

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

"TERMORREGULAÇÃO COMPROMETIDA - FEBRE: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE FACE AS NECESSIDADES ESPECIAIS DA CRIANÇA"

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Autor**

**Christelle Faria da Cunha Lopes**

**Porto, 2024**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Orientador(es)**

Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

Júlia Maria Sousa Neto  
*Professor Adjunto, Mestre*

**Autor**

Christelle Faria da Cunha Lopes

**Porto, 2024**



## RESUMO

Este relatório reporta o percurso realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica a exposição das aprendizagens obtidas no percurso formativo e a consequente aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sustentando a reflexão sobre as práticas com o confronto com a evidência científica. Para a realização do mesmo, foi implementada uma metodologia de trabalho descritiva, reflexiva e crítica, sustentada na reflexão sobre os diferentes contextos clínicos.

Neste âmbito, foram realizados Estágios de Natureza Profissional no contexto da prática clínica – Serviço de Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Cuidados de Saúde Primários.

A realização deste relatório foi precedida de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, na área de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, subordinado ao tema “Termorregulação comprometida - febre: promoção da parentalidade face as necessidades especiais da criança”, que me permitiu desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, em particular, de conceção e documentação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e mãe/pai, com especial enfoque na termorregulação comprometida - febre.

Assumo que o desenvolvimento de competências é um processo dinâmico e contínuo, que não termina no Estágio de Natureza Profissional, ou mesmo, no curso. Este trajeto foi um marco relevante do meu percurso académico e profissional, no qual me foi possível adquirir um conjunto de ferramentas que, no futuro, serão com toda a certeza, decisivas para o meu exercício profissional e, por essa via, para a melhoria da qualidade dos cuidados que prestarei às crianças/pais.

**Palavras-chave:** Competências; Enfermagem; Ensino Clínico; Saúde Infantil e Pediátrica; Febre.



## ABSTRACT

This report focuses on the journey undertaken within the scope of the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, and aims to describe in a reflective and critical way the presentation of the knowledge obtained in the formative path and the consequent acquisition of the common and the specific skills of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, supporting the reflection on practices in comparison with scientific evidence. To carry it out, a descriptive, reflective and critical work methodology was implemented, supported by the reflection of the different clinical contexts.

In this framework, Internships of Professional Nature were carried out in the clinical practice context - Pediatrics Inpatient Service, Pediatric Emergency Service, Neonatal Intensive Care Units and Primary Health Care.

The drafting of this report was preceded by a project to develop specialized clinical skills, in the area of Child and Pediatric Health Nursing, under the theme "Compromised thermoregulation - fever: promoting parenting in the face of special needs of the child", which allowed me to develop specific skills of Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and, in particular, conception and documenting nursing care for children/teenagers and mothers/fathers, with a special focus on compromised thermoregulation - fever.

I believe that the development of skills is a dynamic and continuous process, which does not end in the Professional Internship or even in the course. This journey was a relevant milestone in my academic and professional career, in which I was able to acquire a set of tools that, in the future, will certainly be decisive for my professional practice as well as for the improvement of quality of care I will provide to children/parents.

**Keywords:** Skills; Nursing; Clinical Teaching; Child and Pediatric Health; Fever.



## **ABREVIATURAS**

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

MESIP - Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-Nascido Pré-Termo

SAV - Suporte Avançado Pediátrico

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TBI - Temperatura Basal Individual

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

VNI - Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organization



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	27
3. CASO 1 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA-MÉDICA .....	39
3.1. Enquadramento teórico .....	39
3.2. Clientes .....	42
3.3. Medicação .....	43
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	43
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	45
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	45
3.5. Domínios .....	48
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	48
3.6. Conceção de Cuidados .....	51
3.7. Especificação das intervenções .....	60
3.8. Síntese relativa ao caso .....	64
4. CASO 2 - CRIANÇA EM SERVIÇO URGÊNCIA .....	71
4.1. Enquadramento teórico .....	71
4.2. Clientes .....	73
4.3. Medicação .....	74
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	74
4.4. Domínios .....	76
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	76
4.5. Conceção de Cuidados .....	77
4.6. Especificação das intervenções .....	82
4.7. Síntese relativa ao caso .....	84
5. CASO 3 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL ....	91
5.1. Enquadramento teórico .....	91
5.2. Clientes .....	93
5.3. Medicação .....	94
5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	94
5.4. Domínios .....	96
5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	97
5.5. Conceção de Cuidados .....	98
5.6. Especificação das intervenções .....	102
5.7. Síntese relativa ao caso .....	103
6. CASO 4 - RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS .....	107

6.1. Enquadramento teórico .....	107
6.2. Clientes .....	110
6.3. Medicação .....	111
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	111
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	112
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	113
6.5. Domínios .....	114
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	115
6.6. Conceção de Cuidados .....	117
6.7. Especificação das intervenções .....	125
6.8. Síntese relativa ao caso .....	128
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	133
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	173
9. BIBLIOGRAFIA .....	179

## **ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

Figura 1 - Triagem de Manchester



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este documento surge no contexto da realização da Unidade Curricular, Estágio de Natureza Profissional com Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e visa descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), tal como preconizado, respetivamente, nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Desta forma, procuro colocar em evidência o processo de desenvolvimento de competências especializadas, a natureza dos contextos clínicos que se constituíram como campos de Estágio de Natureza Profissional, e a forma como este processo contribuiu para expandir e aprofundar as referidas competências; considerando que as mesmas me permitirão obter o grau académico de mestre (2º ciclo de estudos) e, por outro lado, o título profissional de EESIP, nos termos definidos pela OE.

A Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, foi dividida em dois momentos: o módulo I decorreu do dia 29 de março até ao dia 23 de junho de 2023 e módulo II que decorreu do dia 18 de setembro de 2023 até ao dia 31 de janeiro de 2024. Os dois módulos decorreram nas mesmas unidades: Unidades de Cuidados Diferenciados de Pediatria, nomeadamente, Serviço de Internamento de Pediatria Médica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e, ainda, em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente, Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde na Comunidade (UCC).

Entendo a especialização em enfermagem como um investimento e, um objetivo pessoal rumo a um aumento de conhecimentos e intervenções de enfermagem sustentadas num maior grau de evidência. Além disso, é uma necessidade que potencia economias de escala e de conhecimento, incrementos de produtividade e melhores cuidados de saúde prestados, ajudando na resposta aos desafios que surgem (Lopes et al., 2018). Segundo a mesma fonte, com a especialização em enfermagem, beneficiam os utentes (melhoria dos indicadores de saúde), as instituições (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e os próprios enfermeiros (melhoria dos índices de satisfação e retenção).

A minha experiência profissional, as expectativas e as necessidades individuais, induziram a necessidade de especificar objetivos que ao longo dos Estágios de Natureza Profissional se foram concretizando através das atividades desenvolvidas que se encontram descritas e

analisadas neste relatório. Os objetivos delineados visaram o desenvolvimento de competências gerais e específicas na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), nomeadamente competências científicas, técnicas, éticas e relacionais com a criança e pai/mãe.

Ao longo deste documento são também destacadas oportunidades de aprendizagem ocorridas em contexto de grandes desafios pessoais e profissionais. Este relatório tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica todo o processo de aprendizagem.

Para a realização do relatório, foi implementada uma metodologia de trabalho descritiva, reflexiva e crítica, sustentada na reflexão sobre os diferentes contextos clínicos. Além disso, foi realizado um confronto com a evidência científica de enfermagem e de outras disciplinas, mas também, na mobilização dos conhecimentos adquiridos na componente teórica deste mestrado e na experiência profissional adquirida até ao momento. Desta junção resultou este documento que procura evidenciar o enorme crescimento pessoal e profissional, a vivência de inúmeras experiências desafiadoras e transformadoras, o desenvolvimento de competências e a oportunidade de experimentar a especificidade de cada área no âmbito do Estágio de Natureza Profissional.

Com o intuito de responder aos objetivos delineados no presente trabalho, assim como, facilitar a leitura das atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas que auxiliaram o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista, o presente relatório encontra-se estruturado em oito capítulos: no primeiro está explanado a presente introdução ao relatório, o segundo refere-se à caracterização dos contextos clínicos; do terceiro ao sexto será explanado a conceção de cuidados de cada um dos Estágios de Natureza Profissional, que apenas refletem um caso em concreto. A salientar que as referências bibliográficas, relativas à conceção de cuidados constam no final do presente trabalho, junto com todas as utilizadas ao longo deste documento. No sétimo capítulo, está explanado a análise crítico reflexiva acerca do Estágio de Natureza Profissional e uma apreciação geral do percurso formativo realizado, bem como o contributo deste para a aquisição de competências profissionais comuns do enfermeiro especialista, assim como do EESIP e, o desenvolvimento pessoal; no oitavo capítulo consta a síntese do presente relatório e por fim, no último capítulo, as referências bibliográficas.

Atendendo ao caráter singular e até inovador, da inclusão dos quatro estudos de caso, na estrutura central do relatório, julgamos como adequado dar conta de alguns aspetos que podem servir como padrão de leitura dos mesmos e facilitar a compreensão do leitor do terceiro ao sexto capítulo.

De modo a orientar o processo de conceção de cuidados de enfermagem, foi utilizada a plataforma *we-base*, a *E4nursing* (E4N), esta sigla refere-se à denominação de uma nova solução tecnológica, fruto da colaboração com a presente escola com a *VirtualCare* e fundamentada nos princípios da “aprendizagem baseada em problemas” (ESEP, 2020). Esta plataforma, utiliza uma arquitetura assente nas principais etapas do processo de tomada de

decisão clínica e com uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, que assume a responsabilidade de definir as especificações dos dados estruturados, para inferir os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem (OE, 2021). A conceção de cuidados está centrada em quatro classes de informação: dados que resultam da apreciação inicial do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem.

Desta forma, importa descrever de que forma se encontra organizada a apresentação dos casos clínicos, sendo esta sistemática comum aos quatro casos. Em cada um deles retratei duas “fotografias” de momentos distintos do tempo reportando a documentação de cuidados, a que chamarei de sessões (com data/hora específica). Enfatizar que os casos clínicos são apresentados sem qualquer referência aos dados pessoais dos clientes envolvidos, assim como não são identificadas nominalmente as instituições onde decorreram os Estágios de Natureza Profissional.

Os quatro planos de cuidados são representativos apenas de um caso clínico específico em cada um dos Estágios de Natureza Profissional, e estão organizados por capítulos: enquadramento teórico, descrição dos clientes, medicação, procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, domínios, conceção de cuidados, especificação das intervenções e, por fim, a síntese relativa ao caso.

Como pode ser constatado, cada estudo de caso, depois de apresentado, é acompanhado de um enquadramento teórico de suporte, feita referência aos clientes envolvidos; e que nas situações em análise, como se percebe pelo contexto, remete à criança com alusão à sua idade e sexo e à figura parental.

Sempre que se justifica a medicação que a criança tinha prescrita é apresentada, com referência à data/hora de início e, quando adequado, o termo da mesma. Nesta categoria de informação são, ainda, apresentados e discutidos os aspetos de enfermagem a considerar como por exemplo, os efeitos adversos que justificam a vigilância por parte do enfermeiro, ou procedimentos específicos de preparação ou armazenamento.

No capítulo de procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica incluem-se, por exemplo, sondas, drenos e cateteres, mas também ventilação invasiva/não invasiva. A esta categoria de informação estão associadas intervenções de enfermagem e, ainda, são apresentados e discutidos os aspetos de enfermagem a considerar.

A dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros assume destaque nestes estudos de caso, evidente naquilo que se designa como domínios que representam as áreas de atenção a partir das quais é feita a recolha de dados, para os quais também é apresentada a devida fundamentação com relação ao enquadramento teórico e ao cenário clínico. Após estes, surge um conjunto de informação agregada o que se denomina conceção de cuidados que expressa os dados recolhidos sobre os domínios, respetivos diagnósticos de enfermagem,

objetivos e as intervenções de enfermagem. A evolução dos dados, ao longo das sessões, também integra a estrutura do reporte de cada estudo de caso.

Em cada estudo de caso clínico ainda se pode encontrar a especificação das intervenções de enfermagem, as mesmas são prescritas e da responsabilidade exclusiva do enfermeiro. As mesmas são prescritas, de modo a responder aos problemas potenciais identificados, implementadas e avaliadas, de modo a evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis (OE, 2012, p. 18). Em todas elas, é aplicado um rigor técnico e científico na sua implementação, assim como, “referenciadas as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (OE, 2012, p.18).

A síntese foi orientada para a discussão da conceção de cuidados e a ação com os clientes, tendo em conta seis aspetos: as prioridades; os dados considerados como relevantes para o diagnóstico do tipo potencial para melhorar; os resultados esperados face ao diagnóstico; os contributos das intervenções face aos objetivos; a definição do tempo para a avaliação do objetivo final e a parceria de cuidados.

Entendo, também, ser oportuno apresentar nesta introdução alguns conceitos e referencial teórico que foram transversais aos quatro casos clínicos: Teoria das transições; Teorias do desenvolvimento infantil; Informoterapia e Literacia e Parceria de cuidados.

### **Teorias explicativas do desenvolvimento infantil**

O EESIP, tem de ter como pilar de conhecimento, o desenvolvimento infantil, sendo este descrito pela literatura como um processo dinâmico e contínuo em que se verificam diferentes ritmos de desenvolvimento (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013).

As teorias explicativas do desenvolvimento permitem demonstrar, sob várias perspetivas, os processos de desenvolvimento infantil. A descrição das mesmas também nos permite aferir a relevância dada à infância e à adolescência na construção da identidade. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento e o EESIP tem um papel preponderante na promoção do desenvolvimento infantil realizado em parceria com a família (Souza, 2014).

Vários autores referem que o desenvolvimento infantil depende intrinsecamente da criança, bem como dos estímulos a que se encontra sujeita, e que é influenciado pela hereditariedade e pelo ambiente onde o indivíduo se encontra inserido (família, sociedade, cultura e nível socioeconómico), mas também por fatores psicológicos e biológicos (prematuridade, baixo peso ao nascer) (Papalia et al., 2013). De facto, a forma, o tempo de aquisição e desenvolvimento difere de criança para criança (Souza & Verríssimo, 2015). Tal como referido pela OE (2010, p. 71) cada criança é única, “na sua circunstância de vida e no seu tempo, (...) dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo”.

Muitos autores defendem que é nos primeiros anos de vida que é moldada a arquitetura cerebral, sendo o desenvolvimento infantil parte fundamental do desenvolvimento humano, influenciado pela interação, herança genética e pelo meio em que a criança vive (Mustard, 2009; Shonkoff, et al., 2012). Para o EESIP, compreender as principais características dos diferentes padrões do desenvolvimento da criança é basilar para um cuidar adaptado e uma análise das reais necessidades da faixa etária em questões de promoção e vigilância da saúde. Para entender melhor os aspetos do desenvolvimento infantil, surgem as teorias relacionadas, que descrevem como as crianças mudam e crescem ao longo da infância. As mesmas evidenciam vários aspetos do desenvolvimento infantil, tais como, o crescimento social, emocional e cognitivo.

Do conhecimento absorvido das unidades curriculares do presente mestrado e da minha pesquisa bibliográfica, posso resumir, que algumas das principais teorias podem ser divididas em: teorias psicanalíticas, discutidas por Sigmund Freud e Erik Erikson; teorias que se focam numa perspetiva cognitiva, como é o caso de Piaget e Vygotsky; outras centradas numa perspetiva de afetividade, com a teoria de Wallon; e outras direcionadas para uma perspetiva de aprendizagem com é o caso da teoria de Bowlby, Pavlov e Skinner.

A teoria de Erik Erikson, psicanalista e pesquisador do desenvolvimento psicossocial, refere que o desenvolvimento da personalidade é constituído por oito etapas: (1) Confiança versus desconfiança (até aos dois anos); (2) Autonomia versus vergonha e dúvida (do segundo ao terceiro ano); (3) Iniciativa versus culpa (quarto e quinto ano); (4) Indústria/mestria versus inferioridade (dos seis aos onze anos); (5) Identidade versus confusão/difusão (dos 12 aos 18 anos); (6) Intimidade versus isolamento (jovem adulto); (7) A sétima e oitava etapa não se enquadram na idade pediátrica (Alves, 2020).

Para Erikson, a criança vivencia, em cada etapa, um conflito psicossocial que serve de auxílio no desenvolvimento e, refere também a importância dada à infância e à adolescência na construção da identidade (Oliveira, 2005).

Sigmund Freud (1856-1939) desenvolveu a Metapsicologia e elaborou um modelo da mente que evidencia funções psíquicas, referindo-se, a aspetos dinâmicos (impulsos), económicos (energias) e tópicos (estruturais). De facto, para ele a vida psíquica é ativada pela energia de dois impulsos primitivos. Na primeira teoria, refere a importância dos impulsos sexuais e da auto-preservação. Na segunda teoria, denominada de "impulsos", da vida e da morte, da sexualidade e agressão. Estes impulsos representam segundo Freud, desejos do corpo na mente que se refletem com desejos e necessidades satisfeitos com a procura de um objeto específico. Os traços de memória desta procura estrutura toda a mente, construindo formações cada vez mais complexas, que são por fim divididas em três seções principais. No primeiro modelo topográfico Freud intitulou os sistemas de: Inconsciente, Pré-consciente e Consciente; no segundo modelo estrutural o mesmo referiu como Ego, Id e Superego (Associação Psicanalítica

Internacional, 2022).

Também existem na literatura, duas teorias baseadas no desenvolvimento cognitivo, a teoria piagetiana e a sócio-interacionista. Para Piaget (1993), o desenvolvimento é realizado por estágios sucessivos que decorrem do amadurecimento do sistema nervoso e das experiências com o meio físico e social, deste modo, o mesmo faz uma divisão em quatro estágios: Do nascimento aos dois anos (estágio sensorio-motor), a criança explora o mundo pelos sentidos e ações. A criança é capaz de olhar, escutar, pegar, morder, e jogar e de situar a ação entre os objetos num sistema de relações espaciotemporais coerentes; dos dois aos seis anos (estágio pré-operatório), a mesma representa objetos com palavras ou imagens, usa o raciocínio intuitivo e desenvolve egocentrismo e faz de conta. Para ele as estruturas são intuitivas, ainda não operatórias (o pensamento depende dos dados perceptivos); dos 7 aos 11 anos (estágio operatório concreto), a criança conserva e reverte pensamentos e classifica objetos, pensa logicamente, desenvolve a noção de conservação. Também desenvolve estruturas cognitivas que permitem o pensamento lógico (operações) acerca de experiências que ocorrem aqui e agora (necessidade de suporte concreto); dos 11 aos 16 anos (estágio operatório-formal), o adolescente constrói o pensamento abstrato e conceitual, conseguindo ter em conta as hipóteses possíveis, os diferentes pontos de vista, sendo capaz de pensar cientificamente, apesar da possível regressão emocional (Alves, 2021).

Existe outra teoria cognitiva, elaborada por Vygotsky (1987), denominada de teoria sócio-interacionista, que revela que o conhecimento é construído através das interações do sujeito com o meio e com o outro, o que induz um desenvolvimento sóciocognitivo. Deste modo, o meio e a interação social da criança é de extrema importância e é por este intermédio que se desenvolve a aprendizagem, assim, esta teoria prioriza a relação social e cultural da criança com o meio (Matos & Matos, 2020).

A teoria de Wallon, denominada de teoria da psicogénese da pessoa completa, é baseada numa dimensão afetiva, em que os estágios de evolução não se limitam apenas a uma componente cognitiva. Wallon divide o desenvolvimento em cinco estágios, sendo que os mesmos estão ligados a um processo de aprendizagem, sendo eles: (1) primeiro estágio (desde o nascimento até ao primeiro ano de vida) - impulsivo-emocional - a criança apresenta movimentos descoordenados, com desordem gestual, mas com emoções diferenciadas; (2) segundo estágio (do primeiro ano de vida até aos três anos) - sensório-motor e projetivo - os pensamentos da criança refletem-se em atos motores, logo existe uma relação intensa com os objetos através do contacto e inicia-se a indagação persistente sobre o que eles são, seus nomes e como funcionam; (3) terceiro estágio (dos três aos seis anos) - personalismo - a personalidade constrói-se e a autoestima acaba por se modelar, existe a oposição sistemática ao adulto e, o início de uma fase de imitação social e motora, além disso começa a amadurecer; (4) quarto estágio (dos seis aos doze anos) - categorial - a criança cria categorias mentais para que possa categorizar o mesmo objeto em conceitos diferentes; (5) quinto e último estágio (entre os 11 e

os 12 anos) – adolescência e puberdade – o adolescente autoafirme-se e, o corpo e a sua mente alteram-se visivelmente, bem como surgem os conflitos emocionais (Mazin, 2023).

A teoria de Bowlby (1989), entende o desenvolvimento numa perspetiva de aprendizagem, descrevendo o processo de construção dos modelos internos de funcionamento em termos do modelo de apego. A criança constrói um modelo representacional interno de si mesma, dependendo de como foi cuidada. Para este autor, cada indivíduo forma um "projeto" interno a partir das primeiras experiências com as figuras de apego. Desta forma, a imagem interna, instaurada com os cuidadores primários, é considerada a base para todos os relacionamentos íntimos futuros, e expressa-se nos padrões de apego e de vinculação que o indivíduo apresentará nas suas interações interpessoais significativas (Bretherton & Munholland, 1999).

A teoria do condicionamento reflexo, descrita por Pavlov (1904) também chamada, respondente, clássica ou pavloviana, refere que, tudo o que aprendemos é explicado através do modo em que os estímulos (ambientais e internos) produzem as respostas (Soares, 2013), ou seja, o estímulo-sinal passa a desencadear reações semelhantes às do estímulo sinalizado. Para Pavlov, para a aprendizagem se tornar efetiva, o processo tem de ocorrer um número de vezes suficientes, assim, o reforço é necessário para que a aprendizagem ocorra (Araújo et al., 2019).

