☐ 15 a 20 anos
- ☐ Mais de 20 anos

II

Com que frequência considera que as lesões de pele associadas a adesivos médicos (MARSÍ), ocorrem na Unidade de Urgência Pediátrica?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Frequente
- ☐ Muito frequente

Em qual/ quais procedimento(s) considera ser mais provável(s) de causar MARSÍ na Unidade de Urgência Pediátrica?

- ☐ Na remoção dos elétrodos de monitorização cardíaca
- ☐ Na remoção dos pensos dos acessos venosos

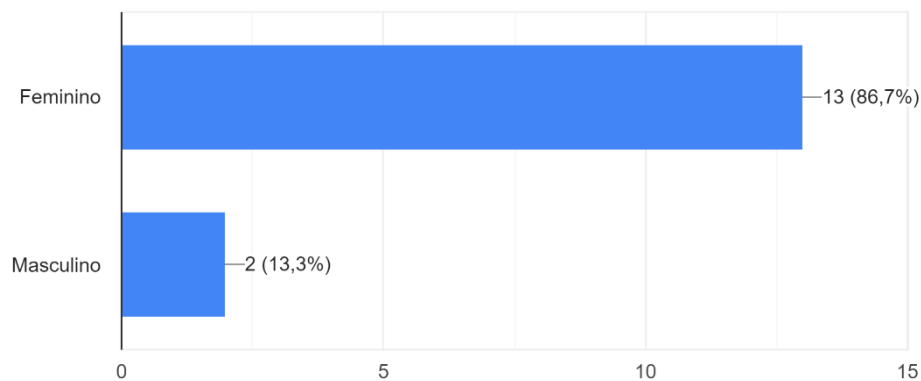
☐ Na remoção do sensor de oximetria de pulso ☐ Todas as hipóteses anteriores ☐ Outra. Qual?
Que tipo de lesão de pele considera que a utilização de adesivos médicos pode provocar? ☐ Dermatite de contato ☐ Dermatite alérgica ☐ Maceração ☐ Vesículas de tensão ☐ Cortes ☐ Remoção da epiderme ☐ Outras. Quais?
Quais os fatores de risco que considera facilitarem a ocorrência das MARSIs? ☐ Idade inferior a 5 anos ☐ Utilização prévia de adesivos ☐ Humidade ☐ Desidratação ☐ Desnutrição ☐ Condições clínicas e dermatológicas Utilização de medicamentos
Qual o tipo de adesivo que considera ser menos lesivo? ☐ Tecido de algodão, castanho com borda serrilhada ☐ Adesivo de acrílico tipo Mepore® ☐ Película de poliuretano transparente tipo TEGADERM® ☐ Placa hidrocoloide ☐ Penso de látex - tipo penso rápido
Que estratégias considera úteis para prevenir a ocorrência de MARSIs? ☐ Existência de norma sobre aplicação e remoção de adesivos médicos ☐ Existência de produtos protetores cutâneos ☐ Existência de produtos específicos para remoção de adesivos médicos ☐ Existência de adesivos de poliuretano (tipo tegaderme®) ☐ Existência de pensos de silicone tipo Mepitel® ☐ Existência de placas hidrocoloide ☐ Todas as hipóteses ☐ Outra. Qual?
Quando diagnostica uma MARSi costuma registá-la no processo da criança/jovem? ☐ Sim ☐ Não
Se respondeu sim na questão anterior, como costuma registar? ☐ Lesão traumática ☐ Maceração ☐ Outro. Qual?

Apêndice XIV – Resultado do questionário sobre MARSÍ

Resultado do questionário sobre MARSÍ

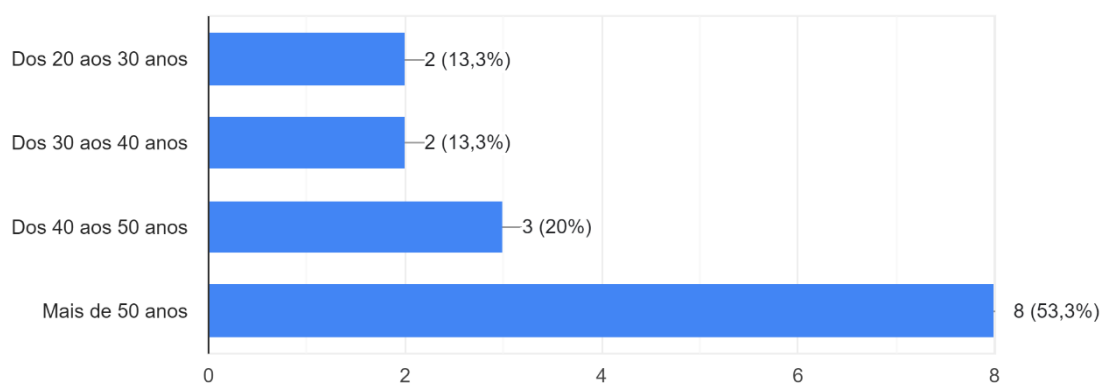
Género:

15 respostas



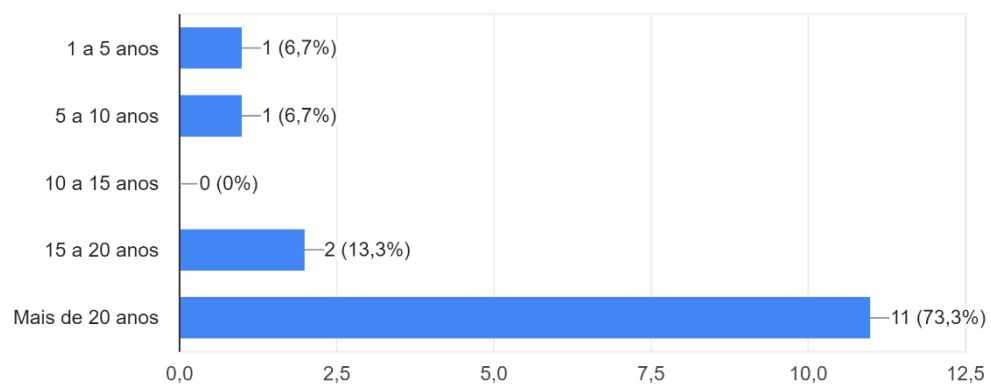
Idade:

15 respostas



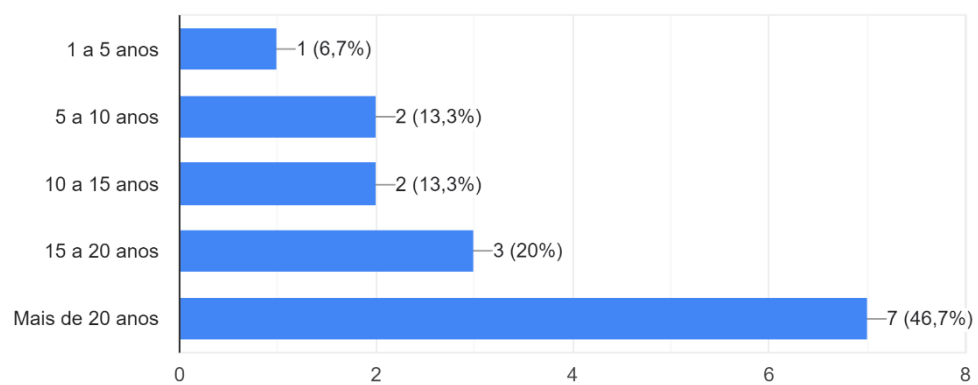
Tempo de exercício profissional

15 respostas



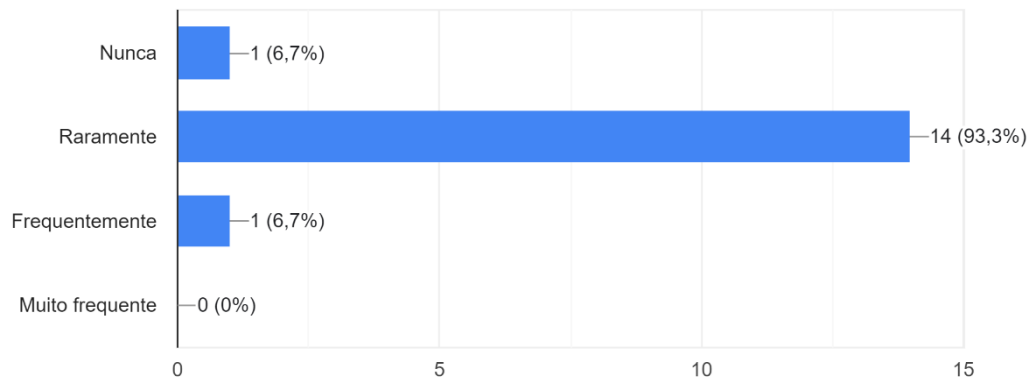
Tempo de exercício na área dos cuidados pediátricos