A teoria de Skinner expressa que as alterações de comportamento são induzidas por uma resposta individual aos estímulos que ocorrem no meio envolvente à criança, desta forma, uma resposta produz uma consequência. Assim, esta teoria, retrata os incentivos positivos e os negativos. Nos incentivos positivos pode existir um reforço positivo, como por exemplo, dar uma recompensa quando um determinado comportamento ocorre e o reforço negativo será retirar algo que gera um sentimento negativo quando um comportamento desejado ocorre. Nos incentivos negativos pode existir punição com aplicação de medida negativa quando um comportamento indesejado ocorre, ou pode haver extinção como anular as recompensas positivas quando um comportamento indesejado ocorre (Frazão, 2021).

### **Literacia e Informoterapia**

Tem sido destacado o papel dos pais para a saúde e desenvolvimento das crianças e apontada a necessidade de os apoiar no exercício do seu papel parental (*Committee on Hospital Care & American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee*, 2003). Desta forma, torna-se necessária a implementação da informoterapia. Esta é definida como a prescrição oportuna de informação em saúde baseada na evidência, de acordo com as necessidades específicas das pessoas, de forma a ajudá-las na tomada de decisão em saúde (Kemper & Mettler, 2006). Deste modo, o enfermeiro é o percursor no planeamento e na promoção de programas de informoterapia, adequados às necessidades dos pais tendentes à aquisição por parte dos mesmos dos conhecimentos e técnicas mais apropriadas para a satisfação das suas necessidades.

Para que este processo seja possível, o enfermeiro deve obedecer a critérios rigorosos para fornecer informação compreensível, livre de viés comercial e focada na decisão do cliente, sendo que a informoterapia assenta em três pressupostos: transmissão de informação certa, à pessoa certa e na hora certa (Mitchell, 1994). Deste modo, o EESIP deve investir no desenvolvimento da criança, fornecendo orientações para ajudar os pais, de modo a facilitar a compreensão das necessidades da criança/jovem, orientar para decisões que respondem às necessidades e interesses da criança e auxiliar na promoção da reflexão e decisão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos em compreenderem e usufruírem de informação de forma a promover e manter boa saúde. É importante considerar, diversificar os contextos em que estas intervenções são disponibilizadas (Sanders et al., 2000), assim como, adotar uma abordagem centrada na família. A adequação das competências de literacia em saúde dos pais varia com o nível de desafio colocado pelos contextos e situações, sendo essencial que os sistemas sejam sensíveis e responsivos às necessidades e recursos dos pais (Goes & Barros, 2019). O EESIP ao atuar no acompanhamento precoce da díade criança e família (desde a sua conceção até à sua transição para a vida adulta), deverá desenvolver um conhecimento íntimo destas, das suas redes de suporte e dos seus micro e macro sistemas. Desta forma, será detentor do conhecimento das necessidades de cada uma, possibilitando uma compreensão e identificação do momento exato para intervir.

### **Teoria das transições**

Importa referir, que a natureza do vínculo entre a criança e o pai/mãe é uma importante parte da parentalidade, uma qualidade que tem mostrado ser um determinante central para a saúde, atual e futura, da criança (OE, 2015). Na saúde infantil e pediatria, os cuidados de enfermagem têm como objetivo primordial a melhoria da qualidade da saúde da criança e da família. De acordo com Hockenberry & Wilson (2021), os cuidados de enfermagem obtêm melhores resultados quando prestados com a convicção de que a criança e a família são o cliente.

O enfermeiro precisa de saber escutar e estar com os pais, de modo, a compreender as suas preocupações, desmistificar os medos e ansiedades, e responder a todas as questões. Gostava de realçar que a parentalidade é considerada pela OE (2015) como sendo provavelmente a mais importante questão de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta. A parentalidade é um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário entender o modo como os pais vivenciam a adaptação a este período de transição. As pessoas não sabem como agir perante uma situação inaugural originando-se uma vulnerabilidade, fragilidade, insegurança e incapacidade de fazer face à nova situação (Meleis et al., 2000).

A este propósito tornar-se pai e tornar-se mãe são processos que correspondem a transições que traduzem profundas alterações na vida das pessoas, mas a transição para a parentalidade é

especialmente crítica. Criar e educar uma criança constitui o maior desafio que um progenitor enfrenta, mas nem todos os pais vivem este processo devidamente apoiados, o que pode comprometer o seu desempenho (Galdiolo & Roskam, 2012; Martins, 2013). Tal como referido anteriormente, o desenvolvimento infantil é caracterizado por etapas de desenvolvimento físico, ou seja, do crescimento, assim como pelo cumprimento de competências cognitivas, motoras, psicossociais e psicosssexuais. A conquista bem-sucedida destas competências é fundamental para que as crianças adquiram e dominem as mesmas na etapa seguinte (Sheridan et al., 2014). Desta forma, é fundamental que o papel parental se reformule, se adapte e se ajuste à nova fase desenvolvimental da criança. Portanto, o processo transacional do desenvolvimento infantil é acompanhado pelo processo transacional do exercício da própria parentalidade (Hockenberry & Wilson, 2021; Soares, 2008; Ytterhus et al., 2008).

Parece-me fundamental, definir e descrever o conceito de transição. A transição caracteriza-se por um processo onde ocorre uma mudança ou passagem de um estado, condição ou lugar para outro, implicando que a pessoa tenha de adquirir novas competências, conhecimentos e/ou capacidades, para conseguir vivenciar a transição, de forma saudável (Chick & Meleis, 1986). A transição na parentalidade é o processo de transformação individual, conjugal e social (Ramos, 2005), através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

O EESIP tem um papel fundamental, na promoção de uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 1994) (Regulamento n.º 422/2018 da OE, 2018), de modo a capacitar a criança e os pais (Cappleman, 2004), através da implementação de intervenções que promovam os cuidados de saúde, preparem a pessoa para a mudança de papéis e previnam efeitos negativos sobre o indivíduo (Zagonel, 1998a).

A transição pode ser definida pelas suas propriedades, as quais passo a enumerar: a consciencialização (perceção que a criança e os seus pais têm sobre a transição vivida e as alterações que traz para o seu quotidiano); o envolvimento dos clientes na transição; o tempo de duração da transição; e os pontos e eventos críticos, tal como a hospitalização (Meleis, 2010). Pode ser influenciada por condições facilitadoras ou dificultadoras, pois estas vão influenciar ou dificultar o processo de transição, sendo elas as condições pessoais, comunitárias e sociais (Meleis, 2012). Nas condições pessoais, onde se verifica o significado que a pessoa atribui ao processo de transição, representando um valor neutro, positivo ou negativo; as crenças e atitudes culturais como, por exemplo, o estigma; o estado socioeconómico, podendo este ser baixo ou alto; e a preparação prévia, ou seja, o conhecimento que a criança e os seus pais possuem e as suas expectativas em relação ao processo de transição. Nas condições comunitárias, verificam-se os recursos que a comunidade pode disponibilizar, como o suporte familiar e de amigos e, também, o apoio dos profissionais de saúde (Meleis et al., 2000). Nas condições sociais, temos o estigma, as instituições de natureza social e os papéis socialmente

atribuídos (Meleis, 2010).

É possível perceber-se como está uma transição a decorrer, através dos indicadores de processo, que nos mostram se o cliente tem adquirido progressivamente conhecimentos, se tem desenvolvido as tarefas propostas, se se acha capaz de as realizar e se tem desenvolvido estratégias de *cooping* para superar os problemas ou os desafios que vão surgindo (Meleis et al., 2000). Os indicadores de resultado, permitem perceber se o cliente atingiu a mestria com a aquisição de novas competências e se se sente confortável no novo papel que desempenha, adquirindo uma integridade fluida (Meleis et al., 2010).

Os enfermeiros representam um papel essencial na prestação de cuidados à criança e família, que se encontra em período de transição, uma vez que os acompanham frequentemente (Meleis & Schumacher, 1994). O enfermeiro apoia o desempenho do papel parental e na tomada de decisão, destacando que o cuidar em pediatria, deve estar vinculado à família, visando a satisfação das necessidades da díade - criança/família (Fernandes, 2019). Encontramos nos pais a base primordial para a satisfação das necessidades básicas da criança, como a prestação de cuidados de alimentação, higiene, segurança, confiança, proteção e espaço vivencial de troca de amor e de afetos. Simultaneamente, as aprendizagens das regras básicas de convivência e integração social resultam da tarefa educativa (Remondes-Costa, 2015). Realçar que, os enfermeiros são cada vez mais detentores de competências necessárias para capacitar os pais, de modo a que lhes permitam melhorar a ligação com os filhos e desempenhar mais eficazmente o seu papel parental (OE, 2012).

### **Parceria de cuidados**

Ao longo do meu percurso académico e profissional, tive sempre a preocupação constante na implementação do modelo de parceria de cuidados à criança. Os pais e enfermeiros são parceiros na prestação dos cuidados à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). A Parceria de Cuidados constitui uma filosofia de enfermagem pediátrica que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança no hospital (Mano, 2002). Este modelo descrito por Anne Casey (1993) preconiza que os enfermeiros prestem os cuidados de enfermagem conjuntamente com os pais, por forma a reconhecer e valorizar a importância da família no bem-estar da criança (OE, 2011). Este modelo preconiza que compete aos enfermeiros prestar os cuidados de enfermagem que os pais não conseguem prestar e, planejar e promover programas de informoterapia, adequados às necessidades dos pais, por forma a adquirir conhecimentos e estratégias mais apropriadas para a satisfação das suas necessidades (OE, 2012).

Importa também referir que os cuidados são planeados em função das aptidões e apetência de envolvimento dos pais, com negociação e partilha de decisões entre estes e os profissionais, já que ambos são considerados como peritos nos cuidados à criança (Casey, 1995; Monteiro & Cerqueira, 2020). Ou seja, o EESIP é o profissional especializado nos cuidados diferenciados de

enfermagem, enquanto os pais são os melhores entendedores no comportamento do seu filho e nos cuidados as suas necessidades básicas. Independentemente do contexto da prática, o EESIP tem um papel essencial no desenvolvimento de uma relação de parceria com os pais, uma vez que apresenta competências para a promoção desta através da negociação: tomada de decisão, colaboração e nível de participação (Monteiro & Cerqueira, 2020).

As crianças são particularmente vulneráveis às modificações que ocorrem no seu ambiente e rotina, logo uma vez hospitalizada, a criança e os pais vivenciam uma situação de stresse, angústia e insegurança (Boles, 2016). Mais uma vez importa referir a importância da díada que favorece o mais possível a união da criança e os pais (Mano, 2002).

A parceria de cuidados é um processo negociado e individualizado, de forma a responder às necessidades do binómio, pois este é o cliente e o beneficiário dos cuidados do EESIP (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). Nesta relação de parceria “é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, assim como é valorizada a parentalidade no processo de cuidar” (Mendes & Martins, 2012, p. 120). Em suma, a parceria entre enfermeiro e os pais é essencial para uma parentalidade mais segura e um desenvolvimento infantil mais saudável (Bento et al., 2020).

### **Projeto de desenvolvimento profissional**

A realização deste relatório foi precedida de um projeto de desenvolvimento profissional realizado na unidade curricular - módulo I. Com base no adquirido no curso, assim como dos meus interesses pessoais/profissionais emergiu o tema de projeto de desenvolvimento profissional, “Termorregulação comprometida - febre: promoção da parentalidade face as necessidades especiais da criança”.

No sentido de enquadrar o conceito central deste projeto - termorregulação - recorri à Ontologia em Enfermagem. Deste modo, pude depreender que este termo é integrado no processo do sistema regulador, e a avaliação da termorregulação toma como dados a temperatura corporal periférica e a temperatura corporal central. A condição destes dados permite a identificação de dois tipos de diagnósticos de enfermagem, a hipotermia e a hipertermia. A termorregulação comprometida é referida na literatura sobretudo como febre, e é uma das causas mais comuns pelas quais os pais recorrem aos serviços de saúde (Tan et al., 2022). As preocupações e tratamento inapropriado da febre na infância tem sido documentado há duas décadas (Gomide et al., 2014). Além do mais, pude depreender que os pais nem sempre sabem gerir o episódio febril do seu filho, desconhecendo os sinais tranquilizadores/alarme e, denotei também uma "obsessão" pela normoterapia com uso abusivo de medicação antipirética. Acrescento ainda, os próprios profissionais de saúde, fomentam por vezes esse sentimento com adoção de atitudes terapêuticas não fundamentadas cientificamente como por exemplo: a administração de antipiréticos sempre que tem febre; prescrição de dois antipiréticos diferentes em alternância; arrefecimento por métodos físicos (Sullivan et al., 2011).

Face à relevância e à atualidade deste tema e tendo em conta a minha prática clínica no SUP há mais de nove anos, pareceu-me necessário traçar os seguintes objetivos gerais: (1) Desenvolver competências de EESIP com especial enfoque na termorregulação comprometida - febre, assim como (2) Desenvolver competências de conceção e documentação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e mãe/pai com especial enfoque na termorregulação comprometida - febre.

Foram, ainda, formulados os seguintes objetivos específicos: (1) Aprofundar conhecimentos sobre termorregulação comprometida - febre, (2) Desenvolver conhecimentos sobre competências promotoras da parentalidade; (3) Melhorar competências no âmbito do planeamento de cuidados; (4) Desenvolver competências promotoras da parentalidade; (5) Desenvolver competências na gestão de funções vitais; (6) Melhorar competências no âmbito da conceção e documentação dos cuidados com especial enfoque na promoção da termorregulação comprometida - febre.

De modo a alcançar os objetivos previamente enunciados foram planeadas atividades para implementação nos contextos clínicos no módulo II: (1) Estudo sobre termorregulação; (2) Pesquisa em base de dados sobre a parentalidade, face a necessidades especiais no âmbito da termorregulação comprometida - febre; (3) Documentar os cuidados com recurso à plataforma *E4nursing* ao longo de diversas sessões com o mesmo caso clínico, com enfoque na termorregulação comprometida - febre; (4) Reflexão junto dos tutores sobre as intervenções de enfermagem promotoras dimensões da parentalidade face a necessidades especiais no âmbito da termorregulação comprometida - febre; (5) Observação das intervenções de enfermagem promotoras das dimensões da parentalidade face a necessidades especiais no âmbito da termorregulação comprometida - febre.

Defini como medidas de monitorização e controlo da implementação do projeto: (1) preenchimento de ficha de atividades que permitiram o registo das atividades realizadas, nomeadamente, como é que se concretizam a(s) atividades(s), condições facilitadoras e dificultadoras, reflexão do que foi realizado em cada uma delas em função do tema do projeto; (2) reuniões mensais com as orientadoras para a discussão das atividades; (3) preenchimento de fichas de leitura, de modo a organizar a informação dos artigos científicos encontrados.

A justificação da temática escolhida relacionou-se com motivações pessoais e profissionais geradoras de inquietação, fundamentada pelo trajeto pessoal, profissional e académico, cuja construção ao longo da linha cronológica, se alicerçou no desenvolvimento de competência científica, técnica e humana na qualidade de Enfermeira, no contexto dos cuidados em Pediatria. Este trabalho de pesquisa iniciou-se bem antes do início deste percurso académico, uma vez que sempre desejei prestar os melhores cuidados à criança em situação de doença, mas para isso e de modo a manter a continuidade dos cuidados no regresso ao domicílio é necessário capacitar os pais através da implementação da informoterapia. Pretendo atuar na

capacitação parental perante uma necessidade especial - na febre - e são elementos importantes face à promoção da saúde, a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; de facto, “a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades aos pais, de modo, a ser geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelos pais” (OE, p. 15, 2012). Neste sentido, ao longo do relatório irei referir quais os aspetos facilitadores e dificultadores em cada ensino clínico, com a implementação das atividades planificadas, de modo a alcançar os objetivos a que me propus e, deste modo contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho).

Assim, o culminar desta etapa expressa-se em forma de relatório, tendo por base um trabalho científico, num campo específico de conhecimento, de promoção, e de aprendizagem ativa, centrado no desenvolvimento de competências profissionais, para o exercício de enfermeiro especialista, dando especial enfoque ao tema do projeto de desenvolvimento profissional referido anteriormente. Deste modo, foi possível passar do projeto à realidade da prática clínica, nos diversos Estágios de Natureza Profissional no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria (SIP), através dos conteúdos das áreas de trabalho planeadas no projeto direcionados para a temática em estudo.



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

Todos os Estágios de Natureza Profissional foram realizados em dois momentos distintos, um referente ao módulo I e um segundo momento enquadrado no módulo II. É de referir que a tutoria de todos os Estágios de Natureza Profissional foi assegurada por um EESIP, com o apoio e orientação tutorial por parte dos docentes da ESEP.

Em todos os serviços, os cuidados de enfermagem são prestados de forma individualizada, prevalecendo o método de trabalho individual, será explanada a aplicabilidade do mesmo, ao longo deste capítulo nos diferentes serviços. De acordo com Ventura-Silva e colaboradores (2021), o método de trabalho constitui uma das bases do exercício profissional, contudo, a sua seleção é determinante para a segurança dos clientes e para a qualidade dos cuidados prestados. Na *scoping review* efetuada por estes autores é possível identificar quatro métodos de trabalho (funcional, individual, em equipa e o enfermeiro de referência) adotados pelos enfermeiros.

O primeiro Estágio de Natureza Profissional decorreu no Serviço de Pediatria Médica, num primeiro momento de 29 de março de 2023 a 21 de abril de 2023 com 60 horas de contacto e num segundo momento de 18 de setembro de 2023 a 17 de outubro de 2023 com 84 horas de contacto. O mesmo está integrado no Departamento de Saúde da Mulher e da Criança e, compete-lhe assegurar os serviços assistenciais, no âmbito da Pediatria Médica. Para além da atividade assistencial, este serviço procura assegurar a investigação clínica e ensino pré e pós-graduado na área da Pediatria Médica. Apresenta uma lotação de 16 camas distribuídas por dez enfermarias. Neste setor são internadas crianças/jovens dos 29 dias aos 17 anos e 364 dias. São admitidas crianças internamente provenientes do SUP mas também vindas do bloco operatório, por exemplo, após apendicectomia, ou manipulação de fraturas complicadas. Também, são internadas crianças com cirurgias programadas de otorrinolaringologia/ortopedia.

Todas as crianças internadas utilizam uma pulseira eletrônica de segurança contra fugas ou raptos. É permitido o acompanhamento de ambos os pais das 9:00 às 20:00 horas, ficando, apenas, um deles a acompanhar o filho/a durante a noite.

Este serviço é composto por uma equipa de 15 enfermeiros, sendo que todos o exercem neste serviço há pelo menos dois anos, cumprindo um dos critérios de dotação segura referido pela OE (2019), para que equipas de prestação de cuidados sejam constituídas em cada turno, por 75% dos enfermeiros com um mínimo de dois anos de experiência em pediatria. Existem, neste serviço, dois EESIP, sendo que um deles é coordenador do serviço e, exerce a função de gestão. Relativamente à dotação de enfermeiros, no turno da manhã/tarde é de três enfermeiros e, no

turno da noite é de dois elementos. Podemos, então, correlacionar este rácio de enfermeiros, com as dotações seguras em SIP (OE, 2019), já que “devem existir dois EESIP por cada três enfermeiros, sendo que, deverá existir, pelo menos, um EESIP, em permanência, 24 horas por dia” (Regulamento n.º 743/2019, p. 104), que este serviço não cumpre.

Relativamente à organização deste serviço, no momento, da admissão da criança/pais é realizada uma apresentação do serviço, assim como das normas de segurança que regem o mesmo. O enfermeiro entrega um folheto informativo que serve como guia orientador. A apreciação inicial da criança é realizada conjuntamente com o acompanhante na sala de admissão. Neste momento, é realizada uma anamnese completa com o motivo de internamento, e a apreciação inicial com monitorização de sinais vitais, avaliação de dados antropométricos; antecedentes pessoais; alergias alimentares ou/e intolerância alimentares; alergias medicamentosas ou outras; alimentos que a criança não consome ou/e algum tipo de dieta específica. Também há registo dos conviventes significativos da criança, assim como, o nome do acompanhante que fica em permanência com a criança.

Neste serviço, constam vários procedimentos de trabalho que regem os cuidados de enfermagem, nomeadamente: colheita de vários espécimes (urina, fezes, secreções de zaragatoa/ponta de cateter, conteúdo gástrico); recolha de dados da avaliação Inicial; medidas de isolamento; trações cutâneas/esqueléticas; manutenção do cateter venoso periférico; monitorização de tensão arterial; utilização e limpeza de câmaras expansoras, utilização de inaladores de pó seco, as orientações de vários alergénios (amendoim, mariscos, ácaros, etc); cateterização e manutenção do cateter venoso central, cateterismo vesical, punção lumbal, entubação nasogástrica, cateter venoso periférico, administração de terapêutica IV e perfusões, colheita de sangue; administração de antipirético e analgésicos; gestão da anafilaxia; preparação para as diferentes cirurgias (especialidade de ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica).

Para os pais, existem também folhetos informativos, sobre situações frequentes nas crianças, tais como, os cuidados a ter no domicílio em caso de vómitos, anafilaxia, nas várias alergias (pelos de cão, gato, alimentares, ácaros, etc), após cirurgias (adenoidectomia, amigdalectomia, miringotomia); uso da câmara expansora; trauma cranioencefálico; enurese; diarreia; lavagem nasal; cuidados de higiene perineal/anal; imobilização gessada. Existem também folhetos que abordam os principais marcos do desenvolvimento infantil, assim como as principais estratégias de promoção do desenvolvimento infantil por faixa etária, assim como, conselhos úteis diabetes mellitus tipo I.

O método de trabalho no internamento de pediatria médica é o método de trabalho individual, isto é, em cada turno são distribuídas as crianças por cada enfermeiro. A distribuição das crianças pelos enfermeiros é da responsabilidade do enfermeiro coordenador ou, na sua ausência, do responsável de turno. Referir que as crianças com patologias/cuidados de maior

complexidade são atribuídas ao EESIP. Além do mais, neste serviço é aplicado o modelo da parceria de cuidados através da negociação: tomada de decisão, colaboração e nível de participação.

Neste serviço contactei maioritariamente com desidratação por vômitos e/ou diarreia, febre no pequeno lactente, febre sem foco, bronquiolites, apendicectomias, diabetes mellitus tipo I, pneumonias.