15 respostas



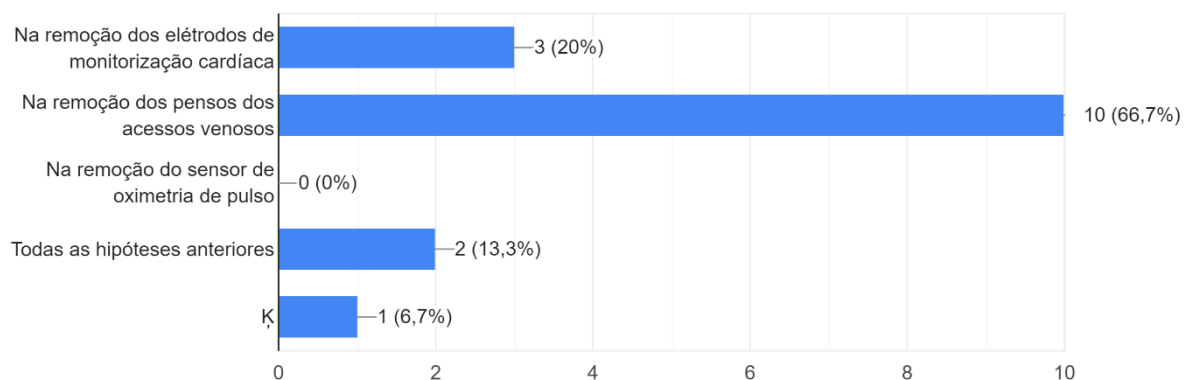
Com que frequência considera que as lesões de pele por adesivos médicos (MARSI), ocorrem na Unidade de Urgência Pediátrica?

15 respostas



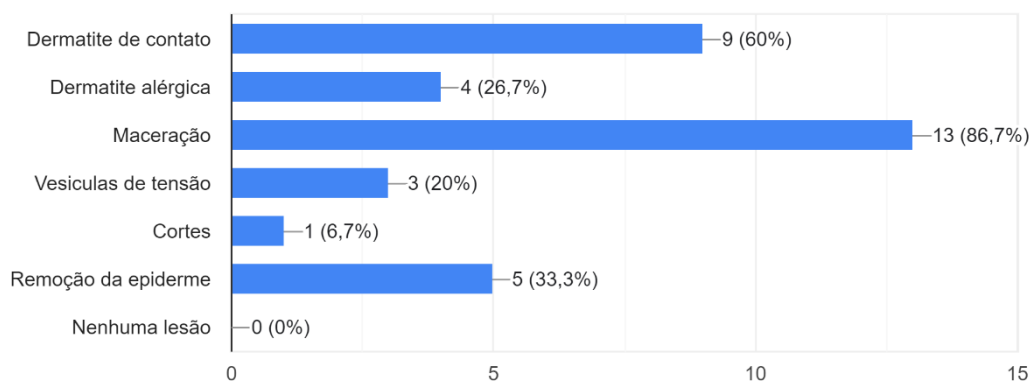
Em qual/quais procedimento(s) considera ser mais provável(s) de causar MARSI na Unidade de Urgência Pediátrica?

15 respostas



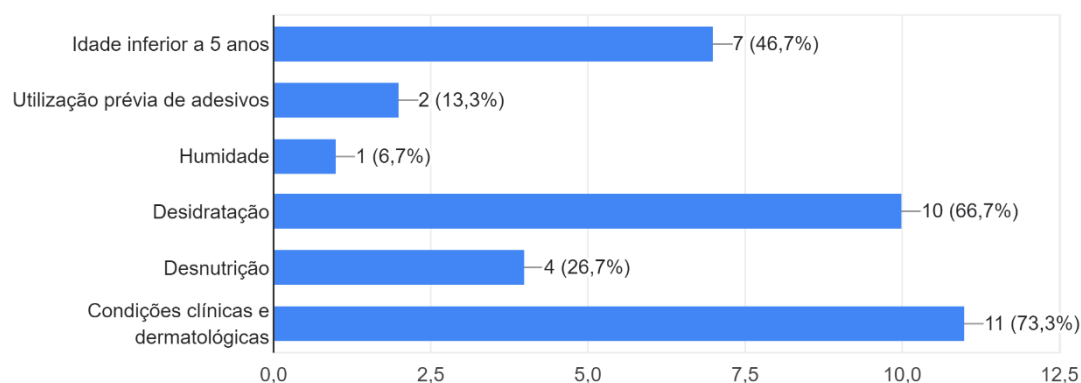
Que tipo de lesão de pele considera que a utilização de adesivos médicos podem provocar?

15 respostas



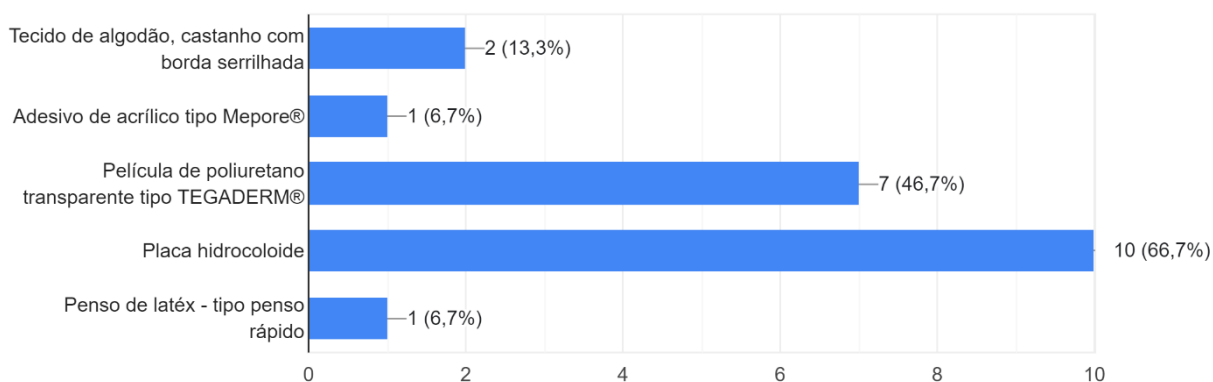
Quais os fatores de risco que considera facilitar a ocorrência de MARSI

15 respostas



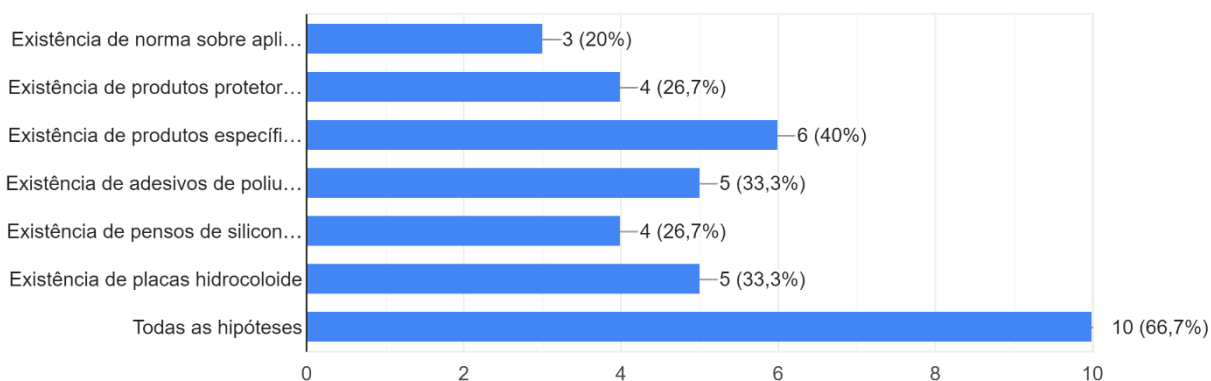
Qual o tipo de adesivo que considera ser menos lesivo?