O segundo Estágio de Natureza Profissional, no SUP ocorreu em dois períodos de 24 de abril de 2024 a 12 de maio de 2023 (60 horas de contacto) e 18 de outubro de 2023 a 17 de novembro de 2023 (84 horas de contacto). O SUP está inserido no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), representa o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, destina-se predominante e prioritariamente ao atendimento de situações clínicas agudas, que necessitam de observação médica e tratamento com carácter prioritário definido no momento de admissão, de acordo com a triagem. Nele, de forma ininterrupta, estão disponíveis as especialidades de Medicina Intensiva, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Pediatria. Relativamente à estrutura física, o SUMC dispõe, atualmente, de oito áreas: Área de Triagem de Prioridades; Área de Admissão/Tratamento de Curta Duração; Área Dedicada aos doentes dependentes; Sala de Emergência (adulto e pediátrica); Área de Ortopedia/Pequena Cirurgia; Área Laranja; Unidade de Decisão Clínica (UDC); Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). O SUP é sempre englobado no SUMC, uma vez que a gestão das equipas de enfermagem, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico é partilhada. Relativamente à estrutura física referir que parte do SUMC está localizado em contentores desde 2009 (pandemia da gripe-A) e o SUP desde a pandemia da COVID-19 está, também, em contentores desde dezembro 2019.

A equipa de enfermagem do SUMC (incluindo o SUP) é composta por 90 enfermeiros. Destes, 15 enfermeiros possuem a especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco enfermeiros são EESIP e um enfermeiro possui a especialidade em Enfermagem de Reabilitação e Saúde Comunitária. Como projeto de melhoria, existem grupos de trabalho no âmbito da dinamização da qualidade dos cuidados prestados, com cinco áreas de intervenção, tais como: inovação e gestão (comunicação, gestão da saúde ocupacional; integração de novos profissionais); qualidade e segurança (identificação inequívoca do doente; gestão da dor, transfusão segura, transporte do doente crítico); promoção de saúde (literacia em cuidados de urgência, capacitar para a transição segura, humanização, febre); formação em serviço e, ainda, a investigação.

De uma forma geral, a equipa de enfermagem presta cuidados em todas as áreas do serviço segundo um plano de trabalho por turno, em esquema rotativo e dinâmico, elaborado pelo enfermeiro gestor ou, na sua ausência, pelo enfermeiro responsável de turno. No entanto, o enfermeiro gestor ou responsável de turno priorizam sempre a permanência de pelo menos um EESIP no SUP, no entanto, não é possível assegurar sempre a presença de um EESIP por cada turno. A SUP pode contar com rácios de dois enfermeiros por cada turno, no entanto, também

não são elencadas as recomendações das dotações Seguras em SIP (2019) onde é recomendado que no mapa de enfermeiros devem existir dois EESIP por cada três enfermeiros e deverá existir, pelo menos, um EESIP, em permanência, 24 horas por dia. Referir que neste serviço, não consta até a data nenhum procedimento de trabalho, procedimentos de enfermagem específico da SIP.

Referir que o SUP, pode ter apoio de valências mais específicas, por forma a apoiar e colaborar na prestação de cuidados ao utente em situação aguda como por exemplo, a neurologia, a cardiologia, a gastroenterologia, a obstetrícia, a ginecologia, a oftalmologia, a estomatologia. O SUP é constituído por três salas de espera próprias, três gabinetes médicos de observação e duas Unidade de Internamento de Curta Duração com uma lotação de três camas e que se destina a internamentos inferiores a 24h.

A área de Triagem de Prioridades corresponde ao setor a partir do qual se faz a receção da criança e, deste modo define-se a prioridade de atendimento e a orientação da mesma. Referir que esta triagem é assegurada pelos enfermeiros da urgência geral, pelo não são elencadas as recomendações das dotações seguras (OE, 2019) que recomenda que a triagem de prioridades seja assegurada por EESIP. Aliás, o espaço físico de atribuição da triagem de prioridades é a mesma dos adultos, logo, atua com diferença do que é referido em diário da república de que "A triagem em idade pediátrica nos hospitais com SUMC, serviço de urgência pediátrica (SUP) deve ser realizada na urgência pediátrica" (Despacho n.º 10319/2014, p. 20675). Nesta unidade hospitalar é utilizado o Protocolo da Triagem de Manchester, um método em que a avaliação clínica se inicia a partir da queixa apresentada pelo pai/mãe e/ou criança ao profissional de enfermagem habilitado para o efeito. As prioridades apresentam-se sob a forma de cores, sendo que a cada cor corresponde um tempo alvo previsto para a observação inicial (figura 1):

Figura 1 - Triagem de Manchester

TRIAGEM MANCHESTER		
COR	PRIORIDADE	TEMPO
VERMELHO	Emergente	Imediato
LARANJA	Muito Urgente	10 min
AMARELO	Urgente	60 min
VERDE	Pouco Urgente	120 min
AZUL	Não Urgente	240 min

Fonte: Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV, 2021)

Depois de ser atribuída a prioridade, com a aplicação da Triagem de Manchester, as crianças e o pai/mãe são encaminhadas para o espaço físico do SUP.

O método de trabalho no SUMC é por posto de trabalho, isto é, um método de trabalho individual. A distribuição dos enfermeiros pelos setores do SUP é da responsabilidade do enfermeiro gestor ou, na sua ausência, do responsável de turno.

Neste serviço contactei maioritariamente com desidratação por vômitos e/ou diarreia, febre, infeções respiratórias, dor abdominal, disúria, queda com traumatismo crânio encefálico, exantemas, odinofagia, otalgias. Referir também que existem inúmeras crianças sem critérios para o internamento, mas com necessidade de antibioterapia endovenosa, por exemplo, recusa da criança em tomar antibioterapia via oral, otite sem resposta ao antibiótico via oral. Neste caso, é implementada informoterapia aos pais sobre os cuidados a ter com o cateter venoso periférico e os pais assinam um termo de responsabilidade de manutenção do mesmo no domicílio. No sentido de reforçar a continuidade de cuidados no regresso ao domicílio, existem folhetos informativos para os pais, tais como, a manutenção de cateter venoso periférico no domicílio e uso e limpeza da câmara expansora.

O terceiro Estágio de Natureza Profissional decorreu nos cuidados de saúde primários, também em dois momentos, de 15 de maio a 31 de maio de 2023 (60 horas de contacto) e 20 de novembro a 19 de dezembro de 2023 (120 horas de contacto), na USF e na UCC.

A USF tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica de atuação. Esta equipa compromete-se a assegurar a prestação da carteira básica de serviços, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados. (Parecer N<sup>o</sup> 10 da OE, 2018, p. 4):

*“As consultas de saúde infantil (dos 0 aos 18 Anos) nas idades chaves, são a garantia de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, um espaço onde se promove a saúde e previne-se a doença. É o local privilegiado para fazer os ensinamentos adequados proporcionando aos pais/cuidadores a literacia em saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, dotando-os de conhecimentos e competências que lhes permitam proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudável e feliz às suas crianças/jovens”.*

Esta USF pretende ser uma unidade de excelência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da comunidade, próxima das famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação. Apresenta como carteira básica à sua população, consultas médicas e de enfermagem programadas, nomeadamente, no âmbito dos programas de Hipertensão Arterial, Diabetes, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio Oncológico, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e Idoso, assim como domicílios. Para além da dedicação aos programas de saúde mencionados, anteriormente, a equipa de enfermagem presta ainda cuidados no âmbito da realização de tratamentos a feridas de várias etiologias,

administração de terapêutica e vacinação.

A equipa é composta por oito enfermeiros, um enfermeiro especialista, em cada uma das seguintes especialidades: SIP, Saúde Comunitária; Saúde Mental e Psiquiatria; Saúde Materna e Obstetrícia e Reabilitação e os outros três enfermeiros são generalistas. Logo esta USF cumpre as dotações seguras de enfermagem (Parecer n.º 10/2018, p. 4) “(...) as USF devem ser dotadas de EESIP, por forma a assegurarem os cuidados pediátricos nas consultas de Saúde Infantil e Pediátrica”. Todos os enfermeiros desta USF funcionam como o modelo de enfermeiro de família.

A enfermeira de família, com a especialidade na área de SIP assegura as consultas de saúde infantil, de uma população inferior a 200 crianças, , cumprindo desta forma as dotações seguras e, ainda, funciona como elemento de referência dos outros enfermeiros da USF no que concerne à SIP, cumprindo as dotações seguras dos cuidados em enfermagem. Segundo a OE (Parecer n.º 10/2018, p. 4), “o EESIP deve ser a razão de um por cada 200 crianças e é também consultor da área pediátrica para os restantes enfermeiros da unidade. A continuação de cuidados deve, preferencialmente, ser efetuada pelos Cuidados de Saúde Primários”.

A USF encontra-se organizada por consultórios médicos e de enfermagem. No entanto, todas as consultas são realizadas em equipa (médico e enfermeiro) num gabinete utilizado para realizar apenas as consultas de SIP, estruturado e organizado para o efeito. Estas consultas são agendadas ao longo da semana pelo médico e enfermeiro de família em horário previamente estipulado.

Nesta USF, existem inúmeros folhetos com conselhos úteis, nomeadamente, prevenção de acidentes nas diferentes faixas etárias (0- 4 meses; 4-9 meses; 9-36 meses; 3-5 anos; 5-13 anos; 13-18 anos); além de, técnicas de promoção do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida, do nascimento até aos três anos; higiene do sono (0-3 meses; 3-6 meses e a partir dos 6 meses); alimentação no primeiro ano de vida.

Além da USF, o meu estágio decorreu em parceria com a UCC que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, e faz a ligação com outros serviços para a continuidade dos cuidados. Atua também na educação para a saúde, prevenção da doença, na integração em redes de apoio às famílias, e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 7539/2017 do Ministério da Saúde).

A UCC, em questão, tem como pedra basilar os seguintes valores: trabalho em equipa; respostas integradas, articuladas e diferenciadas, de grande proximidade à população; empoderamento comunitário; intervenção baseada em padrões de qualidade de excelência e princípios éticos; cooperar e articular com outras entidades e organizações. Também tem por missão promover a melhoria do estado de saúde da população da sua área geo demográfica, da sua abrangência, aumentando a acessibilidade aos cuidados de saúde, prestando cuidados

especializados e de proximidade, com uma equipa multiprofissional, garantindo cuidados de saúde em articulação com todas as unidades funcionais do Agrupamentos de Centros de Saúde e parceiros, orientados para a obtenção de ganhos em saúde da população em cumprimento da missão da própria unidade local de saúde. Esta UCC abrange um total de 20 freguesias que somam 183,43 Km. Da população residente nas freguesias deste concelho são abrangidas 49.702 pessoas (Instituto Nacional de Estatísticas, 2021). Enquanto que para a população inscrita da área de abrangência desta UCC existe uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e três USF. No seu conjunto, as diferentes unidades funcionais possuem 51823 utentes inscritos (ARS Norte, 2016).

Na comunidade escolar, a UCC abrange cerca de seis agrupamentos, ou seja, cerca de 35 escolas, com um total de oito mil alunos e 1500 docentes e não docentes. Desta forma, não cumpre, o rácio de alunos por enfermeiros, já que no agrupamento constam mais de 8000 crianças e, segundo as dotações seguras, deve aplicar-se o seguinte rácio: “um enfermeiro especialista, por cada 1.500 alunos saudáveis; um enfermeiro especialista em Enfermagem de SIP, por cada 150 alunos com necessidades de saúde especiais” (Regulamento n.º 743/2019, p. 134).

A equipa da UCC está constituída por um coordenador que é Enfermeiro Especialista em Reabilitação. O conselho geral é constituído por todos elementos da equipa multidisciplinar (três Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, três Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária, um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, um Enfermeira Generalista, um Médico de Saúde Geral e Familiar, dois Assistentes Sociais, um Nutricionista, um Fisioterapeuta, um Assistente Técnico), constando o seu funcionamento do regulamento interno da UCC.

A salientar que o projeto de intervenção na Saúde Escolar é da responsabilidade dos Enfermeiros de Saúde Comunitária e Saúde Mental, não existindo nenhum EESIP, pelo que não cumpre as dotações seguras em enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, p. 134) uma vez que deve:

*“(...) integrar, preferencialmente, enfermeiros especialistas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, tendencialmente, com competência acrescida em Saúde Escolar”.*

A Saúde escolar assenta em duas áreas, nomeadamente, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Ambos os programas integram vários projetos direcionados para a promoção da saúde da criança e do jovem e suas famílias, promovendo o desenvolvimento das competências parentais, como por exemplo o gabinete de apoio ao aluno e, ainda, na inclusão escolar em crianças com necessidades educativas especiais. Além disso, ambos os enfermeiros, estão a implementar intervenções nas

escolas do ensino básico (alunos do 4.º ano), no âmbito da gestão das emoções. Devido à escassez de recursos humanos nesta UCC, o projeto de Saúde Escolar, iniciou há poucos meses pelo que, ainda, está numa fase inicial de planificação e implementação. No entanto, esta UCC aguarda pela mobilidade de um EESIP.

A equipa de enfermeiras de Saúde Materna e Obstetrícia são responsáveis pela preparação para o parto, sessões de esclarecimento sobre as características do recém-nascido, prevenção de acidentes no primeiro ano de vida e, os primeiros cuidados ao recém-nascido (RN).

O último Estágio de Natureza Profissional foi realizado na UCIN e decorreu no final de ambos os módulos, do dia 1 de junho a 23 de junho de 2023 (60 horas de contacto) e de 3 de janeiro de 2023 a 31 de janeiro de 2024 (84 horas de contacto). Este serviço admite recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, com necessidade de cuidados intensivos ou intermédios, e recém-nascido de termo (até os 28 dias de vida) que necessitem de internamento. Tem uma lotação de seis berços distribuídos por quatro salas: uma sala destinada a cuidados intensivos, duas salas de cuidados intermédios e um isolamento.

Este serviço é composto por 15 enfermeiros, dos quais sete são EESIP. A dotação da equipa de enfermagem de manhã e de tarde é de três elementos, um ou dois são EESIP. O turno da noite é assegurado por dois enfermeiros e apenas um deles é EESIP. Podemos deste modo referir que este serviço implementa rácios diferentes das dotações seguras para os cuidados de enfermagem uma vez que "(...) na Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais e Pediátricos devem existir dois enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica por cada três enfermeiros de cuidados gerais, em permanência nas 24 horas" (Regulamento n.º 743/2019, p. 141).

A filosofia é de parceria de cuidados, sendo que os pais são considerados parte essencial da equipa, podendo permanecer junto do RN sempre que quiserem e são motivados a colaborar, nomeadamente, na satisfação das necessidades básicas da criança.

Os pais dos recém-nascido na UCIN têm um cartão de identificação que permite livre acesso durante o internamento, sendo que para entrar têm que tocar a campainha e identificar-se, por questões de segurança. Na admissão dos pais e recém-nascido, é reforçada a informoterapia acerca das medidas de controle da infeção, nomeadamente, colocação de bata no momento da entrada no serviço, retirar todos os adornos; assim, como lavar as mãos antes e depois de sair da unidade e a desinfeção das mãos com solução antisséptica, que existe em cada unidade, antes e depois de tocar ou prestar cuidados ao recém-nascido. A unidade dispõe de uma sala à entrada, com a lotação de seis camas, para as mães que permanecem durante a noite. Os pais são instruídos, a não falar ao telemóvel e colocar o mesmo no silêncio, ter em atenção o nível de conversação, assim como, não ir para as unidades de outros recém-nascido. A passagem de turno é realizada na sala de enfermagem.

Importa, também, referir que este hospital é, desde setembro 2011, "hospital amigo dos bebés", um título atribuído pela OMS (2018) e UNICEF (2012) que reconhece a política de incentivo ao aleitamento materno. A UCIN dispõe dentro da unidade de um local destinado a extração de leite materno, que disponibiliza todo o material necessário para a extração de leite, em que a privacidade é assegurada por biombo. Posso referir que também existe uma atenção especial na extração e armazenamento do leite materno, com implementação de informoterapia à mãe no primeiro momento considerado oportuno e tendo em conta a disponibilidade da mesma. É fornecido também um folheto da DGS "extração e conservação de leite materno". De mencionar ainda que, o armazenamento e a preparação do leite materno ou artificial é da exclusiva responsabilidade do enfermeiro.

Cada unidade dispõe de um cadeirão e uma cadeira para os pais, de modo a tornar mais prazeroso e cómodo a presença dos mesmos no serviço. Também dispõe de solução antisséptica para uso dos pais e profissionais, rampa de oxigénio, aspirador, monitor, termómetro, bombas e seringas perfusoras, aspirador com sondas de aspiração, fraldas, compressas esterilizadas. Todos os dias, é colocada uma seringa com soro fisiológico e água fervida no tabuleiro da unidade, sendo que o soro fisiológico é utilizado para permeabilizar as narinas e a água fervida para realizar a higiene oral do RN.

A roupa que os RN vestem é providenciada pelos pais, no entanto, os lençóis e ninhos são fornecidos pela UCIN. Reforçar que todo o material utilizado dentro da incubadora (expeto a roupa do recém-nascido) é esterilizada. Existem kits com lençóis esterilizados, assim como, um kit utilizado no momento dos cuidados de higiene, com uma toalha e um lençol esterilizados.

Este serviço possui vários folhetos informativos dirigidos aos pais, tais como: acolhimento, vacinação, fototerapia, alimentação por sonda, técnica de amamentação. Temos de ter em conta que grande parte destes recém-nascidos são pré-termo, e algumas mães pela pequena percentagem de camas não podem permanecer 24 horas com o seu filho. Um dos primeiros aspetos abordados pelo EESIP, são as características específicas do Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) e os pais são incentivados a consultar o *website* da Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

Este serviço também dispõe de uma diversidade de procedimentos de trabalho, tais como: amamentação do recém-nascido em Cuidados Intensivos Neonatais; incubadora de transporte e todo o material utilizado no transporte de um neonato; verificação diária do tabuleiro de emergência; verificação do equipamento/material; princípios gerais da alimentação do RNPT; prevenção da infeção urinária associada ao cateterismo urinário; recém-nascido em fototerapia; oxigenoterapia; limpeza e desinfeção de equipamentos, materiais e, incubadoras; medidas de isolamento; lavagem do nariz do recém-nascido; extração de leite manual e mecânica; intubação naso/oro gástrica; equipamentos de proteção individual; transfusão neonatal; Ventilação Mecânica Não Invasiva; método canguru; medicação e amamentação; informação à

mulher que decide não amamentar; cateterização e manutenção do cateter venoso central; estimulação da lactação nas situações de pouco leite e separação mãe/filho; vacinação VHB; horário das mamadas; alimentação da mãe que amamenta; complicações que podem surgir na amamentação; alimentação do recém-nascido com necessidades especiais e/ou com patologia; cateter umbilical; encaminhamento de fetos/nados mortos (RN falecidos para autópsia); transfusão neonatal; administração de componentes ou hemoderivados; cuidados ao recém-nascido em Ventilação Não Invasiva (VNI) e cânula nasal de alto fluxo; saída do utente e planeamento da alta.

O método de trabalho na UCIN médica é por método de trabalho individual, isto é, em cada turno são distribuídas as crianças por cada enfermeiro. A distribuição das crianças pelos enfermeiros é da responsabilidade do enfermeiro coordenador ou, na sua ausência, do responsável de turno. Realçar, que os RN com patologias/cuidados de maior complexidade, assim como, aquelas que necessitam de cuidados no regime de unidade de cuidados intensivos e intermédios são atribuídas ao EESIP. Além do mais, neste serviço é aplicado o modelo da parceria de cuidados através da negociação: tomada de decisão, colaboração e nível de participação.

Neste serviço contactei maioritariamente com os vários graus de prematuridade, icterícia neonatal, febre no recém-nascido, infeções urinárias, infeções respiratórias (predominantemente pelo vírus sincicial respiratório), recém-nascidos com restrições de crescimento intra-uterino.

Gostava de enaltecer que todos os Estágio de Natureza Profissional contribuíram para a maximização da minha aprendizagem. De facto, em todos os serviços, defini inicialmente objetivos específicos, existindo desta forma um compromisso entre mim e o tutor, de modo a facilitar e orientar este processo educativo.

Posso considerar, que houve interação entre mim e o tutor, na conceção de cuidados, nomeadamente na priorização e planeamento da prestação de cuidados, discutindo os casos clínicos, assim, como discussão da justificação das nossas intervenções com a mais recente evidência, por forma, a contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na qual permite ao enfermeiro apoiar as suas tomadas de decisão num modelo teórico válido, atual e pertinente para uma assistência diferenciada e devidamente fundamentada (OE, 2019). Além do mais, referir que em todos os Estágios de Natureza Profissional, as crianças com os cuidados de maior complexidade eram-nos atribuídas, e desta forma permitiu-me aumentar a prática e aprendizagem de procedimentos e técnicas de enfermagem mais específicas. Realçar que os cuidados de enfermagem eram orientados através de protocolos, frisar que sempre que possível tentei procurar a mais recente evidência comparando-as as intervenções destes mesmos protocolos, e discutindo as mesmas com as minhas tutoras, contribuindo desta forma ao pensamento crítico-reflexivo da minha parte e da tutoria. Desta forma, houve um diálogo e

uma partilha de ideias de forma bi-direcional, já que “pretende influenciar e transformar o outro” (Estrela, 1992, p. 41). Nesta continuidade e na inter-relação dos diversos contextos da relação pedagógica de confiança entre o aluno-tutor, destaco a importância do feedback contínuo do tutor, quer a nível identitário, quer a nível de aprendizagem e de valorização/respeito pelo meu trabalho.

Senti em todos os Estágio de Natureza Profissional , um clima de segurança que me permitiu maximizar as minhas aprendizagens. Este facto, permitiu-me estar à vontade para mobilizar saberes diversos e sentir-me competente nos cuidados as crianças/pais. Este contexto de segurança, é considerado indispensável à aprendizagem do adulto e permite ao estudante estar disponível para aprender e correr riscos o que proporciona evolução na aprendizagem (Pires, 2007). O facto de já ter uma um percurso profissional na área de SIP permitiu-me também facilitar o meu percurso de desenvolvimento da competência, de gestão de emoções, de me tornar autónoma e construir relações interpessoais maduras.

A realização do Projeto de Desenvolvimento Profissional foi uma condição essencial na maximização das minhas aprendizagens, pois segundo Barbier (1993) o projeto é como uma antecipação do real e pressupõe um conjunto articulado de ações, que tem como finalidade atingir determinados objetivos pré-definidos. Neste percurso, a elaboração do mesmo serviu de alicerce e como um guia conselheiro indo de encontro as competências do EESIP, bem como para o desenvolvimento deste meu processo formativo. A oportunidade dada em poder aplicar o mesmo nos Estágios de Natureza Profissional permitiu-me contribuir em favor do avanço da enfermagem.



### 3. CASO 1 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA-MÉDICA

A Isabella (dados fictícios) é uma criança com 12 meses, encontra-se no período do desenvolvimento toddler. Foi internada por aumento da temperatura basal individual (TBI) há três dias, sem foco aparente e com aumento dos parâmetros inflamatório analíticos. Segundo informação da mãe, no primeiro dia de aumento da TBI de 4/4 horas, no segundo dia picos de aumento de 6/6 horas. No pico febril (máximo de 38.6°C, elevação de 1.5°C tendo em conta a TBI) mais desconfortável e chorosa, com administração do antipirético Isabella fica bem disposta e brinca. Na admissão, a Isabella está bem disposta e sorridente. Apresenta-se ao colo da mãe, com parâmetros vitais estáveis. Temperatura axilar de 38.3°C (último antipirético administrado na urgência há 6 horas atrás). Coloração da pele rosada. Apresenta cateter venoso periférico permeável. A conceção de cuidados foi realizada no momento da sua admissão e a segunda sessão no terceiro dia do internamento. Foram clientes dos meus cuidados durante três turnos.

#### 3.1. Enquadramento teórico

Contextualizar de forma teórica o desenvolvimento nesta faixa etária (**Toddler**) associada à condição da hospitalização traduz especificidade inerentes, e os riscos associados que sustenta a prática do "cuidar da criança/jovem nas situações de especial complexidade" (OE, 2018). É fundamental entender que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) tem um papel fundamental na prestação de cuidados, pois tem a competência de cuidar e prestar cuidados à criança em situação complexa, assistir a criança e família, tendo como objetivo a maximização da sua saúde e prestar cuidados de enfermagem específicos ao longo do ciclo vital da criança e família e seu desenvolvimento (OE, 2018). Tendo em conta a faixa etária do cliente, parece-me importante destacar o conceito de desenvolvimento infantil e todos os conceitos que lhes são inerentes. O espaço temporal entre os 12 e 36 meses de idade é definida com a idade *toddler*. Durante este período de desenvolvimento, o crescimento da criança desacelera. O peso médio que vai ganhando é 1,8 a 2,7 Kg/ano e a altura é de 7,5 cm/ano. Em relação ao perímetro cefálico, este também desacelera e a fontanela anterior encerra entre os 12 e 18 meses de idade (Hockenberry & Wilson, 2016).

Para uma abordagem holística da criança, deve-se ter em atenção, o **desenvolvimento físico, psicomotor**, emocional e social. Todos estão interligados e são avaliados pelos profissionais de

saúde através das escalas de desenvolvimento (OE, 2018). Aos 12 meses, a criança apresenta movimentos manipulativos precisos, movendo o braço em direção ao objeto, sendo que a mão apresenta a configuração indicada para o objeto da ação (Haywood & Getchell., 2004). A nível visual, a percepção de formas geométricas é evidente na fase *toddler* e aos 12 meses, a criança olha para um buraco redondo num tabuleiro com formas, de forma seletiva, no entanto, sem conseguir colocar lá o objeto redondo (Opperman & Cassandra, 2001).

Nesta faixa etária, os sentidos são cada vez mais desenvolvidos, coordenados entre si e associados a outras experiências e são usados pela criança para explorar o ambiente que a rodeia, sendo que o toque é fundamental para o desenvolvimento do *toddler* uma vez que sensações táteis prazerosas conseguem tranquilizar e confortar a criança, essencialmente quando está em stress e com fadiga (Duffy, 2019).

Para o desenvolvimento de práticas de cuidados **promotoras do crescimento e desenvolvimento** nesta faixa etária, o brincar constitui-se como uma atividade prazerosa e significativa do *toddler*, sendo que a criança utiliza o brinquedo de diversas formas, para brincar e fantasiar, desenvolver competências motoras e recriar atividades que visualiza no dia a dia dos adultos (Silva, 2020). O desenvolvimento saudável das crianças, implica que lhe sejam oferecidos um conjunto de condições favoráveis na resposta às suas necessidades de crescimento e, desenvolvimentais, emocionais, sociais e educativas, das quais são exemplos, ter uma casa segura e amorosa e, poder estar com a sua família, brincar, ler, cantar e falar (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). A promoção do crescimento e desenvolvimento do potencial nesta faixa etária é uma dimensão do desempenho do papel parental, sendo da esfera da competência dos enfermeiros capacitar e apoiar os pais de forma a que possam proporcionar oportunidades para o desenvolvimento dos seus filhos.

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, neste período existe um aumento do nível da compreensão e a criança vai construindo frases com mais de duas palavras. Os gestos acompanham a linguagem da criança até aos 30 meses e são gradualmente largados assim que a criança atinge uma linguagem suficientemente dominada (Hockenberry & Wilson, 2016).

Relativamente a **alimentação/amamentação** (OE, 2010), o regime alimentar do *toddler* deve ser adequado à respetiva idade e às necessidades nutricionais e, continuar a apostar na variedade da oferta alimentar no que concerne à alimentação infantil, com maior ênfase no 1º ano de vida (DGS, 2019). É consensual, quer por parte das comissões de nutrição (Associação Portuguesa de nutrição, 2019) quer pela OMS (2018), que se deve manter a amamentação a par da diversificação alimentar e durante a introdução na dieta familiar, ou seja, até aos 12-24 meses. Importa realçar, que a amamentação é um seguro de saúde pelo que deve ser incentivado o **aleitamento materno** para uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, sendo referenciado como o único alimento onde não há probabilidade de desnutrição ou desidratações graves, promovendo o vínculo e subsequente a paixão

intergeracional (UNICEF, 2012). Pelo que é papel do EESIP, incentivar as boas práticas no padrão alimentar e na amamentação, pois a OMS e UNICEF consideram que as práticas adotadas nos serviços de saúde podem ter um efeito importante sobre a **amamentação** e, posteriormente, no padrão alimentar da criança.

O **sono** é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação. A criança nesta idade dorme entre 10 a 14 horas por dia, sendo que a maioria das crianças só dormem uma sesta por dia (Associação Portuguesa do Sono, 2020). Nesta fase, as crianças são muito ativas e, por norma, apresentam resistência na hora de dormir, assim como, acordam durante a noite. Por isso, devem ser instituídos rituais antes da hora de deitar para ajudar a criança a adormecer (Duffy, 2019).

A natureza do vínculo entre a criança e os pais é um aspeto, importante da parentalidade, uma qualidade que tem mostrado ser um determinante central para a saúde, atual e futura, da criança. Assim sendo, os pais encontram-se numa transição desenvolvimental (Meleis et al., 2000). Os pais estão consciencializados do evento crítico do processo de internamento e da doença, fazem questões pertinentes relativas a hospitalização e estão envolvidos no processo de internamento.

A doença e a **hospitalização** implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam (OE, 2015), pelo que os profissionais de saúde são referidos como facilitadores da transição e, é responsabilidade dos enfermeiros promover a adaptação dos pais a esta realidade (OE, 2015, p. 19). Desta forma, devemos planear os cuidados tendo em conta a participação máxima dos pais (parceria de cuidados), de forma a que estes se tornem parceiros dos cuidados de saúde à criança, levando à minimização dos efeitos negativos da hospitalização, assim como garantir e planear o regresso a casa (Tavares, 2020). A relação que foi estabelecida, com os pais, foi considerada como condição facilitadora do processo de transição, já que, influencia a adaptação da mãe às rotinas do hospital e à vivência da hospitalização (Marchetti & Moreira, 2015). Além disso, foi tido em atenção o ambiente hospitalar, uma vez que, o hospital é um local com diversos ruídos, normalmente com paredes pintadas em branco, corredores grandes e com vários profissionais de saúde que a criança desconhece (Tavares, 2020), proporcionado à menina momentos de atividade lúdica, musicoterapia, entre outras atividades.

Ao longo, do internamento, foi implementada a **informoterapia**, relativamente ao aumento da TBI. De facto, em relação ao motivo da sua hospitalização, o aumento da TBI, a DGS (2018) considera que termorregulação comprometida, se a criança apresenta 1°C acima da média da temperatura basal diária individual. O aumento da TBI é associada aos vírus ou/e bactérias é um achado comum na infância, aproximadamente, 20 a 40% dos pais com crianças até aos cinco anos recorrem aos serviços de saúde por este motivo (Pitoli et al., 2021). Existem mais de 400

vírus capazes de provocar o aumento da TBI numa criança, no entanto, o facto de contrair um vírus não resultará em hipertermia, como exemplo, em situação de varicela, umas crianças desenvolvem hipertermia enquanto outras não. Por estas razões algumas crianças saudáveis terão o aumento da TBI pelos menos em 1-1.5°C, muitas vezes, sobretudo nos primeiros dois anos de vida e/ou após o seu ingresso no infantário, enquanto outras têm aumento da TBI menos vezes (Salgado, 2012). O aumento da TBI em crianças pequenas geralmente indica uma infeção subjacente, condições comuns incluem infeções do trato respiratório superior, gripe, infeções de ouvido, amigdalite, infeções do trato urinário, varicela ou tosse convulsa (NICE, 2019). Na maioria dos casos, a doença é causada por uma infeção viral auto-limitada, no entanto, a hipertermia também pode ser a característica de apresentação de infeções bacterianas graves, como meningite ou pneumonia (NICE, 2021). O **comprometimento da termorregulação**, continua a ser um dos principais motivos na procura dos serviços de saúde, pois os pais percebem este sinal/sintoma como doença e um fator de risco para complicações maiores - convulsões febris (Pitoli et al., 2021). Tendo em conta as práticas e crenças, a hipertermia pode ser percebida sob três enfoques: científico (resposta adaptativa e benéfica ao organismo), científico pragmático (reconhecimento da função da hipertermia no organismo e atuação com medidas antipiréticas) e fóbico-temoroso (altos índices de ansiedade e medo frequente entre pais/cuidadores) (Purssell, 2014). O objetivo principal do tratamento sintomático da criança com aumento da TBI deve incidir na melhoria do seu conforto global, e não sobre a normalização da temperatura corporal (DGS, 2018). O aumento da TBI geralmente é benéfica, pois os agentes patogénicos crescem melhor sob temperaturas mais baixas e a resposta imune é mais intensa em temperaturas elevadas.

Tendo em conta as normas da DGS (2018), o método de avaliação da temperatura foi axilar, vai ser o método de avaliação da temperatura. Devemos elucidar os pais/cuidadores que mais relevante do que o valor isolado da temperatura na criança são os sinais de alerta que acompanham este sinal/sintoma (DGS, 2018).

### 3.2. Clientes

**Cliente**

Toddler | Idade: 1 ano | Feminino

**Mãe/Pai**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Figura parental principal: mãe.

23-09-2023 13:00 - Distância casa/hospital: 10.

23-09-2023 13:00 - Número de outros filhos: 1.

23-09-2023 13:00 - Filho(s) pré-escolar.

23-09-2023 13:00 - Papel parental não partilhado.

23-09-2023 13:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

23-09-2023 13:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Figura parental principal: mãe.

26-09-2023 13:00 - Distância casa/hospital: 10.

26-09-2023 13:00 - Número de outros filhos: 1.

26-09-2023 13:00 - Filho(s) pré-escolar.

26-09-2023 13:00 - Papel parental não partilhado.

26-09-2023 13:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

26-09-2023 13:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

**3.3. Medicação**

<b>Início</b>	<b>Medicação</b>	<b>Fim</b>
2023-09-23 13:00:00	PARACETAMOL 4% (200 MG<>5 ML), DOSE 113 mg, via oral (SOS, se necessário de 6 em 6 horas)	
2023-09-23 13:00:00	IBUPROFENO 20mg/ml (suspensão oral), DOSE 56 MG, via oral (SOS, alternar com paracetamol se necessário de 4/4 horas)	

**3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

Relativamente ao foco da hipertermia, existe a prescrição em SOS do antipirético PARACETAMOL e IBUPROFENO suspensão oral. Nas suspensões orais, devemos ter atenção em agitar bem a solução antes de usar e retirar com uma seringa doseadora a quantidade certa de

dose a administrar. No caso de abertura do frasco, deve ser colocada a data hora de abertura, o frasco após abertura deve ser conservado durante um prazo de 6 meses, à temperatura ambiente, e não a mais de 25°C. No *toddler*, administrar diretamente na boca, a criança deve estar corretamente sentada. O melhor é esvaziar a seringa lentamente para o lado interior da bochecha.

O paracetamol tem propriedades farmacológicas de eficácia comprovada como analgésico e antipirético, embora demonstre fraco efeito anti-inflamatório. Está demonstrado que exerce uma inibição distinta sobre a síntese das prostaglandinas a nível cerebral, enquanto a síntese das prostaglandinas periféricas é, apenas, inibida ligeiramente. O paracetamol também inibe o efeito dos pirogêneos endógenos sobre o centro de termorregulação do hipotálamo.

Após administração, confirmar se a Isabella não bolsa (coloração do xarope) e assegurar que tolera após 30 minutos da sua administração, segundo a Infarmed (2023), o paracetamol é um analgésico e antitérmico clinicamente comprovado, que promove analgesia pela elevação do limiar da dor e antipirético através de ação no centro hipotalâmico que regula a temperatura. O efeito tem início 15 a 30 minutos após a administração oral e permanece por um período de 4 a 6 horas. No *toddler*, devem ser considerados, os seguintes aspetos: mais sonolento que o habitual, vômitos, dejeções mais líquidas e frequentes, baixa da temperatura corporal e vermelhidão da pele.

Segundo o infarmed o IBUPROFENO suspensão oral 20 mg/ml, a dose a administrar depende da idade e do peso corporal do doente. Classe farmacológica: Aparelho locomotor / Anti-inflamatórios não esteroides / Derivados do ácido propiónico.

Indicações ao uso de ibuprofeno: alergia ao paracetamol; não resposta ao paracetamol ou recorrência da hipertermia com desconforto, antes do tempo mínimo de nova administração (4 horas).

Contraindicações ao uso de ibuprofeno: neste caso clínico, não se aplicam.

O cliente sendo *toddler*, devem ser considerados, os seguintes efeitos secundários: rash cutâneo, prurido, obstipação, perda de apetite, vômitos, diarreia, gases, irritabilidade, broncoespasmo e dispneia.

Relativamente aos dois antipiréticos acima mencionados, as intervenções autónomas de enfermagem: vigiar tolerância do antipirético, vômito com coloração do antipirético. Voltar a vigiar conforto e bem-estar da criança após administração do antipirético e re-avaliar a temperatura posteriormente. Se a temperatura não voltar ao normal após a administração dos antipiréticos, só por si só, não é um sinal de gravidade desde que baixe de 1,0 ° a 1.5 °C dentro de 2 a 3 horas. Quando a apirexia se prolonga, isso deve-se ao equilíbrio entre a agressão infecciosa e a reação do organismo e não à ação do antipirético (DGS, 2018). O pico de maior ação do paracetamol e do ibuprofeno via oral ocorre cerca de duas horas depois de serem

administrados. É frequente numa situação de hipertermia que a temperatura não retome o seu valor basal individual mesmo sob a ação de um destes antipiréticos. Considera-se que o paracetamol ou o ibuprofeno foram eficazes no controlo da temperatura se a temperatura baixar de pelo menos 1-1,5°C em relação à temperatura inicial. Em ambos, a sua duração de ação é de apenas quatro a seis horas (SPP, 2021).

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Sondas, Drenos e Cateteres

23-09-2023 13:00

##### **23-09-2023 13:00 - Cateter venoso periférico**

23-09-2023 13:00 - Localização do cateter venoso periférico

23-09-2023 13:00 - Mão Direita(o)

23-09-2023 13:00 - Características do dispositivo: CVP nº24.

23-09-2023 13:00 - Ausência de dor.

23-09-2023 13:00 - Ausência de calor.

23-09-2023 13:00 - Ausência de rubor.

23-09-2023 13:00 - Ausência de tumefação.

23-09-2023 13:00 - Ausência de exsudado.

23-09-2023 13:00 - Ausência de infiltração.

##### **23-09-2023 13:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

23-09-2023 13:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [1 vez por turno]*

##### **23-09-2023 13:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

23-09-2023 13:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Neste contacto]*

26-09-2023 13:00 - Localização do cateter venoso periférico

26-09-2023 13:00 - Mão Direita(o)

26-09-2023 13:00 - Ausência de dor.

26-09-2023 13:00 - Ausência de calor.

26-09-2023 13:00 - Ausência de rubor.

26-09-2023 13:00 - Ausência de tumefação.

26-09-2023 13:00 - Ausência de exsudado.

26-09-2023 13:00 - Ausência de infiltração.

23-09-2023 13:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]*

##### **23-09-2023 13:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

23-09-2023 13:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [72/72 horas]*

23-09-2023 13:00 - *Trocar cateter venoso periférico [SOS]*

### **3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

O CVP, segundo o parecer n.º 6/2017 da OE, considera-se uma técnica invasiva, sendo de extrema importância a realização de procedimentos preventivos e de manutenção do acesso venoso. A infeção, ainda que uma complicação menos incidente, representa um risco e pode estar relacionada com diferentes fatores, nomeadamente, a inadequada preparação do local de punção, a microflora da pele, a incorreta desinfeção das mãos do profissional, a técnica utilizada para inserção do cateter venoso periférico, a contaminação do cateter durante a inserção e o tipo de material utilizado (Jacinto et al., 2011; Ministério da Saúde, 2006).

Deste modo, considera-se que o enfermeiro desempenha um papel extremamente importante na observação e monitorização de possíveis alterações no local onde se encontra inserido o cateter venoso periférico, sendo da sua competência a prevenção de potenciais complicações para a saúde dos seus clientes, perspetivando a procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2012). Neste caso devem ser considerados as intervenções acima referidas centradas na prevenção de futuras complicações inerentes a este procedimento, tais como, manifestações locais ou sistémicas, sendo classificadas como minor ou major consoante a gravidade dos sintomas das mesmas. As complicações minor incluem oclusões do cateter, remoções acidentais e dor. Por sua vez, as maiores tendem a ser mais graves correspondendo a flebites, infiltrações, infeções, extravasamentos e até mesmo lesões na pele (Abolfotouh et al, 2014). Deste modo, devemos remover o CVP, se a criança apresentar sinais de flebite, infeção ou cateter não funcionando ou a cada 72-96h, para reduzir o risco de infeção e flebite (Damani, 2012; O'Grady et al. 2011).

No sentido de otimizar o CVP, é recomendado o flushing (lavagem com pressão positiva) com soro fisiológico a 0,9%, sendo a periodicidade definida em cada instituição (Steffens & Brandão, 2012). Referir que é implementada no protocolo da instituição onde decorre este internamento, o flushing do CVP. Estes servem para manter o CVP permeável, impedindo a deposição de fármacos e conseqüentemente a ocorrência de reações de incompatibilidade nas administrações seguintes, levando à sua obstrução e por fim, prevenir a formação de biofilme no interior de cateter (Pombeiro, 2012). A evidência relembra a necessidade de higienização das mãos antes e após a palpação do local (no momento de inserção), antes e após a colocação do dispositivo e quando que se manipula o penso ou o CVP. Esta prática é importante, uma vez que para a inserção do CVP a principal barreira de proteção (pele) não se encontra íntegra, permitindo a entrada de microrganismos (Pombeiro, 2012). A maioria das infeções relacionadas com cateteres, os microrganismos são originários da flora das mãos dos profissionais de saúde, por este motivo, daí a importância na assepsia neste procedimento (O'Grady et al., 2011).

O local de inserção do CVP pode influenciar o risco de infeção da corrente sanguínea. Por exemplo, sendo numa área de flexão pode causar trauma no local de inserção do CVP, permitindo que as bactérias colonizem da parte externa da superfície do CVP para a parte interna (Blauw et al., 2019). Na escolha do calibre do CVP deve ter em conta o facto de menor lúmen menor dano interno (Cazcarro, 2018). O cateter de menor calibre previne a flebite, pois, permite o fluxo sanguíneo nos tecidos adjacentes e reduz o contacto entre o cateter e a camada íntima da veia, reduzindo assim o risco de trauma vascular (Oliveira, 2019).

As taxas de contaminação em garrotes reutilizáveis são elevadas. Se os profissionais de saúde seguissem as orientações preconizadas, quanto à necessidade do uso de garrotes de uso único, durante a inserção do CVP, haveria um menor risco de contaminação associada a essa prática (Parreira, 2019).

Assim, antes da inserção do CVP, deve ser utilizado um antisséptico, que poderá ser álcool a 70%, tintura de iodo ou solução alcoólica de clorhexidina (O'Grady et al., 2011). Para aumentar o tempo de permanência do CVP, a sua correta estabilização é fundamental, devendo ser confortável, segura e efetuada após a colocação do dispositivo. O tipo de penso selecionado pelo enfermeiro deverá ser estéril, não impedir o fluxo nem a monitorização do local de inserção (observação da presença de sinais inflamatórios), no sentido de prevenir a ocorrência de infeções, uma vez que o local de inserção do CVP permite o acesso direto à corrente sanguínea (Pombeiro, 2012). A avaliação do local de inserção do CVP é primordial na identificação de sinais de complicações, por esse motivo, deverá ser realizada diariamente, por palpação (sem remover o penso) ou por observação, caso o penso seja transparente. Na remoção do penso, não devem ser utilizadas soluções à base de acetona, éter, álcool ou benzina, para não danificar a pele do utente, e deve-se proceder, à limpeza asséptica do local de inserção após a remoção do penso e antes da inserção do novo CVP (Pombeiro, 2012). Em relação aos obturadores e conectores, estes devem ser mudados aquando da mudança dos sistemas de infusão ou de acordo com as recomendações do fabricante, não havendo benefício na sua troca antes das 72h (também consta no protocolo da instituição). Por forma a minimizar a infeção, antes da manipulação, deve-se proceder à desinfeção dos obturadores e conectores (Pombeiro, 2012). A pele deve ser limpa com antisséptico, assim como secar antes da inserção do CVP (CDC, 2011), sendo que Perry (2007) recomenda a desinfeção antes e após a utilização, com álcool a 70% ou solução alcoólica que contenha clorhexidina superior a 0.5%. Com a marca em uso na unidade hospitalar do presente caso (Topexidine), a solução alcoólica com clorhexidina deve secar depois de aplicada 20 a 30 segundos. [esteriplas.net](http://esteriplas.net)

Ainda sobre esta temática, Damani (2012) acrescenta que o tempo de permanência do CVP deve ser aquele em que está a ser utilizado, ou seja, deve ser removido sempre que deixa de ser necessário.