15 respostas



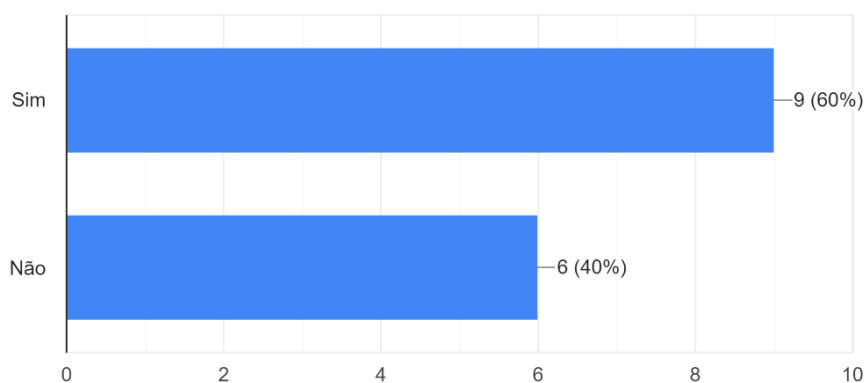
Que estratégias considera úteis para prevenir a ocorrência de MARSÍ?

15 respostas



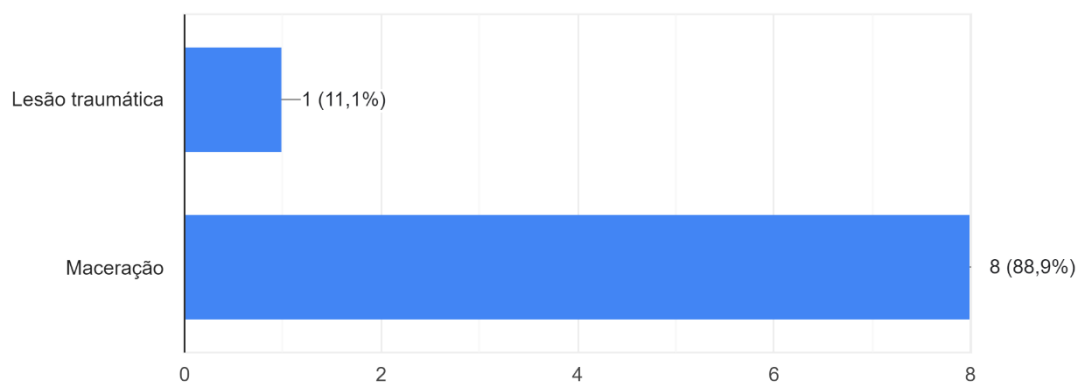
Quando diagnostica uma MARSÍ, costuma registá-la no processo da criança/jovem?

15 respostas



Se respondeu SIM na questão anterior, como costuma registar?

9 respostas



Apêndice XV– Póster MARSI

Póster MARSÍ



MARSÍ – Medical Adhesive Related Skin Injury

(Lesão da pele por adesivos médicos)

Leonor Sequeira¹; Paula Figueiredo²; Margarida Malcata³

¹Aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde ; ²Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica ; ³Professora no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Definição:

Danos da pele relacionados com o uso de produtos adesivos de utilização médica ou dispositivos como fitas, pensos, produtos para estoma, elétrodos, adesivos contendo medicação e tiras de aproximação dos bordos das feridas (Downie & Collier, 2021)

Fisiopatologia:

As MARSÍ ocorrem quando as ligações entre as camadas de pele e o adesivo médico são mais fortes do que entre as células individuais do paciente, causando a separação entre as camadas epidérmicas ou até a separação da epiderme da derme (Downie & Collier 2021).

Enquadramento:

- As MARSÍ são consideradas eventos adversos preveníveis (Pires-Júnior, Chianca, Borges, Azevedo & Simino, 2021);
- Quando as técnicas corretas para aplicação e remoção de produtos adesivos não são respeitadas, pode ocorrer trauma tecidual (Hitchcock, et al., 2021);
- Este tipo de lesões têm impacto na segurança e qualidade de vida dos pacientes, elevando os gastos em saúde (Hitchcock, et al., 2021);
- Qualquer pessoa que necessite de um adesivo médico está em risco de desenvolver MARSÍ. O risco aumenta com a necessidade de aplicações e remoções repetidas (Fumarola, et al., 2020);
- As crianças, por ainda não apresentarem a pele plenamente desenvolvida, possuem risco aumentado de desenvolverem MARSÍ (Fumarola, et al., 2020);
- A estas lesões está associada a dor, o aumento de complicações, infeção, cronicidade e/ou cicatrizes (Alcántara, et al., 2018; Fumarola, et al., 2020; Downie & Collier, 2021).

Tipos de MARSÍ



Prevenção:

- 01 AVALIAÇÃO A PELE** 
Temperatura/Cor/Humidade/Turgor/
Fragilidade/Integridade
- 02 SELEÇÃO DO ADESIVO** 
Tipo/Finalidade/Área que cobre
- 03 TÉCNICA DE APLICAÇÃO E REMOÇÃO** 
Utilizar protetor cutâneo;
Utilizar removedor de adesivos;
Remover adesivo com suavidade.

Referências bibliográficas:

Alcántara, C.M., et al., (2021) Prevalência de lesão de pele relacionada a adesivos médicos e fatores associados em unidades críticas cardiológicas. *Rev. Br. Enferm. USP*, 55: e20208. 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0159>

Downie, F. & Collier, M., (2021) Medical Adhesive Related Skin Injury (MARSÍ): Wounds UK Made Easy. *Wounds UK*, 17 (2): 84-88

Fumarola, S., Allaway R., Callaghan R. et al., (2020) Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. *J Wound Care* 29:52-24

Hitchcock, J., Hough, D.A., Martins, N., & Davies, S. (2021). Preventing medical adhesive-related skin injury (MARSÍ). *British Journal of Nursing*, 30 (25), 548-556. <https://doi.org/10.1108/bjn-2021-06-15-009>

Lund, Carolyn, et al (2024) Medical Adhesives in the NICU. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 14(4):100-105. https://www.medscape.com/viewarticle/938256_4

McNicol, L., Lund, C., Rosen, T., Gray, M. (2023) Medical Adhesives and patient safety: state of science, consensus statements of the assessment, prevention and treatment of adhesive-related skin injuries. *J Wound Care*, 36:5-10

Pires-Júnior, J., Chianca, T., Borges, F., Azevedo, C. & Simino, G. (2021) Lesão de pele relacionada a adesivo médico em paciente com câncer: coerente prospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 29: e3593. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5227.0501>

Apêndice XVI – Cartaz MARSÍ UUP

Cartaz MARSÍ UUP



Apêndice XVII – Formação sobre MARSI UUP

Formação sobre MARSI UUP

Vamos falar de MARSI

01. Conceito e fisiopatologia
02. Tipos de fatores de risco
03. Estratégias de Prevenção



MARSI **Medical Adhesive Related Skin Injury** **(Lesão de pele relacionada com** **adesivos médicos)**

Danos da pele relacionados com o uso de produtos, adesivos médicos ou dispositivos como fitas, pensos, produtos para estoma, elétrodos, adesivos contendo medicação e tiras de aproximação dos bordos das feridas.



Fisiopatologia

As MARSIs ocorrem porque as ligações entre as camadas de pele e o adesivo são mais fortes do que entre as células individuais do indivíduo, causando a separação entre as camadas epidérmicas ou, até em certas circunstâncias, a separação da epiderme da derme.