A ACSS (2011) recomenda a cateterização mais distal do membro, para preservação da veia,

evitando zonas de flexão e se possível, no membro não dominante da pessoa.

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-09-2023 13:00	Consciência	
23-09-2023 13:00	Sistema respiratório	
23-09-2023 13:00	Sistema cardiovascular	
23-09-2023 13:00	Eliminação intestinal	
23-09-2023 13:00	Eliminação urinária	
23-09-2023 13:00	Termorregulação	
23-09-2023 13:00	Sono	
23-09-2023 13:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
23-09-2023 13:00	Comportamentos para amamentar	
23-09-2023 13:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
23-09-2023 13:00	Desenvolvimento psicomotor	
23-09-2023 13:00	Desenvolvimento físico	
23-09-2023 13:00	Período toddler	
23-09-2023 13:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
23-09-2023 13:00	Apetite	
23-09-2023 13:00	Sensações somáticas	
26-09-2023 13:00	Pele e mucosas	
26-09-2023 13:00	Volume de líquidos	

#### 3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Face as reações adversas referidas no capítulo da medição, nomeadamente o paracetamol foi selecionado o domínio - eliminação intestinal, pele e mucosas - também, relativo aos efeitos secundários do ibuprofeno, foi selecionado o domínio - sensações somáticas (prurido), apetite, eliminação intestinal e sistema respiratório - de modo, a integrar os mesmos na conceção de cuidados, no sentido de vigiar os parâmetros inerentes a estes domínios.

Segundo a DGS (2018), a avaliação da dor (sensações somáticas), consciência, pele e mucosas, volume de líquidos, sistema respiratório e, sistema cardiovascular guardam em si a evolução e caracterização do quadro patológico e, são parâmetros que constam na classificação do nível de risco da termorregulação comprometida (avaliado em baixo, intermédio e elevada) daí a importância da vigilância destes domínios de forma, a detetar alterações.

#### Sistema Respiratório

Na ontologia de enfermagem (2023), os dados que caracterizam o sistema respiratório são a

frequência respiratória, ritmo, simetria/profundidade do tórax, uso ou não de músculos acessórios, presença ou não de adejo nasal, saturação de oxigénio, coloração da mucosa e falta de ar.

A avaliação deste sistema também é um parâmetro que consta na classificação do nível de risco da termorregulação comprometida (avaliado em baixo, intermédio e elevada) daí a importância de detetar alterações (DGS, 2018).

### **Sistema Cardiovascular**

A monitorização da tensão arterial e do pulso periférico fazem parte do exame físico e fazem parte da avaliação dos sinais vitais sendo que, segundo os roteiros da pediatria (2017), entre 1-10 anos é de  $< 70 \text{ mmHg}$  (idade em anos  $\times 2$ ). Além do mais, a frequência cardíaca dos 3 meses - 2 anos, é na criança acordada de 100 -190 bpm.

### **Eliminação intestinal**

Nesta faixa etária, é importante a avaliação das fezes relativamente as características de cor, consistência e ritmo intestinal, teremos sempre um alerta do organismo de que mudanças podem estar a ocorrer. E essas transformações podem ser fisiológicas (normais) ou patológicas (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2014). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2022), a eliminação intestinal pode ser alterada por vários fatores, como alimentação rica em alimentos obstipantes, pobre em água e em fibras, alterações na rotina diária, fatores emocionais e dificuldades na adaptação ao bacio ou sanita. Tal como referido, a hospitalização é uma alteração na rotina diária, daí a importância de detetar precocemente alterações aos padrões habituais da criança, do que é exemplo o padrão de eliminação intestinal.

### **Eliminação urinária**

A observação da eliminação urinária na faixa etária toddler, possibilita identificar necessidades de cuidados em enfermagem. Pode-se inferir que a análise do enfermeiro acerca da eliminação urinária, e a acurácia na elaboração de diagnósticos de enfermagem que retratem as respostas que apresentam é de fundamental importância (Miranda, 2013). Este domínio também se prende com elevada percentagem de infeções do trato urinário (ITU) estão entre as infeções bacterianas mais comuns em crianças, até 8% das crianças experimentam pelo menos uma ITU entre um mês e 11 anos (Silva, Oliveira e Mak, 2019).

### **Termorregulação**

A termorregulação é definida como o "controlo da produção e de perda de calor através de mecanismo fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal" (International Council of Nurses, 2019, p 132). A temperatura faz parte dos sinais vitais, pelo que faz parte da rotina do internamento a avaliação e vigilância deste parâmetro (Opperman e Cassandra, 2001).

### **Pele e mucosas e volume de líquidos**

A presença termorregulação comprometida contribui para o risco de desidratação, pelo que é fundamental vigiar pele e mucosas da criança. A desidratação é quando existe uma perda total de líquidos, que excede a ingestão total, levando a que a pele e mucosas da criança tenham alterações (Hockenberry, 2016).

### **Sono**

Segundo o plano nacional de saúde infantil (2022) refere como número total de horas diárias de 11 a 14 horas com aplicação de medidas da higiene do sono, tais como, necessidade de acalmar para adormecer, estabelecer rotinas se acordar durante a noite (tranquilizar a criança na própria cama). É fácil entender que a hospitalização é uma alteração considerável nas rotinas da criança. Além disso, apesar de ser menos frequentes existem micro despertares e, no caso desta criança o processo infeccioso pode alterar o sono (SPP, 2018) daí a relevância deste domínio.

### **Comportamentos para amamentar**

A SNS (2023) recomenda a lactação até aos dois anos ou mais, reconhecendo-se os seus benefícios enquanto a mãe e a criança a queiram manter. Este domínio pode estar alterado pelo processo patológico (hipertermia) daí a vigilância.

### **Apetite**

Segundo a DGS (2018), na criança com a termorregulação comprometida devemos respeitar o apetite da criança, pois em pico febril existe maior probabilidade de vomitar, uma vez que toda a energia do organismo está canalizada em combater o agente infeccioso.

Os domínios que se seguem carecem da nossa vigilância pela faixa etária da criança, na medida em que caracterizam as necessidades desenvolvimentais da criança relativamente as quais podemos ter intervenções relevantes.

### **Os comportamentos de ligação mãe/pai-filho; comportamentos de ligação filho-mãe/pai.**

A formação de um vínculo afetivo forte a pelo menos um dos cuidadores é a chave para que haja um desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e psicológico adequado da criança, uma vez que, esta primeira relação irá afetar o estilo de relações de vinculação ao longo da sua vida (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011). Além disso, o **desenvolvimento físico/psicomotor**, refere-se ao estado geral de saúde da criança pode ser traduzido pelo padrão de crescimento da criança, desta forma é possível avaliar alguns parâmetros que vão indicar se a criança se encontra no nível de crescimento esperado (Opperman e Cassandra, 2001). No caso desta criança, pode existir alteração do seu bem-estar, conforto alterado, assim como a dor. Por fim,

o **período toddler**, associado a este domínio, foram selecionadas as especificações ligadas ao foco de conhecimento, capacidade e significados, uma vez que se pretende avaliar os aspetos facilitadores e dificultadores da transição, que têm implicação no desenvolvimento da criança e possibilita os aspetos promotores da parentalidade nos quais o enfermeiro pode ter intervenção orientada para o indicador de resultado de mestria (Meleis et al, 2000).

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Consciência

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Consciente.

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Neste contacto]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Consciente.

#### Sensações somáticas

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Sem manifestação de dor.

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar sinais de dor**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [8/8 horas e em SOS]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Sem manifestação de prurido.

26-09-2023 13:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

#### Apetite

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

23-09-2023 13:00 - Apetite conservado.

23-09-2023 13:00 - Paladar conservado.

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [9:00; 12:30; 16; 19; 21h]*

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução do apetite**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do apetite [Por turno]*

*23-09-2023 13:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

26-09-2023 13:00 - Apetite conservado [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Paladar conservado [MANTEVE].

#### Sistema respiratório

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Frequência respiratória: 24 ciclos/min.  
23-09-2023 13:00 - Ritmo respiratório regular.  
23-09-2023 13:00 - Movimento respiratório simétrico.  
23-09-2023 13:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.  
23-09-2023 13:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.  
23-09-2023 13:00 - Sem adejo nasal.  
23-09-2023 13:00 - Saturação do oxigênio no sangue  
23-09-2023 13:00 - Periférico(a): 98 %.  
23-09-2023 13:00 - Coloração da mucosa: rosada.  
23-09-2023 13:00 - Não comunica falta de ar.

**23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da ventilação**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da ventilação [Por turno]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Frequência respiratória: 25 ciclos/min.  
26-09-2023 13:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].  
26-09-2023 13:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].  
26-09-2023 13:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].  
26-09-2023 13:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].  
26-09-2023 13:00 - Sem adejo nasal.  
26-09-2023 13:00 - Saturação do oxigênio no sangue  
26-09-2023 13:00 - Periférico(a): 100 %.  
26-09-2023 13:00 - Coloração da mucosa: rosada.  
26-09-2023 13:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

**Sistema cardiovascular**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Localização do Pulso  
23-09-2023 13:00 - Antebraço Direita(o)  
23-09-2023 13:00 - Frequência do pulso: 151 pulsações por minuto.  
23-09-2023 13:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.  
23-09-2023 13:00 - Pulso rítmico.  
23-09-2023 13:00 - Pulso simétrico.  
23-09-2023 13:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
23-09-2023 13:00 - Membro superior Direita(o)  
23-09-2023 13:00 - Pressão sanguínea sistólica: 65 mmHg.  
23-09-2023 13:00 - Pressão sanguínea diastólica: 34 mmHg.  
23-09-2023 13:00 - Temperatura das extremidades  
23-09-2023 13:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.  
23-09-2023 13:00 - Coloração das extremidades  
23-09-2023 13:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.  
23-09-2023 13:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

**23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Por turno]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Localização do Pulso

- 26-09-2023 13:00 - Antebraço Direita(o)  
26-09-2023 13:00 - Frequência do pulso: 120 pulsações por minuto.  
26-09-2023 13:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.  
26-09-2023 13:00 - Pulso rítmico.  
26-09-2023 13:00 - Pulso simétrico.
- 26-09-2023 13:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
26-09-2023 13:00 - Membro superior Direita(o)  
26-09-2023 13:00 - Pressão sanguínea sistólica: 84 mmHg.  
26-09-2023 13:00 - Pressão sanguínea diastólica: 42 mmHg.
- 26-09-2023 13:00 - Temperatura das extremidades  
26-09-2023 13:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.
- 26-09-2023 13:00 - Coloração das extremidades  
26-09-2023 13:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.
- 26-09-2023 13:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

### **Eliminação intestinal**

23-09-2023 13:00

- 23-09-2023 13:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.  
23-09-2023 13:00 - Fezes: em moderada quantidade.  
23-09-2023 13:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.  
23-09-2023 13:00 - Coloração das fezes: acastanhada.  
23-09-2023 13:00 - Número de defecações por dia: 1.  
23-09-2023 13:00 - Número de defecações por semana: 7.  
23-09-2023 13:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Neste contacto]*

26-09-2023 13:00

- 26-09-2023 13:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].  
26-09-2023 13:00 - Fezes: em moderada quantidade.  
26-09-2023 13:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.  
26-09-2023 13:00 - Coloração das fezes: acastanhada.  
26-09-2023 13:00 - Número de defecações por dia: 1.  
26-09-2023 13:00 - Número de defecações por semana: 7.  
26-09-2023 13:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

### **Eliminação urinária**

23-09-2023 13:00

- 23-09-2023 13:00 - Urina em moderada quantidade.  
23-09-2023 13:00 - Cor da urina: incolor.  
23-09-2023 13:00 - Cheiro da urina: "sui generis".  
23-09-2023 13:00 - Transparência da urina: Límpida.  
23-09-2023 13:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .  
23-09-2023 13:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.  
23-09-2023 13:00 - Sem globo vesical.

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Neste contacto]

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Urina em moderada quantidade.

26-09-2023 13:00 - Cor da urina: incolor.

26-09-2023 13:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

### **Termorregulação**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Temperatura corporal periférica

23-09-2023 13:00 - Região axilar: 38.30 °C.

### **23-09-2023 13:00 - Hipertermia**

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Neste contacto e em SOS]

23-09-2023 13:00 - Referenciar hipertermia ao médico [SOS]

#### **23-09-2023 13:00 - Promover termorregulação**

23-09-2023 13:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [Neste contacto e em SOS]

#### **23-09-2023 13:00 - Prevenir desidratação**

23-09-2023 13:00 - Gerir hidratação [Neste contacto]

26-09-2023 13:00 - Gerir antipirético [SOS]

#### **23-09-2023 13:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal**

23-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

23-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

#### **23-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal** [RESOLVIDO] 26-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal [Próximo contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre avaliação da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00

#### **23-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal** [RESOLVIDO] 26-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Próximo contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

*[Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal [Neste contacto]*

*26-09-2023 13:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da temperatura corporal.*

### **23-09-2023 13:00 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia**

*23-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].*

### **23-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia [RESOLVIDO] 26-09-2023 13:00**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia [Próximo contacto] [FIM]*

*26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia [Neste contacto]*

*26-09-2023 13:00 - A mãe/pai adota comportamentos de prevenção de complicações da hipertermia.*

### **26-09-2023 13:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal**

*26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].*

*26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].*

### **23-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal [RESOLVIDO] 26-09-2023 13:00**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal [Próximo contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre avaliação da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

**23-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal** [RESOLVIDO] 26-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Próximo contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal [Neste contacto]  
26-09-2023 13:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da temperatura corporal.

**26-09-2023 13:00 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia**

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].

**23-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia** [RESOLVIDO] 26-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia [Próximo contacto] [FIM]  
26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00  
23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia [Neste contacto]  
26-09-2023 13:00 - A mãe/pai adota comportamentos de prevenção de complicações da hipertermia.

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Temperatura corporal periférica

26-09-2023 13:00 - Região axilar: 37.70 °C.

**Volume de líquidos**

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Turgor da pele normal.

26-09-2023 13:00 - Pele hidratada.

26-09-2023 13:00 - Ausência de olhos encovados.

**Sono**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Dormiu por períodos longos.

23-09-2023 13:00 - Sono reparador.

23-09-2023 13:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 12 Hora.

23-09-2023 13:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

**23-09-2023 13:00 - Determinar evolução do sono**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do sono [Neste contacto]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Dormiu por períodos longos.

26-09-2023 13:00 - Sono reparador [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 12 Hora.

26-09-2023 13:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

**Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

**23-09-2023 13:00 - Ligação mãe/pai-filho**

**23-09-2023 13:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Neste contacto]*

**23-09-2023 13:00 - Promover ligação mãe/pai-filho [FIM] 26-09-2023 13:00**

*23-09-2023 13:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

*23-09-2023 13:00 - Incentivar a amamentação [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

**Comportamentos para amamentar**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

23-09-2023 13:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

23-09-2023 13:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

23-09-2023 13:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

23-09-2023 13:00 - Com manifestações de pega adequada.

**23-09-2023 13:00 - Amamentação**

**26-09-2023 13:00 - Determinar evolução da amamentação**

*26-09-2023 13:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Neste contacto]*

**23-09-2023 13:00 - Promover o amamentar/mamar [FIM] 26-09-2023 13:00**

*23-09-2023 13:00 - Assistir na amamentação [Neste contacto] [FIM] 26-09-2023 13:00*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Com manifestações de pega adequada [MANTEVE].

### **Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

#### **23-09-2023 13:00 - Promover papel parental especial: vinculação**

23-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação: facilitador.

23-09-2023 13:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação [Neste contacto]*

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação: facilitador [MANTEVE].

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução [MANTEVE].

### **Desenvolvimento psicomotor**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

23-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

23-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

23-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

23-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

23-09-2023 13:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

#### **26-09-2023 13:00 - Desenvolvimento infantil**

##### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

23-09-2023 13:00 - *Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Neste contacto]*

23-09-2023 13:00 - *Referenciar estado do desenvolvimento infantil ao médico [SOS]*

### **Desenvolvimento físico**

23-09-2023 13:00

23-09-2023 13:00 - Peso: 7.59 Kg.  
23-09-2023 13:00 - Percentil do peso: P(1).  
23-09-2023 13:00 - Comprimento/Altura: 72.00 cm.  
23-09-2023 13:00 - Percentil do comprimento: P(1).  
23-09-2023 13:00 - Perímetro cefálico: 45.50 cm.  
23-09-2023 13:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).  
23-09-2023 13:00 - Índice de massa corporal: 14.64 Kg/m<sup>2</sup>.  
23-09-2023 13:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).  
23-09-2023 13:00 - Encerramento da fontanela  
23-09-2023 13:00 - Posição posterior: sem compromisso.

### **23-09-2023 13:00 - Crescimento**

#### **23-09-2023 13:00 - Determinar evolução do crescimento**

*23-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do crescimento [Neste contacto]*

26-09-2023 13:00

26-09-2023 13:00 - Peso: 7.69 Kg.  
26-09-2023 13:00 - Percentil do peso: P(5).  
26-09-2023 13:00 - Comprimento/Altura: 72.00 cm.  
26-09-2023 13:00 - Percentil do comprimento: P(15).  
26-09-2023 13:00 - Perímetro cefálico: 45.50 cm.  
26-09-2023 13:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).  
26-09-2023 13:00 - Índice de massa corporal: 14.83 Kg/m<sup>2</sup>.  
26-09-2023 13:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(10).  
26-09-2023 13:00 - Encerramento da fontanela  
26-09-2023 13:00 - Posição posterior: sem compromisso.

### **Período toddler**

26-09-2023 13:00

#### **26-09-2023 13:00 - Período toddler**

#### **26-09-2023 13:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais**

*26-09-2023 13:00 - Alimentar cliente [Na ausência da mãe]*  
*26-09-2023 13:00 - Dar banho [Na ausência da mãe]*  
*26-09-2023 13:00 - Executar cuidados de higiene oral [Na ausência da mãe]*  
*26-09-2023 13:00 - Vestir/despir [Na ausência da mãe]*  
*26-09-2023 13:00 - Trocar fralda [Na ausência da mãe]*  
*26-09-2023 13:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Neste contacto]*  
*26-09-2023 13:00 - Implementar medidas de segurança [Neste contacto]*  
*26-09-2023 13:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Manhã/tarde]*

#### **26-09-2023 13:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional**

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**26-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional da criança**

*26-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança [Próximo contacto]*

*26-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional [Neste contacto]*

*26-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Próximo contacto]*

**26-09-2023 13:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**26-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono da criança**

*26-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre o sono da criança [Próximo contacto]*

*26-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono [Neste contacto]*

**26-09-2023 13:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

26-09-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-09-2023 13:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

**26-09-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança**

*26-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Próximo contacto]*

*26-09-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste contacto]*

*26-09-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Próximo contacto]*

### 3.7. Especificação das intervenções

Gerir hidratação

- Oferecer líquidos em pequenas quantidades de cada vez, mas frequentemente

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Colocar termómetro na região axilar
- Observar o desconforto da criança

Referenciar hipertermia ao médico

- Observar desconforto da criança apesar de medidas de conforto e bem-estar

Ensinar mãe/pai sobre avaliação da temperatura corporal

- Referir a mãe que existem 4 tipos de medição da temperatura, mas tendo em conta a idade a que se adequa mais é a retal e axilar
- Explicar a mãe que na medição da temperatura retal a criança deitada de costas, deve introduzir-se a ponta prateada (1 a 2 cm) do termómetro no ânus, após lubrificação e sem forçar, método mais rigoroso, mas menos prático
- Explicar a mãe que na medição da temperatura axilar demora cerca de 5 minutos até estabilizar. Encosta-se o braço ao corpo durante 5 minutos, depois coloca-se o termómetro (de preferência para o lado em que a criança está deitada ou recostada)
- Referir a mãe que mais importante do que o valor da temperatura corporal é o bem-estar e conforto da criança

Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Referir a mãe para manter a temperatura ambiente entre 20,0°C e 22,0°C
- Respeitar a sensação de frio e calor: ajustar o vestuário tendo em conta o bem-estar da criança
- Referir a mãe que deve oferecer líquidos, dando pequenas quantidades de cada vez
- Respeitar o apetite pois existe maior probabilidade de vomitar na subida da temperatura
- Referir a mãe que o banho de água morna está contraindicado na subida térmica e em pico febril

Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação

- Referir a importância na vigilância da coloração da pele e mucosas
- Referir a importância na vigilância de olhos encovados

Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão

- Referir a mãe os sinais da convulsão: movimentos tónico-clónicos dos membros, sialorreia, incontinência dos esfíncteres, cianose labial, revirar dos olhos, olhos fixos e parados

Avaliar evolução do apetite

- Observar estado do apetite

Referenciar compromisso do apetite ao médico

- Observar a ausência da ingestão de alimentos sólidos e líquidos

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Assegurar com a mãe os cuidados para satisfazer as necessidades de higiene na troca da fralda
- Assegurar a informoterapia como meio de pareceria de cuidados com a mãe
- Assegurar com a mãe a priorização do bem-estar e conforto da criança