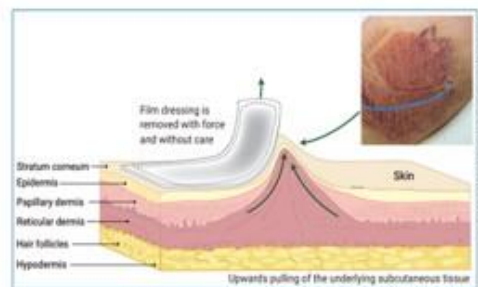


Figure 3. Skin stripping: an injury caused when the skin-to-adhesive attachment is stronger than the skin-to-skin attachment

Tipos de MARSI



Remoção da epiderme
Fonte: Lund, C. (2014)



Dermatite de contato e alérgica
Fonte: Lund, C. (2014)



Corte
Fonte: Lund, C. (2014)



Vesícula
Fonte: Lund, C. (2014)



Maceração
Fonte: Sociedad Argentina de
Pediatria (2016)



Foliculite
Fonte: McNichol et al. (2013)



Qual o tipo de MARSÍ?



Fonte: o próprio



Fatores de Risco

- ❖ Extremos de idade
 - ❖ Desnutrição
 - ❖ Desidratação
 - ❖ Condições clínicas e dermatológicas
 - ❖ Utilização prévia de adesivos
-
- ❖ Design e propriedades dos produtos utilizados nos adesivos



TIPOS DE ADESIVOS/FINALIDADES



FIGURE 1. Anatomy of medical adhesive tape.

Fonte: McNichol et al., 2013

TIPOS DE ADESIVOS/FINALIDADES

ADESIVO	REVESTIMENTO EXTERNO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	UTILIZAÇÃO	EXEMPLO
Borracha natural/à base de latex	→ Tecido tradicional elástico	→ Forte adesão → Mais resistente à humidade que os adesivos de acrílicos e silicones	→ Agressivo para a pele → Pode provocar trauma tecidual → Por conter latex pode provocar reacções alérgicas	→ Fixação de sondas e dispositivos críticos (como TET ou TOT)	 Núcleo Hospitalar
Acrílico	→ Tecido → Tecido não tecido → Espuma → Seda	→ Hipoalergénico → Menos traumático para a pele → Mais baratos que os adesivos de silicone → Baixa sensibilização → Menos expansivos que os adesivos de silicone → Respirável → Sem latex → Resistente ao calor e à humidade	→ Menos agressivo para a pele → Pode provocar trauma tecidual → Não é reposicionável → Diminui a aderência com o passar do tempo	→ Múltiplas utilizações, nomeadamente para fixar material de penso	   Núcleo Hospitalar

TIPOS DE ADESIVOS/FINALIDADES

ADESIVO	REVESTIMENTO EXTERNO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	UTILIZAÇÃO	EXEMPLO
Silicona	Papel plático	→ Biocompatível com a pele → Repetível e removível (aumenta o tempo de utilização) → Usa quantas se precisam: utilizações repetidas na mesma área → Resistente à água e à humidade → Permeável → Permite uma remoção automática → Sem latex → Hipoalergénico	→ Mais caros em relação aos acrílicos → Não é indicado para fixar dispositivos de suporte à vida pelo baixo poder de adesão (como tubos endotraqueais) → Menos resistente à humidade que os acrílicos	→ Não é recomendado para fixação de dispositivos críticos (TET ou TOT) → Recomendado para fixação de tubos como sondas gástricas e drólos nasais em peles sensíveis ou onde se prevê reajustes frequentes	 Núcleo Hospitalar
Intervascular	Película	→ A aderência pode diminuir com o tempo dependendo da sua composição de água → Não aderível à superfície da pele	→ A sua remoção pode provocar trauma tecidual	→ Utilizar como base para fixar outro tipo de adesivo → Utilizar em pensos	 Núcleo Hospitalar

TIPOS DE ADESIVOS/FINALIDADES

ADESIVO	REVESTIMENTO EXTERNO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	UTILIZAÇÃO	EXEMPLO
Poliuretano	Filme	→ Permitem visualizar o local coberto pelo penso → Duração até 7 dias Semi-permeável	A sua remoção pode provocar trauma tecidual	→ Úteis para fixar acessos vasculares	 Fonte: O gordinho

Fonte: Fumarola, 2020; Taroc, 2017; Barton; 2021 Mic Nicolet al, 2013

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DAS MARSIS



Avaliação da pele

- Temperatura;
- Cor;
- Humidade;
- Turgor;
- Fragilidade;
- Integridade;



Preparação da pele

- Limpar a pele e deixar seca completamente;
- Aplicar um protetor cutâneo.



Seleção do adesivo

- Tipo de adesivo
- Finalidade
- Área em que será aplicado

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DAS MARSI



Técnica de aplicação

- Evitar fazer tensão e estiramento do adesivo;
- Aplicar no sentido do crescimento dos pelos;
- Aplicar suavemente o adesivo sem deixar bolhas de ar e rugas;
- Em caso do adesivo aparentar rugas e bolhas de ar, não reposicionar, utilizar um novo adesivo.



Fonte: O próprio

ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DAS MARSI



Técnica de remoção

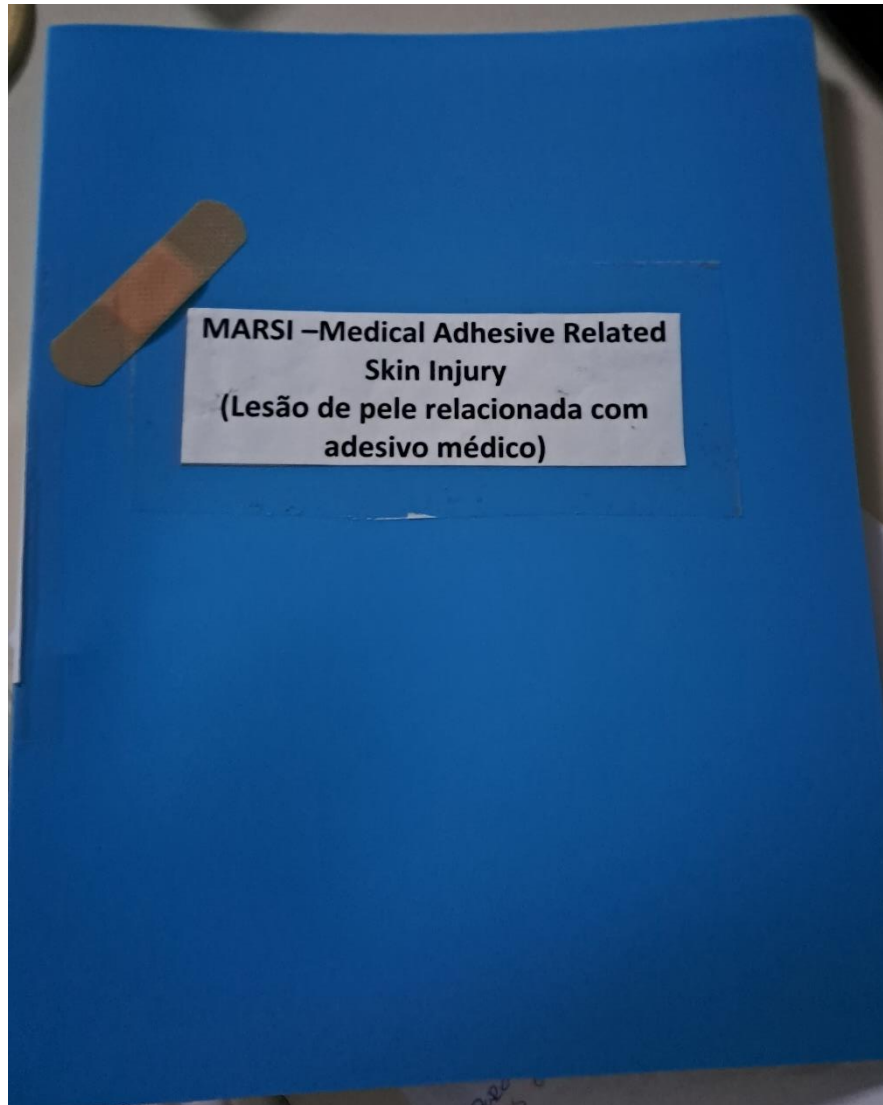
- Utilizar um removedor de adesivo;
- Não utilizar solventes (ex.: éter, etanol) e aglutinantes (ex.: tintura de benjoim);
- Soltar lentamente as extremidades do adesivo;
- Puxar gentilmente o adesivo para baixo e para a frente, mantendo-o próximo da pele e na direção do crescimento dos pelos;
- Nos pensos transparentes, soltar as pontas e esticar o penso na direção oposta da ferida.



Fonte: O próprio

Apêndice XVIII – Dossier “MARSI – Medical Adhesive Related Skin Injury” UUP

Dossier “MARSI – Medical Adhesive Related Skin Injury” UUP



Apêndice XIX – Manual de Registo de MARSI em SClínico®

Manual de Registo de MARSİ em SClínico®

Registar MARSİ

FOCO: Ferida Traumática

The screenshot shows the SClínico® interface for registering a traumatic wound. The patient's name is Maria Oliveira, born on 09-03-2022, 22:39, in the Maternity of Santa Maria. The wound is registered on 11-10-2022 at 17:33. The interface includes fields for the responsible nurse at the start and end of the registration, and a section for interventions and diagnoses.

Construir o diagnóstico – especificar MARSİ

The screenshot shows the SClínico® interface for constructing the MARSİ diagnosis for a traumatic wound. The wound is located on the right side of the abdomen. The diagnosis is specified as "Ferida traumática" and "abdomen lado direito (MARSİ)". The interface includes a sidebar with various anatomical locations and a section for the note to be attached to the diagnosis.

Apêndice XX – Proposta de norma de procedimento de prevenção das lesões de pele relacionadas com adesivos médicos em pediatria

Proposta de norma de procedimento de prevenção das lesões de pele relacionadas com adesivos médicos em pediatria

[POL 0000 OU NPG 1000 OU NOC 2000]

SERVIÇO DE PEDIATRIA

NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT – 3XXX Prevenção das Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos (MARSI) em Pediatria

APROVAÇÃO

FINALIDADE	Capacitar os enfermeiros para prevenir as Lesões de Pele Relacionadas com Adesivos Médicos (MARSI)
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros
PALAVRAS-CHAVE	MARSI, lesões de pele, cuidados de enfermagem

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	Maria Leonor Ramos Silva Sequeira	2022.10.12
Verificação EGQ/CQE	[identificar responsáveis pela verificação]	Introduzir data.
Aprovação	[identificar responsáveis pela aprovação]	Introduzir data.
Divulgação	[identificar o modo de divulgação do documento]	Introduzir data.
Versão	[indicar versão]	Introduzir data.

Norma de Prevenção de MARSI em Pediatria

Versão: 1 Pág. 1 de 12

Caso é um documento controlado, a versão eletrónica colocada na internet é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa não é controlada.
Caso não seja controlado a partir da Internet, o não deve ser guardado em unidades locais ou na rede.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AUM – Adesivo de Utilização Médica

HGO – Hospital Garcia de Orta

MARSI – Medical Adhesive Related Skin Injury (Lesão de pele relacionada com adesivos médicos)

NSARS - Neonatal Skin Risk Assessment Scale

SClínico® – Sistema Informático dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

O conceito de lesão da pele por adesivos médicos (MARSI - Medical adhesive-related skin injury) foi utilizado pela primeira vez em 2013 e foi atualizado em 2020. Atualmente, as MARSI compreendem os danos da pele relacionados com o uso de produtos adesivos de utilização médica (AUM) ou dispositivos como fitas, pensos, produtos para estoma, eletrodos, adesivos contendo medicação e tiras de aproximação dos bordos das feridas (Downie & Collier, 2021). Entre os materiais mais utilizados no fabrico dos dispositivos médicos que contêm adesivo, encontram-se os acrilatos, silicones, hidrocoloides, látex e poliuretano (Alcântara, et al., 2018). As MARSI ocorrem quando a ligação entre a pele e o adesivo de utilização médica (AUM) é mais forte do que entre as células, o que leva a que as camadas da epiderme se desprendam da derme (Fumarola, 2020).

As MARSI ocorrem ao se removerem adesivos ou dispositivos médicos em pacientes com pele frágil ou não íntegra. No entanto, qualquer pessoa que necessite de um AUM está em risco de desenvolver MARSI e o risco aumenta com a necessidade de aplicações e remoções repetidas (Fumarola, et al., 2020).

Podem apresentar diversa tipologia: remoção da epiderme, corte, lesão por tensão, dermatite de contato e alérgica, maceração e foliculite (Fumarola, et al., 2020) (Anexo I).

Fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam a integridade cutânea, podem aumentar o risco de MARSI.

Entre os fatores intrínsecos destacam-se: extremos de idade (nomeadamente os neonatos e pacientes pediátricos), alterações dermatológicas (eczema, psoríase, dermatites e epidermólise bolhosa), edema e doenças pré-existentis tais como diabetes.

Quanto aos fatores extrínsecos, a literatura aponta a exposição prolongada à humidade, medicação (corticoides, anti-inflamatórios e radioterapia), exposição a luz ultravioleta, exposição solar e necessidade de utilização de AUM e dispositivos médicos como acessos vasculares e produtos de ostomia (Lacey, 2022).

A prevalência e a incidência de lesões cutâneas relacionadas com AUM em pediatria é de 8% e 17 % respetivamente (Chin, Chen & Hu, 2020).

Quando as técnicas corretas para aplicação e remoção de produtos adesivos não são respeitadas, pode ocorrer trauma tecidual, causando impacto na segurança e qualidade de vida dos pacientes, levando ao incremento dos custos em saúde (Hitchcoc, et al., 2021).

As MARSIs são consideradas eventos adversos preveníveis com grande impacto para a segurança do paciente e para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Pires-Júnior, et al., 2021). A estas lesões está associada a dor, o aumento de complicações, infeção, cronicidade e/ou cicatrizes, impacto no bem-estar do paciente e aumento da utilização dos serviços de saúde, com impacto negativo nos gastos em saúde (Alcântara, et al., 2018; Fumarola, et al., 2020; Downie & Collier, 2021).

DESCRIÇÃO

1. OBJETIVOS DA NORMA DE PROCEDIMENTO

Com a presente Norma de Procedimento pretende-se capacitar os enfermeiros que cuidam do recém-nascido, criança e jovem no Hospital Garcia de Orta (HGO), para prevenir as MARSIs e normalizar o procedimento de aplicação e remoção dos AUM, assim como os registos de enfermagem no sistema SClinico®.

2. ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DAS MARSIs

A estratégia de prevenção das MARSIs assenta em princípios fundamentais:

A - Avaliação da pele

Antes de se utilizar um AUM deve-se proceder à avaliação da pele da criança/jovem, nomeadamente quanto à temperatura, cor, humidade, turgor, fragilidade e integridade (Fumarola, et al., 2020).

As escalas de avaliação da pele atualmente em uso nos serviços de pediatria do HGO são a:

- NSARS (Neonatal Skin Risk Assessment Scale) para os neonatos (Martins & Curado, 2017);
 - Braden Q, para crianças com idade entre os 21 dias de vida e os 18 anos (DGS, 2011).
- Estas escalas são avaliadas associadas ao foco de enfermagem "Risco de úlcera de pressão".

B - Preparação da pele antes da aplicação do AUM:

- Limpar a pele e deixar secar completamente (evitar a utilização de álcool por secar a pele (Hitchcock, 2021);
- Aplicar um protetor cutâneo à base de silicone (Barton, 2021; Lacey, 2022).

C - Seleção do adesivo

- Ao escolher um AUM ter em conta o tipo de adesivo, a finalidade e a área em que será aplicado (Hitchcock, 2021, Fumarola, 2020).

D - Técnica de aplicação do AUM

- Evitar fazer tensão e estiramento do adesivo (Hitchcock, 2021);
- Aplicar na orientação correta (sentido do crescimento dos pelos) (Hitchcock, 2021);
- Aplicar suavemente o adesivo sem deixar bolhas de ar e rugas (Hitchcock, 2021);
- Se o adesivo apresentar rugas e bolhas de ar, não reposicionar, utilizar um novo adesivo (Hitchcock, 2021).