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação

- Questionar se a mãe conhece as estratégias para promoção da vinculação: toque, abraços, aconchego, diálogo

Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos

- Oferecer líquidos com pequenas quantidades de cada vez, mas frequentemente para evitar a desidratação
- Referir a mãe que o leite materno permite a hidratação da criança

Incentivar a amamentação

- Referir a mãe que o leite materno é o alimento de fácil digestão que promove um melhor crescimento e desenvolvimento, além de proteger contra doenças
- Referir a mãe que o leite materno ajuda na hidratação da criança

Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância

- Explicar a mãe que se após a aplicação das intervenções não farmacológicas mantém-se o desconforto da criança é efetuada terapêutica antipirética
- Explicar a mãe que se deve usar preferencialmente o paracetamol
- Explicar a mãe que o antipirético é eficaz se baixar a temperatura de 1,0º a 1,5ºC dentro de 2 a 3 horas e se a criança estiver confortável
- Respeitar o intervalo entre duas tomas seguidas seja de 6 horas de paracetamol
- Explicar a mãe que pode alternar com o ibuprofeno caso os intervalos entre os picos febris rondem as 4 horas
- Explicar a mãe as contraindicações do ibuprofeno: alergia, varicela, diarreia e vômitos moderados a graves,

Otimizar cateter venoso periférico

- Otimizar CVP com flushing de soro fisiológico 0.9%

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Higienizar as mãos
- Otimizar CVP com flushing de soro fisiológico 0.9%
- Remover pensos existentes
- Desinfecção do local com compressa esterelizada com álcool a 70% ou solução alcoólica com clorhexidina
- Colocação de penso estéril transparente

Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal

- Referir a importância de otimizar ambiente físico (manter a temperatura ambiente entre os 20ºC e 22ºC)
- Respeitar o conforto e bem-estar da criança tendo em consideração a temperatura do ambiente em que se encontra
- Respeitar a sensação de frio e calor: ajustar o vestuário tendo em conta o bem-estar da criança
- Referir a mãe que em pico febril a criança pode manifestar mais sede e deve-se oferecer líquidos, dando pequenas quantidades de cada vez
- Referir a mãe que o banho de água morna está contraindicado na subida térmica e em pico febril

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia

- Questionar se a mãe sente dificuldades para prevenir complicações: desconforto, vômitos, desidratação

#### Aplicar dispositivo de arrefecimento

- Respeitar a sensação de frio e calor: ajustar o vestuário tendo em conta o bem-estar da criança

#### Assistir na amamentação

- Observar a pega correta: bochecha redonda na sucção, grande parte da aréola na boca do bebé, lábios virados para fora, o nariz não encosta ao seio, queixo encostado

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

- Presença de flebites, infiltrações, rubor, edema, calor, lesões na pele

#### Trocar cateter venoso periférico

- Remover CVP se presença de flebites, infiltrações, rubor, edema, calor, lesões na pele

#### Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

- Observar presença de sinais inflamatórios: flebites, pele vermelha, rubor, quente

#### Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Proporcionar momento calmo na criança
- Colocar braçadeira n.º 2 no membro superior;
- Programar insuflação através do monitor;

#### Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Observar frequência, quantidade e consistência das fezes

#### Avaliar evolução da eliminação urinária

- Observar cor, quantidade, cheiro de urina na fralda

#### Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Observar quantidade de alimentos ingeridos na refeição

#### Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia

- Observar se a mãe respeita o apetite da criança: maior probabilidade de vomitar em subida térmica
- Observar se a mãe oferece líquidos fracionadamente e frequentemente
- Observar se a mãe respeita a sensação de frio e calor: ajusta o vestuário tendo em conta o bem-estar e conforto da criança

#### Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal

- Verificar se a mãe tem em conta a visão holista da criança tendo em conta o valor da temperatura corporal

#### Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Estimular a função motora fina, linguagem, audição
- Providenciar livros, brinquedos adequados a idade

Implementar medidas de segurança

- Otimizar o ambiente físico
- Manter as grades da cama
- Baixar a cama
- Validar o acompanhamento da mãe junto da criança

Implementar estratégias de promoção do sono

- Proporcionar ambiente calmo, escurecido
- Incentivar a mãe a cantar música de embalar

Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional

- Alimentação saudável: habituar-se a alimentação familiar
- O sal - deve ser evitado, usar ervas aromáticas e especiarias para substituir o sal e atenção também aos alimentos processados que podem conter muito sal
- Evitar alimentos açucarados como bolos, chocolates, gomas, rebuçados, entre outros;
- Em contexto de quadro febril, o apetite pode estar reduzido e a importância de manter a hidratação fracionada com água ou/ e leite materno

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança

- Questionar a mãe sobre ingestão nutricional na criança

Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono

- Manter rotinas de sono
- Sono total diário de 13/14 horas com uma ou duas sestas de uma a duas horas

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Implementação de rotinas no dia a dia da criança
- Alimentação saudável
- Observar a progressão da postura/motricidade fina/visão/audição/linguagem/socialização.
- Promoção de saúde: jogos para a motricidade fina, brincar com outras crianças ao ar livre, cantar músicas, ler livros.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

- Questionar a mãe sobre ingestão nutricional tendo em conta a faixa etária

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

Organizei a síntese relativa ao caso tendo em conta os seis aspetos que orientaram a conceção de cuidados e a ação com a mãe/Isabella: as prioridades; os dados considerados como relevantes para o Dx (diagnóstico) do tipo potencial para melhorar; os resultados esperados face ao Dx; os contributos das intervenções face aos objetivos; a definição do tempo para a avaliação do objetivo final e a parceria de cuidados.

### **Prioridades:**

Numa primeira fase os cuidados de enfermagem estão centrados em quatro tipos de objetivos: identificação dos domínios associados aos processos corporais, na melhoria da condição, na prevenção de complicações relativas e relacionadas com a termorregulação comprometida e na promoção do papel parental especial: gestão da temperatura corporal.

No foco principal do internamento e de preocupação materna - termorregulação comprometida - pretende-se promover a autonomia e envolvimento da mãe face aos cuidados e bem-estar da criança, no momento da hospitalização e posteriormente no regresso a casa. Sendo estes requisitos essenciais e imprescindíveis para garantir a continuidade dos cuidados eficazes, o que em simultâneo com a transição desenvolvimental serão contributos para elevar a qualidade de vida da criança. Posto isto, considera-se relevante promover o papel parental (PP) especial para melhorar conhecimento sobre prevenção de sinais e sintomas da complicação na termorregulação comprometida, como a vigilância e controle da temperatura.

Em outros aspetos do PP desenvolvimental não considerei oportuno iniciar na apreciação inicial porque a mãe estava preocupada e stressada com o aumento da TBI, o que diminui a disponibilidade para aprender e focar-se em outros aspetos inerentes à situação da criança. A experiência profissional dita que os pais reagem de diferentes formas: negação e descrença, raiva, frustração, depressão, medo e ansiedade.

No entanto, sendo este um internamento de média-longa duração, no terceiro dia de internamento (segunda sessão), a mãe mostrou interesse e disponibilidade em aprender sobre a promoção e o desenvolvimento infantil pelo que considerou-se oportuno, no contexto de internamento, iniciar a promoção do PP desenvolvimental relacionado com esta temática.

Considera-se facilitador do desempenho parental desenvolvimental no regresso a casa após o evento crítico da doença e da hospitalização, relacionado com a termorregulação. Nesta segunda sessão, a condição da mãe perante o conhecimento no PP especial da termorregulação comprometida é facilitador, pelo que está disponível para outros aspetos desenvolvimentais e corporais na criança.

### **Dados tomados como relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"**

É um facto inequívoco de que a avaliação prévia das necessidades de aprendizagem, dos pais deve anteceder o início das atividades do tipo informar. Esta avaliação, tornou-se essencial, na medida em que permitiu descobrir o que os pais já sabiam acerca das necessidades da filha e obterem o que necessitavam aprender. Para que a avaliação relativamente à necessidade de aprendizagem da mãe fosse efetiva tornou-se essencial recorrer ao uso de critérios que permitem identificar essa mesma necessidade e a disponibilidade da mãe pra melhorar a condição dos aspetos adaptativos (conhecimento, capacidade, significado).

O aumento da TBI é encarado, inicialmente, pela mãe como uma conotação negativa, assim, as atitudes que esta tinha perante o sinal/sintoma eram influenciadas pelas suas crenças e conhecimentos, pelo que foi necessário desmistificar estas crenças através dos ensinamentos acerca da termorregulação comprometida.

### **Resultado esperado face ao diagnóstico na promoção do PP especial e PP desenvolvimental**

Face ao diagnóstico de enfermagem relacionado com a condição do processo corporal da criança - hipertermia - foi planeado um conjunto de intervenções que contribuísse para a evolução positiva da condição da hipertermia, de modo, a priorizar o bem-estar e conforto da criança e atingir um valor da temperatura corporal próximo da TBI. Deste modo, face aos diagnósticos de enfermagem relacionados com o processo adaptativo da mãe espera-se melhorar os aspetos relativos à mestria que necessitam ser melhorados e para os quais era o momento oportuno para intervir. Assim, organizou-se os resultados esperados face a cada DX identificado.

#### Primeira sessão (admissão)

Neste caso de contexto febril, a DGS (2018) disponibiliza informação que facilita a divulgação da informação, nomeadamente um folheto informativo dirigido aos pais/cuidadores da criança com termorregulação comprometida que pode ser entregue aos pais durante os ensinamentos, de modo, a posteriormente poderem consultarem a informação no domicílio. De acordo com a DGS (2018), os profissionais de saúde que lidam com crianças têm uma tarefa fulcral no combate à fobia do aumento da TBI, substituindo-a pelo ensino da fisiopatologia e pela utilização correta dos antipiréticos. Deste modo, parece-me essencial e uma oportunidade para contribuir para a promoção da parentalidade na criança febril, tendo o EESIP um papel crucial na melhoria de aquisição de competências parentais.

Promoção do PP especial- resultados esperados centrados face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia: a mãe refere os sinais de alerta da criança com hipertermia e que de um modo geral são temperaturas axilares, orais ou timpânicas superiores a 38,5°C ou retais superiores a 39,0°C causam desconforto; identifica a maior probabilidade de vomitar com a subida térmica e refere a importância em oferecer água e/ou leite fracionadamente de modo a alimentar sem forçar; refere a importância em adequar a atividade à capacidade da criança com hipertermia; refere como prioridade priorizar o bem-estar e conforto da criança, pelo que deve referir a importância de agasalhar a criança com frio (subida térmica) e retirar roupa em excesso quando a criança sente calor (em descida térmica).

Promoção do PP especial - resultados esperados centrados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal: a mãe verbaliza as várias

formas de medição da temperatura, assim como alguns dos sinais de alarme que a levam a recorrer aos serviços de saúde.

Promoção do PP especial - resultados esperados centrados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal: a mãe define e assume a hipertermia como uma reação benéfica do organismo; a mãe reconhece a necessidade de administrar o antipirético quando a criança está desconfortável; refere o paracetamol como antipirético de eleição com administração de 6/6 horas, e a importância de alternar com ibuprofeno de 4/4 horas se a criança mantiver desconforto.

Segunda sessão, sendo este um internamento de média-longa duração, optei por abordar primeiramente, por desejo e vontade da mãe quando questionada, os aspetos corporais (sono e apetite) que podem estar alterados em contexto da hipertermia, sendo que a mãe demonstrou interesse nos conhecimentos sobre a vigilância e promoção da saúde

Promoção do PP desenvolvimental - resultados esperados centrados face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento vigilância e promoção da saúde: a mãe refere a progressão da postura/motricidade fina/visão/audição/linguagem/socialização; a mãe refere como estratégias: jogos para a motricidade fina, a importância de brincar com outras crianças ao ar livre, cantar músicas, ler livros.

Promoção do PP desenvolvimental - resultados esperados face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento da mãe sobre ingestão nutricional da criança: a mãe refere a importância de uma alimentação saudável, que o sal deve ser evitado; a mãe refere a importância em evitar alimentos açucarados; que em contexto de quadro febril, o apetite pode estar reduzido e a importância de manter a hidratação fracionada com água ou/ e leite materno.

Promoção do PP desenvolvimental - resultados esperados face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento da mãe sobre o sono da criança: a mãe refere a importância de manter rotinas de sono e um sono total diário de 13/14 horas.

A Isabella mantém um ligeiro aumento da TBI (37,7°C) mas sempre confortável e sem dor, a mãe nesta segunda sessão, após avaliação do conhecimento, atingiu com mestria o potencial de conhecimento acerca da termorregulação comprometida. Devido ao risco de desidratação pelo aumento da TBI há 6 dias, achei importante avaliar a evolução da amamentação, sendo priorizada a hidratação com o leite materno.

### **Contributos das intervenções face ao cenário clínico**

O objetivo principal do tratamento sintomático da criança febril deve incidir na melhoria do seu conforto global, e não sobre a normalização da temperatura corporal (DGS, 2018). O EESIP deve informar os pais sobre as estratégias que priorizam o bem-estar e conforto da criança (DGS, 2018). Implementar informoterapia aos pais, uma vez que o principal objetivo da administração

de um antipirético (paracetamol ou ibuprofeno) não é o de suprimir totalmente o aumento da TBI (é benéfico e ajuda a controlar as doenças) mas sim o de aliviar o desconforto na criança. Informar os pais com o objetivo de dar informação sistematizada sobre aspetos relacionados como foco hipertermia, de modo a capacitá-los para a gestão da termorregulação comprometida. Implementar, no sentido de usar o conhecimento e capacidade para colocar em prática o planeado, cabe ao enfermeiro usar do seu conhecimento para cuidar com qualidade desta criança e transmitir o seu conhecimento em todos os domínios, daí a importância do EESIP.

O elogiar, intervenção não menos importante, consiste em expressar a aprovação e admiração sobre o desempenho da mãe. No que respeita aos sentimentos da mãe e à sua presença 24/24 horas (apenas breves ausências nas idas ao domicílio) permite um aumento da sensação de autonomia e segurança. Foi implementada a parceria de cuidados, por forma, a um maior desenvolvimento da relação pais-filho e uma maior predisposição para participar ativamente nos cuidados como alimentação, manutenção da temperatura, higiene e banho (Carvalho et al., 2021). A parceria de cuidados iniciou-se através da negociação entre os pais e o enfermeiro, de forma a que as necessidades de saúde da criança e família sejam satisfeitas com a mínima intervenção possível dos profissionais de saúde (Bártolo, 2004).

Posto isto, e tendo em conta as competências do EESIP, a mãe foi a principal responsável pelos cuidados básicos prestados à criança de forma a facilitar a hospitalização e o enfermeiro assumiu uma posição de supervisão, transmitindo os conhecimentos e técnicas necessárias, sendo que este só deve realizar cuidados específicos e especializados, quando necessário e a mãe não tenha conhecimentos e/ou capacidades para ser ela a prestar os cuidados de saúde (Almeida, 2001). Procurou-se intervir respondendo às necessidades físicas/emocionais/cognitivas da mãe, promovendo sempre a sua participação nos cuidados à filha, de forma a motivá-la para a aquisição de competências, fornecendo informação relevante a cada dia de internamento, apoiando a sua resposta adaptativa. Referir que na ausência da mãe e do pai, os cuidados eram prestados pelo enfermeiro.

Aplicar, executar, administrar são intervenções que consistem em dar utilização prática a alguma coisa, desempenhar uma tarefa técnica, no caso da hipertermia o objetivo primordial é minimizar o desconforto da criança, diminuindo o valor da temperatura corporal, designadamente: monitorizar temperatura corporal - esta intervenção serve simultaneamente como: intervenção diagnóstica, pois permite atribuir um diagnóstico; intervenção relacionada com a presença do diagnóstico de hipertermia; intervenção associada às atitudes terapêuticas relacionadas com a monitorização de sinais vitais (DGS, 2018).

Neste caso, a criança encontra-se fora do seu ambiente, o sono pode estar comprometido, além disso, a imaturidade do ritmo circadiano, pelo que devemos implementar estratégias para a promoção do sono e avaliar a evolução do sono.

A identificação tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais.

### **Definição do tempo para a avaliação do objetivo final**

Optou-se por avaliar o conhecimento da mãe acerca da termorregulação comprometida passado três dias, pois a mãe, priorizava após inofrmoterapia o bem-estar e conforto e já não estava focada na normoterapia e, estava emocionalmente e cognitivamente capaz.



## 4. CASO 2 - CRIANÇA EM SERVIÇO URGÊNCIA

O Vasco (dados fictícios) é uma criança no período de desenvolvimento pré-escolar que frequenta o ensino pré-escolar, trazido ao Serviço de Urgência (SU) pela mãe por aumento da temperatura basal individual (TBI) há três dias e odinofagia. Segundo a mãe, com aumento da TBI de 4/4 horas com necessidade de administração de antipirético por noção materna de estar desconfortável (odinofagia), e com máximo de temperatura 39°C medição axilar. Na admissão, apresentava odinofagia e hipertemia de 38,7°C (última administração de paracetamol via oral, no domicílio) com noção materna de resposta positiva. Coloração rosada da pele. Pela odinofagia/desconforto, foi administrado segundo o protocolo da instituição (medicação de SOS), Ibuprofeno PO (peso 19Kg, dose 7,1 ml). O médico realizou teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) do Streptococcus A com resultado positivo. A conceção de cuidados foi realizada ao longo do turno e foram clientes dos meus cuidados durante as três horas de permanência no SU e a mãe esteve presente e disponível todo o tempo.

### 4.1. Enquadramento teórico

Contextualizar de forma teórica o desenvolvimento nesta faixa etária (pré-escolar) associada à condição do recurso ao Serviço de Urgência (SU) traduz especificidade inerente e os riscos associados que sustentam a prática do "cuidar da criança/jovem nas situações de especial complexidade" (OE, 2018). É fundamental entender que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) tem um papel fundamental na prestação de cuidados, pois tem a competência de cuidar e prestar cuidados à criança em situação complexa, assistir a criança e família, tendo por objetivo a maximização da sua saúde e prestar cuidados de enfermagem específicos ao longo do ciclo vital da criança e família (OE, 2018).

Tendo em conta a faixa etária do cliente, parece-me importante fazer referência a alguns conceitos do período do desenvolvimento infantil. O período desenvolvimental pré-escolar é o espaço temporal entre os 3 a 5 anos de idade e é nesta idade que existe o controlo dos sistemas corporais, a capacidade de socialização com outras crianças e adultos, a utilização da linguagem para simbolização mental e o aumento da capacidade de atenção e memória (Monroe, 2019). É muito importante que a criança tenha alcançado os níveis anteriores de crescimento e desenvolvimento, pois é na idade pré-escolar que elas vão refinar o que conquistaram em anos anteriores (Festas et al., 2020). Existe um risco aumentado de duas a

três vezes de adquirir infeções nas crianças que frequentam o pré-escolar, com impacto na saúde individual e na disseminação das doenças à comunidade (Nesti & Goldbaum, 2007).

Em relação ao motivo da sua vinda ao SU, o aumento da TBI, a DGS (2018) considera **termorregulação comprometida**, se a criança apresenta 1°C acima da média da temperatura basal diária individual (TBI). O aumento da TBI é associada aos vírus ou/e bactérias e é um achado comum na infância, aproximadamente, 20 a 40% dos pais com crianças até aos cinco anos recorrem aos serviços de saúde por este motivo (Pitoli et al., 2021). Existem mais de 400 vírus capazes de provocar o aumento da TBI numa criança, no entanto, o facto de contrair um vírus não resultará em hipertermia, como por exemplo, na varicela, umas crianças desenvolvem hipertermia enquanto outras não. Este facto, prende-se com o facto do sistema imunológico das crianças com menor idade estar ainda em desenvolvimento, o que significa que nessa fase eles estão mais suscetíveis a infeções e, logo a aumento da TBI (Menegueço, 2019). Por estas razões algumas crianças saudáveis terão o aumento da TBI pelos menos em 1-1.5°C, sobretudo nos primeiros dois anos de vida e/ou após o seu ingresso no infantário, enquanto outras têm aumento da TBI menos vezes (Salgado, 2012). O comprometimento da termorregulação, continua a ser um dos principais motivos na procura dos serviços de saúde, pois os pais percebem este sinal/sintoma como doença e um fator de risco para complicações maiores, como convulsões febris (Pitoli et al., 2021). Realçar que, este aumento da TBI, causa ansiedade também aos pais, pelos sinais que as crianças apresentam, relacionados com a curva térmica fisiopatológica, dividida em três fases (DGS, 2018). Na primeira fase de aquecimento, a criança apresenta: sensação de frio, posição "fetal", procura agasalhos, vasoconstrição periférica (pele marmoreada, acrocianose, palidez); a segunda fase é considerada de estabilização; a terceira fase de arrefecimento, a criança apresenta: sensação de calor, vasodilatação cutânea (rubor cutâneo), taquipneia e sudação.

O objetivo principal do tratamento sintomático da criança com aumento da TBI deve incidir na melhoria do seu conforto global e, não sobre a normalização da temperatura corporal (DGS, 2018). O aumento da TBI geralmente é benéfica, pois os agentes patogénicos crescem melhor sob temperaturas mais baixas e a resposta imune é mais intensa em temperaturas elevadas. Relativamente ao método de avaliação da temperatura, a DGS, preconiza quatro métodos de avaliação, axilar, timpânica, retal e oral. Pela sua rapidez e praticidade, foi utilizada a via timpânica, já que esta via pode ser utilizada a partir dos três anos (DGS, 2018).

O aumento da TBI em crianças pequenas geralmente indica uma infeção subjacente, condições comuns incluem infeções do trato respiratório superior, gripe, infeções de ouvido, amigdalite, infeções do trato urinário, varicela ou tosse convulsa (NICE, 2019). As infeções das vias áreas superiores são comuns em idade pediátrica. Neste caso, a **amigdalite** é a causa mais frequente de febre (SPP, 2012). A amigdalite é a inflamação do tecido linfóide, pois as amígdalas, são os primeiros órgãos linfáticos a entrar em contacto com uma variedade de microrganismos do ar inalado e dos alimentos. Neste caso, por a criança apresentar clínica sugestiva de amigdalite foi

realizado um teste diagnóstico antigénico rápido na deteção de amigdalite aguda por streptococcus do grupo A (TDAR) que é um procedimento médico que consiste no esfregação com zaragatoa de secreções na orofaringe da criança (DGS, 2019b). A infeção bacteriana mais comum é o Streptococcus do grupo A. As amigdalites bacterianas são mais frequentes entre os 5 e os 15 anos (SNS, 2023), os sintomas são: hipertermia elevada (39 - 40°C); odinofagia; amígdalas com pus e com eritema; náuseas, vômitos, recusa alimentar e dores abdominais, e o tratamento é realizado através de antibiótico (SPP, 2012).