E - Técnica de remoção do AUM

- Utilizar um removedor de adesivo à base de silicone (estéril na remoção de acessos vasculares (Barton, 2021)) disponíveis em toalhetes, líquidos e spray- aerossol;
- Se estes produtos estiverem indisponíveis, utilizar água, óleo mineral, vaselina (Hocberry e Wilson, 2014);
- Não utilizar solventes (ex.: éter, etanol) e aglutinantes (ex.: tintura de benjoim) para remover o adesivo (Hocberry e Wilson, 2014);
- Evitar remover o adesivo num período de 24 h após a sua aplicação (Hocberry e Wilson, 2014)
- Soltar lentamente as extremidades do AUM (Hitchcock, 2021);
- Puxar gentilmente o AUM para baixo e para a frente, mantendo-o próximo da pele e na direção do crescimento dos pelos;
- Nos pensos transparentes, soltar as pontas e esticar o penso na direção oposta da ferida. Repetir este procedimento até o adesivo estar completamente solto (Hitchcock, 2021).

3. REGISTAR AS MARSÍ

Estes tipos de lesões são consideradas lesões traumáticas, pelo que se deve proceder ao seu registo em Sclnico® seleccionando o Foco de Enfermagem "Ferida traumática" e anexar à especificação a sigla MARSÍ.

Em caso de maceração, seleccionar o Foco de Enfermagem "Maceração" e anexar à especificação a sigla MARSÍ.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcântara, C.M., et al., (2021) Prevalência de lesão de pele relacionada a adesivos médicos e fatores associados em unidades críticas cardiológicas. *Rev Esc Enferm USP*. 55: e03698. 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019035503698>

Barton, A. (2021). Prevention of medical adhesive-related skin injury (MARSI) during vascular access. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 30(Sup2), 1–8. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.Sup2.1>

Chin, P.J., Chen, Y.M., & Hu, S.H. (2020). Decreasing the Incidence of Medical Adhesive-Related Skin Injuries in a Pediatric Intensive Care Unit. *Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing*, 67 (4), 81-88. [https://doi.org/10.6224/JN.202008_67\(4\).10](https://doi.org/10.6224/JN.202008_67(4).10)

Delgado, B.S., Costa, R. Vesco, S.N., Santos, F.A., & Santos, S.V., (2019). Estratégias de cuidado com a pele do recém-nascido em unidade de internação neonatal. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 16, (e1319): 1-9. https://doi.org/10.30886/estima.v16.745_PT

Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011 da Direcção Geral de Saúde. Lisboa – Portugal

Downie, F. & Collier, M., (2021) Medical Adhesive Related Skin Injury (MARSI): Wounds UK Made Easy. *Wounds UK*. 17 (1): 84-88

Hitchcock, J., Haigh, D.A., Martins, N., & Davies, S. (2021). Preventing medical adhesive-related skin injury (MARSI). *British Journal of Nursing*, 30 (15), S48-S56. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.S48>

Fumaroia S, Allaway R, Callaghan R et al. (2020) Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. *J Wound Care*;29:S1–24

Hitchcock, J., Haigh, D.A., Martins, N., & Davies, S. (2021). Preventing medical adhesive-related skin injury (MARSI). *British Journal of Nursing*, 30 (15), S48-S56. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.S48>

Hockenberry, M.J., Wilson, D., (2014) Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed, Vol I e Vol II. Lusociência - Edições técnicas e Científicas. ISBN:978-989-748-0041-1

Lacey, V. (2022). Importance of peristomal skin protection. *Journal of Community Nursing*, 36(2), 44–50.

Lima, J., Silva, A., Sousa, M., Freitas, J., & Bezerra, A., (2017) Avaliação da qualidade e segurança da assistência de enfermagem à criança hospitalizada: percepção do acompanhante. *Rev enferm UFPE on line*. 11(Supl. 11), 4700-47008. DOI: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201721

Lund, Carolyn, et al (2014) Medical Adhesives in the NICU. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 14(4):160-165. https://www.medscape.com/viewarticle/838254_4

Martins, C.O & Curado, M.A. (2017) Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, 13:43-52. <https://doi.org/10.12707/RIV16082>

McNichol, L., Lund, C., Rosen, T., Gray, M. (2013) Medical Adhesives and patient safety: state of science, consensus statements of the assessment, prevention and treatment of adhesive-related skin injuries. *J WOCN*. 365-380

Pires-Junior, J., Chianca, T., Borges, E., Azevedo, C. & Simino, G. (2021) Lesão de pele relacionada a adesivo médico em paciente com câncer: coorte prospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 29: e3500. 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5227.3500>

Tielemans C, Voegeli, D. (2019) Silicone-based adhesive removers for preventing peristomal skin complications caused by mechanical trauma. *Gastrointestinal Nurs*. 17(SUPPL 9): S22–S28

Yuan, C., Takagi, R., Yao, X., Xu, Y., Ishida, K., & Toyoshima, H. (2018). Comparison of the effectiveness of new material diapers versus standard diapers for the prevention of diaper rash in Chinese babies: a double-blinded, randomized, controlled, cross-over study. *Hidawi, Biomed Research International*, 2018, 1-6.

Apêndice XXI – Grelha de observação da técnica de aplicação e remoção de adesivos de utilização médica

Grelha de observação da técnica de aplicação e remoção de adesivos de utilização médica

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE APLICAÇÃO DE ADESIVOS MÉDICOS

	SIM	NÃO
Procedimento de aplicação de AUM:		
1. Prepara a pele		
Limpa a pele e deixa secar		
Aplica protetor cutâneo		
2. Escolhe o adesivo		
Tipo		
Finalidade		
Área		
3. Aplica o adesivo		
Sem fazer tensão		
No sentido do crescimento dos pelos		
Com suavidade		

Baseado em Fumarola et al., 2020

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE REMOÇÃO DE ADESIVOS MÉDICOS

	SIM	NÃO
Procedimento de remoção de AUM:		
1. Aplica removedor de adesivo		
2. Puxa o adesivo das extremidades para o centro		
3. Puxa o adesivo com um angulo baixo		
4. Puxa o adesivo no sentido do crescimento dos pelos		

Baseado em Fumarola et al., 2020

Apêndice XXII – Fluxograma de escolha de AUM

Fluxograma de escolha de AUM



Apêndice XXIII – Cartaz: “Técnica de aplicação e remoção de AUM”

Cartaz: “Técnica de aplicação e remoção de AUM”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE CASTELHO DE BRANCO
UNIVERSIDADE DE EVORA
UNIVERSIDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE GALENUS
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE DE VISEU

Técnica de Aplicação e Remoção de Adesivos Médicos

Leonor Sequeira¹; Marta Bentes²; Margarida Malcata³

¹Aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde ; ² Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; ³ Professora no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

APLICAÇÃO

- Limpar a pele e deixar secar completamente;
- Aplicar um protetor cutâneo;
- Evitar fazer tensão e estiramento do adesivo;
- Aplicar no sentido do crescimento dos pelos;
- Aplicar suavemente o adesivo sem deixar bolhas de ar e rugas;
- Em caso do adesivo aparentar rugas e bolhas de ar, não reposicionar, utilizar um novo adesivo.



REMOÇÃO

- Utilizar um removedor de adesivo
- Soltar lentamente as extremidades do adesivo
- Não utilizar solventes (ex.: éter, etanol) e aglutinantes (ex.: tintura de benjoim)
- Puxar gentilmente o adesivo para baixo e para a frente, mantendo-o próximo da pele e na direção do crescimento dos pelos
- Nos penso transparentes, soltar as pontas e esticar o penso na direção oposta da ferida



FONTE:
McNichol L., Lund, C., Rosen T., Gray, M. (2013) Medical adhesives and patient safety: state of science consensus statements of the assessment, prevention and treatment of adhesive-related skin injuries. J WOCN. 36:330-335
Fumarola, S., et al. (2020) Overlooked and underestimated medical adhesive-related skin injuries J Wound Care; 29:S1–24
Fotos: o próprio, Figuras SlidesGo

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

144

Apêndice XXIV – Questionário “Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando”

Questionário “Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando”

Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando

Ação de formação:

Data: ____/____/____

Nome do formador: Enfermeira Leonor Sequeira

Em que medida está a sua satisfação com a ação de formação em relação...					
	Muito insatisfeito			Muito satisfeito	
1. A adequação da formação às suas necessidades e expetativas.	1	2	3	4	5
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse).	1	2	3	4	5
3. As condições da sala.	1	2	3	4	5
4. À possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho.	1	2	3	4	5

Relativamente à prestação do formador:					
	Muito insatisfeito			Muito satisfeito	
5. Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas.	1	2	3	4	5
6. Metodologia da transmissão de conhecimentos.	1	2	3	4	5
7. Utilização e domínio dos recursos didáticos.	1	2	3	4	5
8. Documentação disponibilizada.	1	2	3	4	5

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação:

Apêndice XXV – Resultados do questionário de avaliação da sessão da formação “Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele”

Resultados do questionário de avaliação da sessão da formação “Um olhar sobre o papel do enfermeiro promotor da integridade da pele”

Avaliação das Sessões de Formação de 30/11/2022 e de 7/12/2022

Total de assistências presenciais: 11 enfermeiros

Em que medida está a sua satisfação com a ação de formação em relação...					
			Muito insatisfeito		Muito satisfeito
			1	2	3 4 5
1 - A adequação da formação às suas necessidades e expetativas.			1. 100 % Nível 5		
2 - A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse).			2. 100 % Nível 5		
3 - As condições da sala.			3. 18,2% Nível 5 4. 45,5% Nível 4 5. 36,4% Nível 3		
4 - A qualidade do apoio técnico e administrativo.			63,7% Nível 5 18,2% Nível 4 18,2% Nível 3		
5 - À possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho.			100 % Nível 5		

Relativamente ao formador:									
					1. Muito insatisfeito		2. Muito satisfeito		
					3. 1	4. 2	5. 3	6. 4	7. 5
6 - Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas.					100 % Nível 5				
7 - Metodologia da transmissão de conhecimentos.					100 % Nível 5				
8 - Utilização e domínio dos recursos didáticos.					90,9 % Nível 5 9,1 % Nível 4				
9 - Documentação disponibilizada.					90,9 % Nível 5 9,1 % Nível 4				

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação:

Não foram apontadas sugestões de melhoria, no entanto, foi referido que esta era muito fria. Este campo do questionário foi aproveitado para dar a conhecer o apreço pela formação e pelos conhecimentos teórico-práticos da formadora:

“Gostei muito”

“A formadora detém um grande conhecimento e prática na área”

Apêndice XXVI – Cartaz: “Mamã, papá, tenho um doi-doi” I

Cartaz: “Mamã, papá, tenho um doi-doi” I

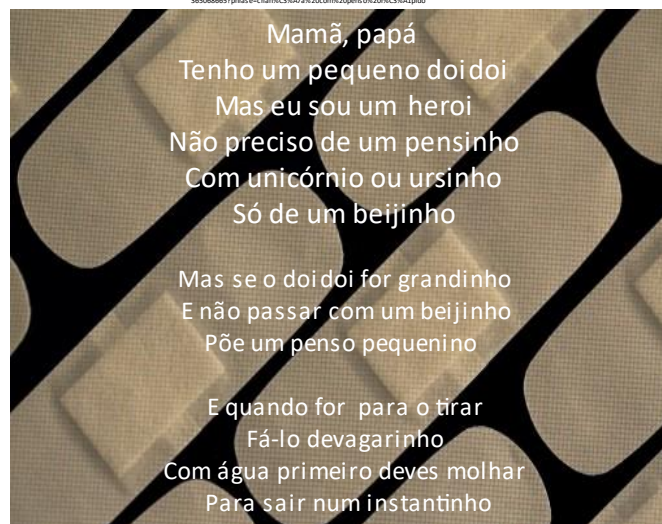


Utilize um penso/adensivo na pele do seu filho apenas quando estritamente necessário!

- ✦ A pele continua a desenvolver-se mesmo após o nascimento;
- ✦ A pele das crianças é delicada e frágil, logo é mais suscetível de sofrer lesões;
- ✦ Um simples penso/adensivo pode provocar uma lesão na pele frágil de uma criança.



Fonte: <http://ps.foto.com/pt/foto/cadastre-checkinjun1251190594365068657ghas-e-c-riam/C3N47n%20com%20pens-o%20m/C3N43pido>



Elaborado por: Leonor Sequeira aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil, Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Nélia Coelho, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil, Pediatria; Margarida Malcata Professora no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde
Fontes: Figuras: Slidesgo Texto: o próprio

Apêndice XXVII – Cartaz: “Mamã, papá, tenho um doi-doi” II

Cartaz: “Mamã, papá, tenho um doi-doi” II

O cartaz tem um fundo azul claro com nuvens brancas e um sol amarelo. No topo direito, há uma barra com o texto "INSTITUTO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO" e vários logotipos. No centro, o título "SABIA QUE..." está em letras azuis grandes. Abaixo dele, há três frases em português: "A pele continua a desenvolver-se mesmo após o nascimento;", "A pele das crianças é delicada e frágil, logo é mais suscetível de sofrer lesões;" e "Um simples penso/adensivo pode provocar uma lesão na pele frágil de uma criança.". À direita, há uma ilustração de uma criança de pele morena e cabelo laranja, sentada e olhando para cima. No topo, há uma abelha amarela e preta voando. Abaixo das frases, há o texto "UTILIZE UM PENSO/ADESIVO NA PELE DO SEU FILHO APENAS QUANDO ESTRITAMENTE NECESSÁRIO" em letras azuis. Na parte inferior, há uma ilustração de uma criança de pele morena e cabelo laranja, sentada e olhando para a esquerda. À esquerda dela, há um balão de fala com o texto: "Mamã, papá Tenho um pequeno doi doi Mas eu sou um herói Não preciso de um pensinho Com unicórnio ou ursinho Só de um beijinho". À direita dela, há outro balão de fala com o texto: "Mas se o doi doi for grandinho E não passar com um beijinho Põe um penso pequenino E quando for para o tirar Fã-lo devagarinho Com água primeiro deves molhar Para sair num instantinho". No canto inferior direito, há uma ilustração de uma flor amarela e laranja com uma abelha. No canto inferior esquerdo, há uma ilustração de um penso rosa. No canto inferior direito, há uma barra com o texto: "Elaborado por: Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Nélia Coelho, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria do; Margarida Malcata, Professora no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Fontes: Figuras: Slidesgo Texto: o próprio".

SABIA QUE...

A pele continua a desenvolver-se mesmo após o nascimento;

A pele das crianças é delicada e frágil, logo é mais suscetível de sofrer lesões;

Um simples penso/adensivo pode provocar uma lesão na pele frágil de uma criança.

UTILIZE UM PENSO/ADESIVO NA PELE DO SEU FILHO APENAS QUANDO ESTRITAMENTE NECESSÁRIO

Mamã, papá
Tenho um pequeno doi doi
Mas eu sou um herói
Não preciso de um pensinho
Com unicórnio ou ursinho
Só de um beijinho

Mas se o doi doi for grandinho
E não passar com um beijinho
Põe um penso pequenino

E quando for para o tirar
Fã-lo devagarinho
Com água primeiro deves molhar
Para sair num instantinho

Elaborado por: Leonor Sequeira, aluna do VI Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Nélia Coelho, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria do; Margarida Malcata, Professora no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde
Fontes: Figuras: Slidesgo Texto: o próprio

~

Apêndice XXVIII – Plano da sessão de formação “Prevenir MARSI em pediatria”

Plano da sessão de formação “Prevenir MARSÍ em pediatria”

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Prevenir MARSÍ em pediatria

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Personalizados

FORMADORAS: Enfermeira Leonor Sequeira (Aluna do VI Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde)

Orientadora de Estágio: EEESIP Maria Nélia Coelho;

Orientadora Pedagógica: Professora Margarida Malcata

LOCAL: Sala 14 **DATA:** 19-01-2023 **HORA:** 13.30h **DURAÇÃO:** 20m

OBJETIVO GERAL:

- ❖ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da prevenção das MARSÍ em pediatria.