É importante o EESIP perceber os sinais/sintomas associado ao episódio febril, pois a hipertermia pode induzir redução do apetite, irritabilidade, choramingos e a criança ficar mais adinâmica na subida da TBI e no seu pico máximo (DGS, 2018).

Está a decorrer uma transição do tipo desenvolvimental pelo papel parental que desempenha e uma transição situacional por apresentar necessidade de desenvolver um papel distinto face às necessidades do Vasco (Meleis et al., 2000). Como condição dificultadora, a mãe apresentava uma conotação negativa perante o aumento da TBI do filho. Foi implementada como estratégia a informoterapia, de forma, a mãe se consciencializar, do mecanismo fisiopatológico da hipertermia. É possível perceber como decorre uma transição, através dos indicadores de processo e, verifica-se que a mãe atingiu a mestria com a aquisição de novas competências e que esta se sente confortável no novo papel que desempenha, adquirindo uma integridade fluída (Meleis et al., 2010).

É fulcral que todos os enfermeiros do SU compreendam a relevância do processo de comunicação que se estabelece com a mãe/pai em situação crítica, devendo procurar que seja mantido de forma fundamentada e oportuna, com o objetivo da criação de uma relação de índole terapêutica desde o primeiro contacto. Desde modo, no SU as situações muitas vezes críticas e urgentes, surgem frequentemente associadas a uma grande carga emocional, não devendo ser esquecidos comportamentos como a humanização nos cuidados, de modo a procurar manter relações construtivas que promovam um trabalho eficaz e harmonioso relativamente aos diversos campos de intervenção (Campos, 2017).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Pré-escolar | Idade: 5 anos | Masculino

### Mãe/Pai

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Figura parental principal: mãe.

18-10-2023 09:00 - Distância casa/hospital: 25 km.

18-10-2023 09:00 - Número de outros filhos: 1.

18-10-2023 09:00 - Filho(s) Toddler.

18-10-2023 09:00 - Papel parental não partilhado.

18-10-2023 09:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

18-10-2023 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Figura parental principal: mãe.

18-10-2023 12:00 - Distância casa/hospital: 25 km.

18-10-2023 12:00 - Número de outros filhos: 1.

18-10-2023 12:00 - Filho(s) Toddler.

18-10-2023 12:00 - Papel parental não partilhado.

18-10-2023 12:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

18-10-2023 12:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-18 09:00:00	PARACETAMOL 4% (200 MG<>5 ML), DOSE 285 mg, via oral (SOS, se necessário de 6 em 6 horas)	
2023-10-18 09:00:00	IBUPROFENO 20mg/ml (suspensão oral), DOSE 142,5 mg (SOS, se necessário alternar com paracetamol)	

#### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Relativamente ao foco da hipertermia, existe a prescrição em SOS do antipirético PARACETAMOL e IBUPROFENO suspensão oral. Nas suspensões orais, devemos ter em atenção em agitar bem a solução antes de usar e retirar com uma seringa doseadora a quantidade certa de dose a administrar. No caso de abertura do frasco, deve ser colocada a data de abertura, o frasco após abertura deve ser conservado durante um prazo de 6 meses a temperatura ambiente, e não a mais de 25 graus. No toddler, administrar diretamente na boca, a criança deve estar corretamente sentada. O melhor é esvaziar a seringa lentamente para o lado interior da bochecha, para evitar situações de engasgamento a velocidade de administração do xarope deve se adaptada à velocidade de deglutição da criança.

O paracetamol tem propriedades farmacológicas de eficácia comprovada como analgésico e antipirético, embora demonstre fraco efeito anti-inflamatório. Está demonstrado que exerce uma inibição distinta sobre a síntese das prostaglandinas a nível cerebral, enquanto a síntese das prostaglandinas periféricas é, apenas, inibida ligeiramente. O paracetamol também inibe o efeito dos pirogêneos endógenos sobre o centro de termorregulação do hipotálamo.

Após administração, confirmar se a Isabella não bolsa (coloração do xarope) e assegurar que tolera após 30 minutos da sua administração, segundo a infarmed (2023) "O paracetamol é um analgésico e antitérmico clinicamente comprovado, que promove analgesia pela elevação do limiar da dor e antipirético através de ação no centro hipotalâmico que regula a temperatura. O efeito tem início 15 a 30 minutos após a administração oral e permanece por um período de 4 a 6 horas". Tendo em conta a faixa etária do cliente, devem ser considerados, os seguintes aspetos: mais sonolento que o habitual, vômitos, dejeções mais líquidas e frequentes, baixa da temperatura corporal e vermelhidão da pele.

Segundo o infarmed o IBUPROFENO suspensão oral 20 mg/ml, a dose a administrar depende da idade e do peso corporal do doente. Classe farmacológica: Aparelho locomotor / Antiinflamatórios não esteroides / Derivados do ácido propiónico.

Indicações ao uso de ibuprofeno: alergia ao paracetamol; não resposta ao paracetamol ou recorrência da hipertermia com desconforto, antes do tempo mínimo de nova administração (4 horas).

No caso do nosso cliente não existe nenhuma contraindicação da administração deste fármaco, no entanto, devem ser considerados, os seguintes efeitos secundários: rash cutâneo, prurido, obstipação, perda de apetite, vômitos, diarreia, gases, irritabilidade, broncoespasmo e dispneia.

Relativamente aos dois antipiréticos acima mencionados, as intervenções autónomas de enfermagem: vigiar tolerância do antipirético, vômito com coloração do antipirético. Voltar a

vigiar conforto e bem-estar da criança após administração do antipirético e re-avaliar a temperatura posteriormente. Se a temperatura não voltar ao normal após a administração dos antipiréticos, só por si só, não é um sinal de gravidade desde que baixe de 1,0º a 1.5ºC dentro de 2 a 3 horas. Quando a apirexia se prolonga, isso deve-se ao equilíbrio entre a agressão infecciosa e a reação do organismo e não à ação do antipirético (DGS, 2018). O pico de maior ação do paracetamol e do ibuprofeno via oral ocorre cerca de duas horas depois de serem administrados. É frequente numa situação de hipertermia que a temperatura não retome o seu valor basal individual mesmo sob a ação de um destes antipiréticos. Considera-se que o paracetamol ou o ibuprofeno foram eficazes no controlo da temperatura se a temperatura baixar de pelo menos 1-1,5ºC em relação à temperatura inicial. Em ambos, a sua duração de ação é de apenas quatro a seis horas (SPP, 2021).

#### 4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-10-2023 09:00	Consciência	
18-10-2023 09:00	Sensações somáticas	
18-10-2023 09:00	Apetite	
18-10-2023 09:00	Sistema respiratório	
18-10-2023 09:00	Sistema cardiovascular	
18-10-2023 09:00	Termorregulação	
18-10-2023 09:00	Infância pré-escolar	
18-10-2023 09:00	Volume de Líquidos	
18-10-2023 12:00	Eliminação intestinal	
18-10-2023 12:00	Pele e mucosas	

##### 4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Face às reações adversas referidas no capítulo da medicação, nomeadamente o paracetamol foi selecionado o domínio - eliminação intestinal, pele e mucosas - também, relativo aos efeitos secundários do ibuprofeno, foi selecionado o domínio - sensações somáticas (prurido), apetite, eliminação intestinal e sistema respiratório - de modo, a integrar os mesmos na conceção de cuidados, no sentido de vigiar os parâmetros inerentes a estes domínios.

Segundo a DGS (2018), a avaliação da dor (sensações somáticas), consciência, sistema respiratório, sistema cardiovascular, termorregulação, guardam em si a evolução e caracterização do quadro patológico e, são parâmetros que constam na classificação do nível de risco da termorregulação comprometida (avaliado em baixo, intermédio e elevada) daí a

importância da vigilância destes domínios de forma, a detetar alterações.

### **Sensações somáticas**

Importa também avaliar a dor, pelo processo patológico que a criança apresenta (odinofagia).

### **Eliminação intestinal**

Nesta faixa etária, é importante a avaliação das fezes relativamente às características da cor, consistência e frequência, pois teremos sempre um alerta do organismo sobre as mudanças que podem estar a ocorrer. E essas transformações podem ser fisiológicas (normais) ou patológicas (Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2014).

### **Termorregulação**

O aumento da TBI é também um sintoma que contribui para o risco de desidratação, pelo que deve ser foco de atenção para o EESIP (Rodgers, 2019). A temperatura faz parte dos sinais vitais, pelo que deve ser alvo de vigilância (Opperman e Cassandra, 2001).

### **Volume de líquidos**

A presença de termorregulação comprometida contribui para o risco de desidratação, pelo que é fundamental vigiar os parâmetros deste domínio. Com a vigilância, deste domínio, será possível detetar sinais iniciais de desidratação, "determinar a sensibilidade e especificidade dos sinais e sintomas de desidratação em crianças com idades compreendidas entre um mês e cinco anos, os sinais mais úteis na previsão duma desidratação são: aumento do tempo de reperfusão capilar; turgor cutâneo diminuído e padrão respiratório alterado" (Trindade e Carvalho, 2003).

### **Apetite**

Segundo a DGS (2018), na criança com hipertermia devemos respeitar o apetite da criança, pois em pico febril existe maior probabilidade de vomitar, uma vez que toda a energia do organismo está canalizada em combater o agente infeccioso. Este domínio também carece da nossa vigilância pelo processo patológico da criança.

### **Infância pré-escolar**

Na ontologia, associado a este domínio, é possível a avaliação das especificações dos focos com a promoção do papel parental na medida em que se pretende avaliar os aspetos facilitadores e dificultadores da transição, que têm implicações no desenvolvimento da criança e nos quais o enfermeiro pode ter intervenção orientada para o indicador de resultado de mestria (Meleis et al., 2000).

## 4.5. Concessão de Cuidados

### Consciência

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Consciente.

#### **18-10-2023 09:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Neste contacto]*

### Sensações somáticas

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Sem manifestação de prurido.

18-10-2023 09:00 - Manifesta dor.

#### **18-10-2023 09:00 - Determinar evolução do prurido**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do prurido [Após administração de paracetamol]*

#### **18-10-2023 09:00 - Dor [RESOLVIDO] 18-10-2023 12:00**

18-10-2023 09:00 - Localização da dor

18-10-2023 09:00 - Cavidade oral

18-10-2023 09:00 - Intensidade da dor - 4.

18-10-2023 09:00 - frequência da dor - contínua.

18-10-2023 09:00 - duração da dor - aguda.

18-10-2023 09:00 - dor de tipo - pontada.

#### **18-10-2023 09:00 - Determinar evolução da dor**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da dor [Neste contacto]*

#### **18-10-2023 09:00 - Diminuir dor** [FIM] 18-10-2023 12:00

*18-10-2023 09:00 - Gerir analgesia [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 09:00 - Aplicar frio [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 09:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

#### **18-10-2023 09:00 - Promover papel parental especial: gestão da dor**

18-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-10-2023 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

#### **18-10-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas**

[RESOLVIDO] 18-10-2023 12:00

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente [Após informoterapia sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor] [FIM]*

18-10-2023 12:00

*18-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de*

*alívio da dor [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [No final do turno]*

*18-10-2023 12:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da dor.*

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

18-10-2023 12:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

**18-10-2023 12:00 - Determinar sinais de dor**

*18-10-2023 12:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Neste contacto]*

**Apetite**

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Ingeriu parte das refeições.

18-10-2023 09:00 - Apetite diminuído.

18-10-2023 09:00 - Paladar conservado.

**18-10-2023 09:00 - Apetite comprometido**

**18-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Neste contacto]*

**18-10-2023 09:00 - Determinar evolução do apetite**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do apetite [Neste contacto]*

*18-10-2023 09:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS]*

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Ingeriu parte das refeições.

18-10-2023 12:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

18-10-2023 12:00 - Paladar conservado [MANTEVE].

**Sistema respiratório**

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Frequência respiratória: 25 ciclos/min.

18-10-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.

18-10-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

18-10-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

18-10-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

18-10-2023 09:00 - Sem adejo nasal.

18-10-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

*18-10-2023 09:00 - Central: 99 %.*

18-10-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

18-10-2023 09:00 - Não comunica falta de ar.

**18-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 18-10-2023 12:00**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Coloração da mucosa: rosada.

18-10-2023 12:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

## Sistema cardiovascular

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Localização do Pulso

18-10-2023 09:00 - Antebraço Direita(o)

18-10-2023 09:00 - Frequência do pulso: 101 pulsações por minuto.

18-10-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

18-10-2023 09:00 - Pulso rítmico.

18-10-2023 09:00 - Pulso simétrico.

18-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

18-10-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)

18-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 80 mmHg.

18-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 44 mmHg.

18-10-2023 09:00 - Temperatura das extremidades

18-10-2023 09:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

18-10-2023 09:00 - Coloração das extremidades

18-10-2023 09:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

18-10-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

18-10-2023 09:00 - Localização da dor

18-10-2023 09:00 - Cavidade oral

18-10-2023 09:00 - Intensidade da dor - 4.

18-10-2023 09:00 - frequência da dor - contínua.

18-10-2023 09:00 - duração da dor - aguda.

18-10-2023 09:00 - dor de tipo - pontada.

**18-10-2023 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco [FIM] 18-10-2023 12:00**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Neste contacto e SOS] [FIM]*

18-10-2023 12:00

## Eliminação intestinal

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

18-10-2023 12:00 - Fezes: em moderada quantidade.

18-10-2023 12:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com fendas na superfície.

18-10-2023 12:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

18-10-2023 12:00 - Número de defecações por dia: 1.

18-10-2023 12:00 - Número de defecações por semana: 7.

18-10-2023 12:00 - Expulsão controlada de fezes.

**18-10-2023 12:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*18-10-2023 12:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Após administração de paracetamol]*

## Pele e mucosas

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**18-10-2023 12:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*18-10-2023 12:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Após administração de paracetamol]*

**Termorregulação**

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

18-10-2023 09:00 - Região axilar: 38.70 °C.

**18-10-2023 09:00 - Hipertermia [RESOLVIDO] 18-10-2023 12:00****18-10-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal***18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Neste contacto e em SOS]**18-10-2023 09:00 - Referenciar hipertermia ao médico [SOS] [FIM] 18-10-2023 12:00***18-10-2023 09:00 - Prevenir desidratação [FIM] 18-10-2023 12:00***18-10-2023 09:00 - Gerir hidratação [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00***18-10-2023 09:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal**

18-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

18-10-2023 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MANTEVE].

18-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-10-2023 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

**18-10-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal [RESOLVIDO] 18-10-2023 12:00***18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [No final do turno] [FIM] 18-10-2023 12:00**18-10-2023 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].**18-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00**18-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00**18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal [No final do turno]***18-10-2023 09:00 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia**

18-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-10-2023 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].

**18-10-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia [RESOLVIDO] 18-10-2023**

12:00

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia [Após informoterapia sobre prevenção de complicações da hipertermia] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].*

*18-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão [Neste contacto] [FIM] 18-10-2023 12:00*

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia [No final do turno]*

*18-10-2023 09:00 - Gerir antipirético [SOS] [FIM] 18-10-2023 12:00*

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Temperatura corporal periférica

18-10-2023 12:00 - Região axilar: 36.70 °C.

#### **Volume de líquidos**

18-10-2023 09:00

18-10-2023 09:00 - Sensação de sede normal.

18-10-2023 09:00 - Pele hidratada.

18-10-2023 09:00 - Ausência de olhos encovados.

#### **18-10-2023 09:00 - Determinar evolução de sinais de desidratação**

*18-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [Neste contacto]*

*18-10-2023 09:00 - Referenciar sinais de desidratação ao médico [SOS]*

18-10-2023 12:00

18-10-2023 12:00 - Sensação de sede normal.

18-10-2023 12:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

18-10-2023 12:00 - Turgor da pele normal.

18-10-2023 12:00 - Pele hidratada.

#### **Infância pré-escolar**

18-10-2023 12:00

#### **18-10-2023 12:00 - Infância pré-escolar**

## **4.6. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Colocar termómetro na região axilar

Avaliar evolução de sinais de desidratação

- Observar pele e mucosas

Referenciar hipertermia ao médico

- Se a criança não tiver resposta positiva a administração do antipirético

Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Conceito de hipertermia que é subida de pelo menos 1°C acima da TBI (DGS, 2023)
- Sinais de alerta: sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer; face/olhar de sofrimento; irritabilidade e/ou gemido mantido; choro inconsolável; não tolerar o colo; dor perturbadora; convulsão; aparecimento de exantema nas primeiras 24-48 horas de hipertermia; respiração rápida com cansaço; vômitos incoercíveis; recusa alimentar completa superior a 12 horas; sede insaciável; acrocianose; dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha; urina turva e/ou com cheiro fétido; hipertermia com duração superior a 5 dias completos (DGS, 2018)
- Se está confortável não é preciso baixar a temperatura, mas sim se surgem "sinais de alerta" (DGS, 2018)
- Entregue de folheto informativo para pais e cuidadores da DGS

Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação

- Pele pálida e mucosas descoradas
- Olhos encovados
- Desconforto, astenia, sonolência
- Cefaleia, irritabilidade, dificuldade de atenção

Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão

- Movimentos tónico-clónicos
- Olhar fixo, retroversão ocular, mordedura da língua, incontinência dos esfíncteres

Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos

- Aumentar a ingestão hídrica na criança em contexto febril (perda maior na fase de defervescência)

Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal

- Manter a temperatura ambiente a 20-22°C
- Respeitar sensação de frio e calor: ajustar o vestuário tendo em conta o bem-estar do Vasco
- Oferecer líquidos, dando pequenas quantidades de cada vez
- Existe maior probabilidade de vomitar na subida térmica e pico febril
- O banho de água morna ou qualquer medida física de arrefecimento está contraindicado na subida térmica e em pico febril

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia

- Questionar se a mãe sente dificuldades para prevenir complicações: desconforto, vômitos, desidratação

Gerir analgesia

- Administrar medicação prescrita em SOS

Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Reforço positivo e informação prévia
- Crioterapia
- Distração, imaginação guiada, utilização música
- Conforto e, presença dos pais

Aplicar frio

- Providenciar líquidos frios e/ou gelados

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Reforço positivo e informação prévia
- Distração, utilização de música
- Crioterapia, conforto
- Presença dos pais

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal

- Verificar se a mãe tem em conta a visão holística da criança tendo em conta o valor da temperatura corporal

Gerir antipirético

- Administrar antipirético segundo protocolo do serviço

#### **4.7. Síntese relativa ao caso**

Organizei a síntese relativa ao caso tendo em conta os seis aspetos que orientaram a conceção de cuidados e a ação com a mãe: as prioridades; os dados considerados como relevantes para o diagnóstico do tipo potencial para melhorar; os resultados esperados face ao diagnóstico; os contributos das intervenções face aos objetivos; a definição do tempo para a avaliação do objetivo final e a parceria de cuidados.

##### **Prioridades:**

Numa primeira fase os cuidados de enfermagem estão centrados em quatro tipos de objetivos: identificação dos domínios associados aos processos corporais, na melhoria da condição e na prevenção de complicações relativas e relacionadas com a dor e hipertermia e na promoção do papel parental especial: gestão da temperatura corporal.

No foco principal da vinda ao SU - hipertermia e a dor (odinofagia) - pretende-se promover a autonomia da mãe face aos cuidados e bem-estar da criança, no momento do recurso ao serviço de saúde e posteriormente no regresso a casa. Estes requisitos são essenciais e imprescindíveis para garantir a continuidade dos cuidados eficazes, o que em simultâneo com a transição desenvolvimental serão contributos para elevar a qualidade de vida da criança. Posto isto, considera-se relevante promover o papel parental (PP) especial para melhorar o conhecimento

sobre a prevenção de sinais e sintomas de complicações na febre, e no controle da temperatura. Relativamente, à vigilância da temperatura, denotou-se que a mãe integra perfeitamente todos os conceitos que lhes são inerentes, nomeadamente, a mãe verbaliza as várias formas de medição da temperatura, assim com alguns dos sinais de alarme que motivam recorrer aos serviços de saúde, pelo que se considera como facilitador. Além disso, não me parece oportuno neste contexto de SU abordar a gestão do regime dietético. De facto, a condição do apetite comprometido é uma condição transitória relacionada com a condição de doença pela ingestão diminuída de alimentos.

A minha experiência profissional dita que os pais reagem de diferentes formas ao processo patológico da criança: negação e descrença, raiva, frustração, depressão, medo e ansiedade. Posto isto, sendo esta conceção de cuidados desenvolvida em contexto de urgência, abordou-se apenas os conteúdos que se referem ao motivo da vinda ao SU e que geram maior preocupação e ansiedade à mãe. A mãe mostrou interesse e disponibilidade para promover a sua autonomia na gestão das necessidades do seu filho decorrentes do processo patológico pelo que se considera oportuno, iniciar a promoção do PP especial relacionado como o controle da temperatura, complicações da hipertermia e a gestão da dor.

### **Reflexão dos domínios**

O Vasco apresentava um bom estado geral e uma interação com o meio ambiente adequada à idade e, do meu conhecimento e experiência profissional consigo reconhecer estes dados como sendo os expectáveis na caracterização da condição do desenvolvimento psicomotor. Embora a criança apresentasse termorregulação comprometida e dor, aspetos que teoricamente poderiam ter impacto nos autocuidados, dado o contexto clínico no qual a criança se encontra (urgência), não considerei oportuno iniciar a avaliação do domínio "autocuidado" e "crescimento".