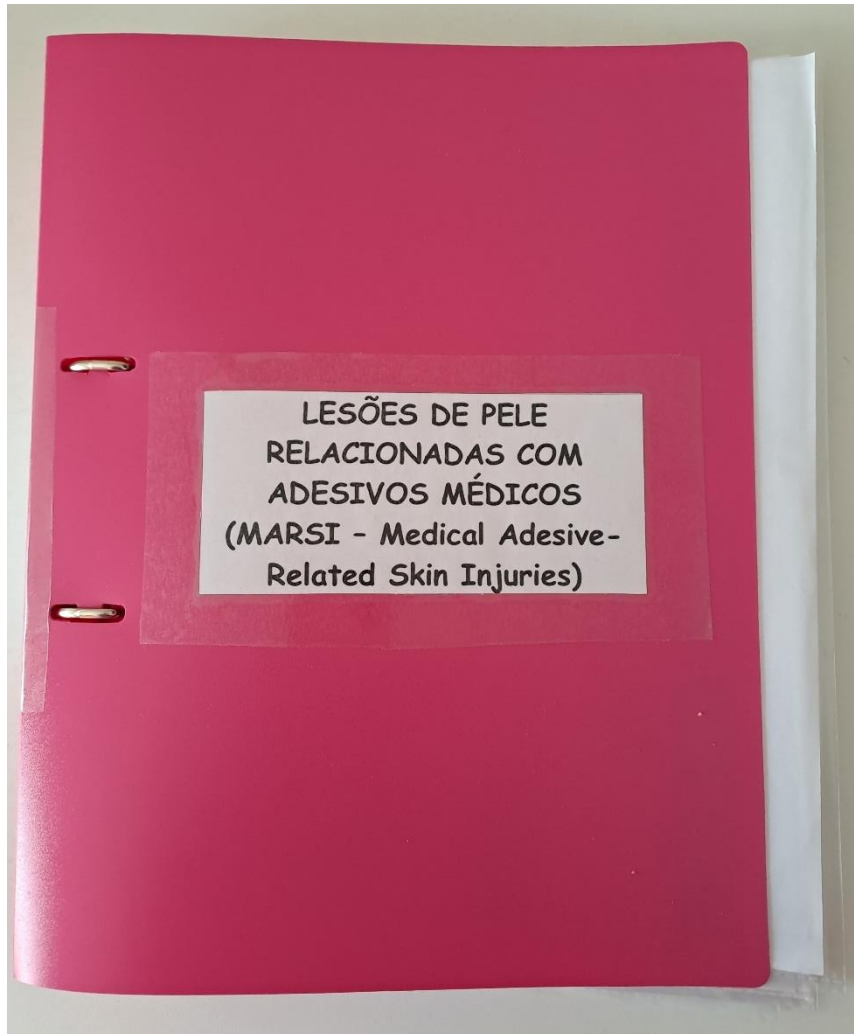
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Contribuir para capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção das MARSÍ;
- ❖ Apresentar dossier informativo de MARSÍ.

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo (minutos)	Formadora
Introdução	- Apresentar o que se pretende com a sessão de formação.	- Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos da sessão	Expositiva	Power Point	5	Leonor Sequeira
	- Abordar as MARS	- Definição; - Fatores de risco; - Fisiopatologia; - Tipologia na criança e no adulto; - Prevenção; - Tratamento; - Apresentação do conteúdo do dossier;	Expositiva/Demonstrativa	Power Point	10	Leonor Sequeira
Avaliação	Avaliação da sessão		Discussão em equipa Questionários	Power Point Papel	5	Leonor Sequeira

Apêndice XXIX – Dossier “Lesões de pele relacionadas com adesivos médicos”

Dossier “Lesões de pele relacionadas com adesivos médicos”



Apêndice XXX – Avaliação da sessão de formação “Prevenir MARSI em pediatria”

Avaliação da sessão de formação “Prevenir MARSÍ em pediatria”

Avaliação da Sessão de Formação de 19/1/2023

Prevenir MARSÍ em Pediatria

Total de assistentes: 10 (9 enfermeiros e 1 aluno de enfermagem)

Em que medida está a sua satisfação com a ação de formação em relação...						
	Muito insatisfeito			Muito satisfeito		
	1	2	3	4	5	
1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas.	90 % Nível 5 10 % Nível 4					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse).	100 % Nível 5					
3. As condições da sala.	10% Nível 5 60% Nível 4 30% Nível 3					
4. A qualidade do apoio técnico e administrativo.	60% Nível 5 30% Nível 4 10% Nível 3					
5. À possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho.	90 % Nível 5 10 % Nível 4					

Relativamente ao formador:						
	Muito insatisfeito			Muito satisfeito		
	1	2	3	4	5	
6. Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas.	90 % Nível 5 10 % Nível 4					
7. Metodologia da transmissão de conhecimentos.	100 % Nível 5					
8. Utilização e domínio dos recursos didáticos.	90 % Nível 5 10 % Nível 4					
9. Documentação disponibilizada.	100 % Nível 5					

Sugestões de melhoria para futuras ações de formação:

Foi sugerido que a apresentação ficasse disponível em suporte digital. O que foi efetuado.

Este campo, ainda, foi utilizado para dar a conhecer a satisfação com a formação:

“Parabéns pela apresentação”

“Formação muito pertinente e transversal a todas as faixas etárias.”

ANEXOS

Anexo I – Reconhecimento das Competências Profissionais



DECISÃO DO JÚRI

Processo de
Reconhecimento e
Validação de
Competências

PROCESSO N.º
336/21

Identificação do aluno

Nome: Maria Leonor Ramos Silva Sequeira

Curso: Mestrado Em Enfermagem

Escola Superior de Saúde

N.º de aluno: 210531012 - Data candidatura: 02/11/21

Constituição do Júri:

Presidente

Nome: Marta Patricia Argüello Argüello

Categoria: Professora Adjunta

Vogal

Nome: Ana Lúcia Ramos

Categoria: Professora Adjunta

Vogal

Nome: Lino Ramos

Categoria: Professor Coordenador

Vogal

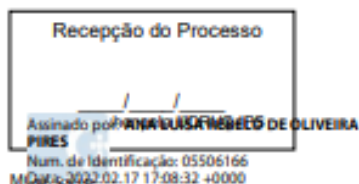
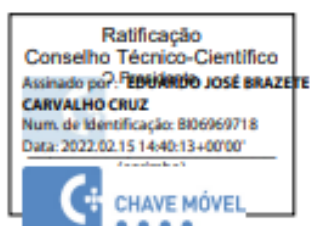
Nome:

Categoria:

Vogal

Nome:

Categoria:



Resumo da decisão

Unidade Curricular	Decisão	ECTS atribuídos
Estágio I	Validação total	8

Descrição da decisão

O Júri, após ter analisado e avaliado o dossier do candidato e ter realizado:

- ☒ uma entrevista;
- ☐ uma prova oral;
- ☐ uma prova escrita;
- ☐ outras provas complementares, nomeadamente:

Decidiu:

- a) A **validação total** das competências evidenciadas pelo candidato no âmbito da(s) seguinte(s) U.C.(s), atribuindo o número de créditos indicado

Designação da U.C.: Estágio I	ECTS atribuídos: 8
Justificação: De acordo com os documentos apresentados, com o portefólio de competências e com a entrevista, a estudante detém mais de 3 anos de experiência profissional em unidades de saúde na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, assim como atividades e formação em contextos não formais e informais, que evidenciam o reconhecimento e validação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria adquiridas, respondendo aos critérios de competência exigidos pela Ordem dos Enfermeiros e garantindo a sua correspondência com a UC em que se pretende o reconhecimento.	

O Júri,

Assinado por: **MARTA PATRÍCIA ARGUELLO ARGUELLO**
Num. de identificação: 13187064
Data: 2022.02.07 15:21:30 +0000



Presidente _____

Assinado por: **Ana Lúcia Caeiro Ramos**
Num. de identificação: 8111455838
Data: 2022.02.04 17:22:25 +00'00'



Vogal _____

Assinado por: **Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos**
Num. de identificação: 08494439
Data: 2022.02.07 14:53:52 +00'00'

Vogal _____

Setúbal, 14 de janeiro de 2022