### **Dados tomados como relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"**

É um facto inequívoco de que a avaliação prévia das necessidades de aprendizagem, dos pais deve anteceder o início das atividades do tipo informar. Esta avaliação, tornou-se essencial, na medida em que permitiu descobrir o que a mãe já sabia acerca das necessidades do filho e obter o que necessitava aprender. Para que a avaliação, relativamente a necessidade de aprendizagem da mãe fosse efetiva tornou-se essencial recorrer ao uso de critérios que permitissem identificar essa mesma necessidade e a disponibilidade da mãe para melhorar a condição dos aspetos adaptativos (conhecimento, capacidade e significado).

O aumento da TBI é encarada inicialmente, pela mãe com uma conotação negativa, ou seja a mãe está a atribuir um valor negativo à hipertermia e, isto é representado na conceção de cuidados como um significado. Assim, as atitudes que mãe tinha perante este sinal/sintoma eram influenciadas pelas suas crenças e conhecimentos pelo que, foi necessário reformular

estas crenças através da implementação da informoterapia acerca da termorregulação comprometida.

Face ao diagnóstico de enfermagem relacionada com a condição do processo corporal da criança - hipertermia - foram planeadas um conjunto de intervenções de modo a contribuir para a evolução positiva desta condição, de modo, a priorizar o bem-estar e conforto da criança e atingir um valor da temperatura corporal próximo da TBI.

Face ao diagnóstico de enfermagem relacionado com a condição do processo patológico da criança - dor (odinofagia). Foi planeado um conjunto de intervenções, de modo a contribuir para a evolução positiva da condição da dor, de modo, a que a criança manifesta-se o mínimo de dor possível, através de estratégias não farmacológicas e, também farmacológicas, caso as não farmacológicas não sejam eficientes.

Deste modo, face aos diagnósticos de enfermagem relacionados com o processo adaptativo da mãe espera-se melhorar os aspetos relativos à mestria e para os quais era o momento oportuno para intervir. Assim, organizou-se os resultados esperados face a cada diagnóstico identificado.

### **Primeira sessão (admissão)**

Tendo em conta o processo patológico em questão, existe bastante informação da DGS, que é uma condição facilitadora para a transmissão desta mensagem, nomeadamente, um folheto informativo dirigido aos pais/cuidadores da criança com febre que pode ser entregue durante os ensinamentos, de modo a, posteriormente, poderem consultarem no domicílio. De acordo com a DGS (2018), os profissionais de saúde que lidam com crianças têm uma tarefa fulcral no combate à fobia do aumento da TBI, substituindo-a pela implementação da informoterapia, da fisiopatologia da hipertermia e pela utilização correta dos antipiréticos. Deste modo, parece-me essencial e uma oportunidade para contribuir para a promoção do papel parental na criança com hipertermia, tendo o EESIP um papel crucial na melhoria das competências parentais.

### **Critérios de resultados**

Promoção do PP especial- resultados esperados face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia: a mãe refere os sinais de alerta da criança com febre e que de um modo geral temperaturas axilares, orais ou timpânicas superiores a 38,5°C ou retais superiores a 39,0°C causam desconforto; identifica a maior probabilidade de vomitar com a subida térmica e refere a importância em oferecer água e/ou leite fracionadamente de modo a alimentar sem forçar; refere a importância em adequar a atividade à capacidade da criança com hipertermia; refere priorizar o bem-estar e conforto da criança, pelo que deve referir a importância de agasalhar a criança com frio (subida térmica) e retirar roupa em excesso (quando a criança sente calor, em descida térmica).

Promoção do PP especial - resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar

conhecimento sobre controlo da temperatura corporal: a mãe define a hipertermia e assume-a como uma reação benéfica do organismo, assim como os sinais tranquilizadores e que mais importante que o valor da temperatura e o dia da doença são os sinais de alerta que a criança manifesta; a mãe reconhece a necessidade de administrar o antipirético quando a criança está desconfortável; refere o paracetamol como antipirético de eleição com administração de 6/6 horas, e a importância de alternar com ibuprofeno de 4/4 horas se a criança mantiver desconforto.

Promoção do PP especial - resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do filho usando estratégias não farmacológicas: a mãe enumera várias estratégias não farmacológicas da dor - reforço positivo e informação prévia, crioterapia, distração, imaginação guiada, utilização de música, conforto e a sua presença.

### **Segunda sessão (regresso ao domicílio)**

Foi realizada re-avaliação ao cliente, no momento do regresso para o domicílio. O Vasco apresenta-se confortável, temperatura axilar de 36,7°C. Além do mais, associado a esta vigilância da temperatura e, pelas poucas horas de contacto da criança, antes do regresso ao domicílio optei por não re-avaliar os parâmetros do sistema respiratório, circulatório e consciência por a termorregulação já não se encontrar comprometida.

A mãe nesta segunda sessão, após avaliação do conhecimento, atingiu com mestria e atingiu integridade fluida com os potenciais de conhecimentos acerca:

Critérios de resultado do PP especial: gestão da dor: verifica-se que a mãe adota estratégias de alívio da dor, com medidas não farmacológicas como primeira linha de atuação com a imaginação guiada, distração através de desenho e, refere que, por exemplo, se mesmo com a crioterapia através da ingestão de gelado a sua criança não fique confortável avançará para medidas farmacológicas com o uso de paracetamol ou/e ibuprofeno com a dosagem prescrita pelo médico.

Critérios de resultado do PP especial: prevenção de complicações da hipertermia: mãe refere a importância de prevenir a desidratação com ingestão de líquidos fracionadamente; se a criança estiver desconfortável e com aumento da TBI sabe administrar o antipirético com a dosagem/hora/via certa; não alimenta a criança em pico febril pela maior probabilidade de vomitar, refere que deverá baixar a temperatura e só depois alimentar a criança.

Critérios de resultado do PP especial: gestão da temperatura corporal: mãe prioriza o bem-estar e conforto da criança e, não atua apenas olhando para o valor isolado da temperatura corporal.

No caso clínico, os resultados foram atingidos o que permitiu verificar a condição do foco e dar termo ao diagnóstico.

### **Contributos das intervenções face ao cenário clínico**

A implementação das intervenções de enfermagem visa alcançar os objetivos traçados para cada diagnóstico formulado. Os diferentes diagnósticos orientam para a prescrição de intervenções de Enfermagem com ações do tipo: «gerir», «ensinar», «instruir», «treinar» e «executar» (OE, 2013).

O objetivo principal do tratamento sintomático da criança com hipertermia deve incidir na melhoria do seu conforto global, e não sobre a normalização da temperatura corporal (DGS, 2018). O EESIP deve ensinar estratégias que priorizam o bem-estar e conforto da criança (DGS, 2018). Realçar e ensinar aos pais, que o principal objetivo da administração de um antipirético (paracetamol ou ibuprofeno) não é o de suprimir totalmente o aumento da TBI (é benéfico e ajuda a controlar as doenças) mas sim o de aliviar o desconforto na criança.

Aplicar, executar, administrar são intervenções que consistem em dar utilização prática a alguma coisa, desempenhar uma tarefa técnica. No caso deste diagnóstico de aumento da TBI o objetivo primordial é minimizar o desconforto da criança, diminuindo o valor da temperatura corporal, designadamente: monitorizar temperatura corporal. Esta intervenção serve simultaneamente como: intervenção diagnóstica, pois serve para atribuir um diagnóstico; intervenção relacionada com a presença do diagnóstico de febre; intervenção associada às atitudes terapêuticas relacionadas com a monitorização de sinais vitais (DGS, 2018).

De facto, importa atribuir um juízo clínico que represente um diagnóstico ou um foco da nossa atenção.

O ensinar, instruir são intervenções com o objetivo de dar informação sistematizada à mãe sobre aspetos relacionados ao foco da hipertermia e gestão da dor, de modo a capacitar a mãe para a gestão da termorregulação comprometida e dor. O implementar informoterapia à mãe sobre os cuidados/medidas nestas temáticas permite atingir a mestria para viver melhor esta transição. Implementar, no sentido de usar o conhecimento e capacidade para colocar em prática o planeado, cabe ao enfermeiro usar o seu conhecimento para cuidar com qualidade desta criança e transmiti-lo todos os domínios, daí a importância do EESIP. O elogiar, intervenção não menos importante, consiste em expressar a aprovação e admiração sobre o desempenho da mãe.

Concluindo, o conjunto das intervenções planeadas contribuíram positivamente, na medida em que se chegou aos resultados esperados.

### **Definição do tempo para avaliação do objetivo final**

Tendo em conta o tempo limitado de contacto no Serviço de Urgência, foi realizada a evolução da condição de cada foco e avaliação final de cada diagnóstico, no momento do regresso ao domicílio. Realçar como aspeto positivo neste caso clínico, a disponibilidade da mãe em aprender sobre os aspetos relacionados com o processo patológico do filho, nomeadamente, principais sinais/sintomas, formas de prevenção e complicações, de forma a gerir melhor a dor/

hipertermia, pelo que foi implementada informoterapia desde a admissão. A mãe demonstrou através do diálogo uma grande capacidade em assimilar a informação acerca destas temáticas e, tendo em conta o tempo limitado deste contacto, foi avaliado o conhecimento após informoterapia. Para dar tempo à mãe para assimilar o conhecimento da promoção do PP especial, foi realizada esta avaliação, no momento, do regresso para o domicílio.

É de realçar que para potenciar a informoterapia neste contacto de pouca duração, foi entregue o "folheto informativo dirigido aos pais/cuidadores" da DGS, este folheto revela grande interesse por ser de fácil leitura, responde a questões simples, com uma linguagem acessível e rápida, assegurando desta forma a continuidade dos cuidados e a promoção da saúde da criança no regresso ao domicílio. Assim, a mãe pode consultar o folheto sempre que tiver dúvidas relativamente a esta temática que lhe gerava ansiedade.



## 5. CASO 3 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL

Luísa (dados fictícios) é uma criança que se encontra no período desenvolvimental lactente trazida pela mãe a consulta de enfermagem em saúde infantil preconizada para a idade. Foram clientes dos meus cuidados apenas nesta consulta.

### 5.1. Enquadramento teórico

Luísa (dados fictícios) é uma criança no período desenvolvimental lactente trazida pela mãe à consulta de saúde infantil preconizada para a idade. A conceção de cuidados foi realizada numa consulta programada (dois meses) em contexto de ensino clínico. Esta é considerada a idade-chave para a DGS, pois corresponde a acontecimentos importantes, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização e a alimentação (Norma n.º 010/2013 da DGS). Foram clientes dos meus cuidados apenas neste único momento/consulta.

Tendo em conta a faixa etária do cliente, parece-me importante abordar o conceito de desenvolvimento infantil em que a Luísa se encontra e os conceitos inerentes ao caso clínico em estudo. O lactente é definido pelo espaço temporal entre os 28 dias e o 1º ano de vida, onde ocorre um processo de maturação e desenvolvimento de diversas aptidões, levando o lactente a ganhar maior capacidade para responder e envolver-se no ambiente que o rodeia (Hockenberry et al., 2019).

#### Lactente

O padrão de desenvolvimento e crescimento é distinto para cada criança (Alves, 2021), nesta consulta avaliamos - audição; comportamento e adaptação social; postura e motricidade global; visão e motricidade fina. De acordo com a Escala modificada de Mary Sheridan, verifiquei que fixa a face da mãe quando o alimenta, fixa e segue um objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média, pode voltar os olhos e/ou parar a atividade em curso, pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta, roca ou voz) a 15cm do ouvido; sorriso presente às 6 semanas; chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. Relativamente à postura e motricidade global, em decúbito ventral, apresenta a cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça; em decúbito dorsal, vira subitamente a cabeça para

um lado observa-se flexão; a queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar (Norma n.º 010/2013). Se sentado, dorso em arco e mãos fechadas (Silva et al. 2022). Relativamente a atividades promotoras do desenvolvimento, a DGS (Norma n.º 010/2013) refere: "Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera; produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção; observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto; conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço; mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir; continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos; proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes".

### **Consulta de saúde infantil**

Estas consultas obedecem ao calendário de vigilância preconizado pelas circulares normativas da DGS e orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (PNS). O EESIP tem um papel fundamental, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (DGS, 2013). Considera-se este contexto um momento chave, para conversar com os pais, perceber os seus anseios, dúvidas; se ocorreu alguma intercorrência desde a última consulta; alimentação; acompanhar a evolução do crescimento com a adoção das curvas de crescimento da OMS. Realçar, que este contacto em idades-chave também permite avaliar a dinâmica familiar e, a rede de suporte sociofamiliar. No primeiro ano, deve-se ter em atenção o estado emocional da mãe (pelo risco de depressão pós-parto) ou do principal cuidador, encaminhando precocemente os casos identificados que poderão interferir no desenvolvimento da criança (DGS, 2013). É também um momento para a promoção da vacinação, frisar que o esquema de vacinação recomendado tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível, sendo que nesta idade estão recomendadas três vacinas: DTPaHibVIPVHB, hexavalente (1ª dose); 1ª dose da vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13); 1ª dose da vacina contra *Neisseria meningitidis* B (MenB) e a Rotateq (1ª dose).

O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações, esta consulta permite abordar uma série de cuidados antecipatórios, sendo eles: a alimentação do lactente, promover a manutenção do aleitamento materno até pelo menos aos 6 meses de idade e idealmente até aos 2 anos (Norma n.º 010/2013 da DGS; OMS, 2021; UNICEF 2012) incluindo estratégias para o regresso ao trabalho. Além do mais, implementar informoterapia como cuidado antecipatório acerca da conduta perante sinais e sintomas comuns, tais como, choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre; suplementação com vitamina D; hábitos de

sono/posição para dormir (prevenção da morte súbita no lactente); hábitos intestinais/cólicas; relação emocional; prevenção de acidentes e promoção da segurança, a literacia em saúde dos pais/cuidadores e, avaliar o desenvolvimento no sentido de detetar precocemente sinais de alarme de desenvolvimento de modo a referenciar a criança à equipa multidisciplinar. Nesta consulta, devemos avaliar os seguintes parâmetros: peso, comprimento, índice de massa corporal, perímetro cefálico e respetivo percentis, audição e, ainda, o exame físico, o desenvolvimento, com especial enfoque na presença de sinais de alarme, vacinação, observar a relação emocional/comportamental da criança, vacinação, risco de maus tratos, segurança do ambiente (Norma n.º 010/2013).

### **Transição e informoterapia**

Os pais encontram-se numa etapa de transição desenvolvimental e, no contexto de consulta de saúde infantil e juvenil programada, a nossa intervenção enquanto EESIP é no sentido de facilitar a transição. Além de potenciar, o desenvolvimento e/ou crescimento saudável da criança ao longo do todo o seu ciclo vital, somos agentes ativos e promotores de saúde em parceria com os pais/cuidadores. Os profissionais de saúde são referidos como facilitadores da transição e, é responsabilidade dos enfermeiros promover a adaptação dos pais a esta realidade (OE, 2015, p. 19). A relação que foi estabelecida com os profissionais e os pais foi considerada como condição facilitadora do processo de transição, já que, influencia a adaptação da mãe às rotinas do hospital e a vivência da hospitalização (Marchetti & Moreira, 2015).

Além disso, foi implementada a informoterapia, os pais estavam disponíveis para aprender, logo pareceu-nos oportuno, capacitá-los a tomar as melhores decisões no ciclo vital da criança e, dota-los de conhecimento sobre o processo de vacinação. Posto isto, tornou-se necessário capacitá-los de conhecimento, para que, deste modo, possam tomar as melhores decisões, promovendo a literacia em saúde (Silva et al., 2022).

## **5.2. Clientes**

### **Cliente**

Lactente | Idade: 2 meses | Feminino

**Mãe/Pai**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Figura parental principal: mãe.

22-11-2023 09:00 - Distância casa/hospital: 15 km.

22-11-2023 09:00 - Número de outros filhos: 1.

22-11-2023 09:00 - Filho(s) pré-escolar.

22-11-2023 09:00 - Papel parental não partilhado.

22-11-2023 09:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

22-11-2023 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

**5.3. Medicação**

<b>Início</b>	<b>Medicação</b>	<b>Fim</b>
2023-11-22 09:00:00	DTPaHibVIPVHB, 1ª dose de 0,5 ml pela via intramuscular	
2023-11-22 09:00:00	Pn13, 1ª dose de 0,5 ml pela via intramuscular	
2023-11-22 09:00:00	MenB, 1ª dose de 0,5 ml pela via intramuscular	
2023-11-22 09:00:00	Rotateq, PO, 1ª dose de 2 ml pela via oral	

**5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

Neste capítulo são realçados os aspetos medicamentosos, neste caso clínico em concreto. Além disso, atendendo que inicia o esquema vacinal, o ato vacinal foi precedido de perguntas dirigidas, com o objetivo de detetar eventuais contraindicações ou precauções às vacinas que vão ser administradas, não sendo registada nenhuma contraindicação para o ato de vacinação.

**DTPaHibVIPVHB (Programa Nacional de Vacinação, 2023)**

Tipo de vacina: vacina combinada, contendo os seguintes antígenos: toxóide diftérico (D), toxóide tetânico (T), toxóide e subunidades de Bordetella pertussis (Pa); Vírus da poliomielite dos tipos 1, 2 e 3, inteiros e inativados (VIP); Polissacárido capsular de Haemophilus influenzae do tipo b, conjugado com proteína tetânica (Hib); antígeno de superfície do vírus da hepatite B, recombinante (VHB) e antígenos adsorvidos em hidróxido e/ou fosfato de alumínio.

Indicações terapêuticas: prevenção da difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por Haemophilus influenzae b, poliomielite e hepatite B, como primovacinação ou como reforço.

Reações adversas: Reações **locais mais frequentes:** dor, rubor e tumefação, 1 a 3 dias após a

administração da vacina. Pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas; **Reações sistêmicas mais frequentes** (principalmente nas primeiras 24 horas): febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), choro persistente (durante  $\geq 1$  hora). Pode também ocorrer, agitação, sonolência, anorexia, irritabilidade, vômitos. Neste caso, será administrada concomitante com Pn13 o que pode provocar um aumento da ocorrência, transitória, de febre, convulsões e de episódios de hipo-reatividade e hipotonia.

Cuidados de enfermagem: administrar a vacina no músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda; pode ser administrado com a MenB, desde que as injeções sejam distanciadas  $\geq 2,5$  cm.

### **MenB (European Medicines Agency, 2023)**

Tipo de vacina: vacina de proteínas recombinantes de Neisseria meningitidis do grupo B, contendo antígenos, adsorvida em hidróxido de alumínio.

Indicações terapêuticas: prevenção de doença invasiva por Neisseria meningitidis B.

Contraindicações: desconhece-se.

Reações adversas: reações locais mais frequentes: sensibilidade/dor, eritema, tumefação, induração; reações sistêmicas mais frequentes: febre e irritabilidade, diarreia, vômitos, sonolência, choro anormal e erupção cutânea. A ocorrência de febre é mais frequente nas crianças com menos de 2 anos de idade, sobretudo quando a vacina é administrada simultaneamente com outras vacinas do PNV, podendo ser reduzida pela administração de paracetamol, nas doses recomendadas.

Cuidados de enfermagem: administrar a vacina no músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda; pode ser administrado simultaneamente com a vacina hexavalente, desde que as injeções sejam distanciadas  $\geq 2,5$  cm.

### **Pn13 (European Medicines Agency, 2024)**

Tipo de vacina: vacina de polissacarídeos capsulares de Streptococcus pneumoniae de diferentes serotipos, conjugada com proteína diftérica e antígenos adsorvidos em fosfato de alumínio.

Indicações terapêuticas: prevenção de doença invasiva, pneumonia e otite média aguda associadas aos serotipos contidos na vacina.

Contraindicações: desconhece-se.

Precauções: doença aguda grave, com ou sem febre, deve-se aguardar até recuperação completa.

Reações adversas: Reações **locais mais frequentes**: dor, vermelhidão, tumefação. Reações **sistêmicas mais frequentes**: febre, irritabilidade, diminuição do apetite e perturbações do

sono. A administração concomitante com a vacina hexavalente (DTPaHibVIPVHB) pode provocar um aumento da ocorrência, transitória, de febre, convulsões e episódios de hiporeatividade e hipotonia.

Cuidados de enfermagem: administrar a vacina no músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita; pode ser administrado simultaneamente com outras vacinas, desde que as injeções sejam distanciadas  $\geq 2,5$  cm.

### **Rotateq (European Medicines Agency, 2023)**

Tipo de vacina: vacina (viva) contra o Rotavírus do tipo\* G1, G2, G3, G4, P1A do rotavírus.

Indicações terapêuticas: imunização ativa de lactentes a partir das 6 semanas até às 32 semanas de idade, para a prevenção de gastroenterites devidas a infeções por rotavírus.

Contraindicações: neste caso, não se aplicam.

Precauções: doença aguda grave, com ou sem febre, deve-se aguardar até recuperação completa. A presença de uma infeção ligeira não é uma contraindicação para a vacinação.

Reações adversas: **muito frequentes**: febre, diarreia, vômitos; **frequentes**: infeções do aparelho respiratório superior; **pouco frequentes**: cólicas, nariz com corrimento, infeção nos ouvidos, erupções na pele, sangue nas fezes; **raros**: urticária e irritabilidade.

Cuidados de enfermagem: A vacina deve ser administrada por via oral sem misturar com quaisquer outras vacinas ou soluções e não deve ser diluída. Explicar aos pais que o vírus permanece nas fezes durante algumas semanas, que devem lavar as mãos cuidadosamente após a troca da fralda. Assim como vigiar os efeitos secundários mais **frequentes**: dejeções líquidas, vômitos e febre.

## **5.4. Domínios**

### **Início**

22-11-2023 09:00  
22-11-2023 09:00  
22-11-2023 09:00  
22-11-2023 09:00  
22-11-2023 09:00

### **Domínios**

Sensações somáticas  
Sistema cardiovascular  
Eliminação intestinal  
Eliminação urinária  
Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

### **Fim**

Início	Domínios	Fim
22-11-2023 09:00	Comportamentos para amamentar	
22-11-2023 09:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
22-11-2023 09:00	Desenvolvimento psicomotor	
22-11-2023 09:00	Desenvolvimento físico	
22-11-2023 09:00	Lactente	
22-11-2023 09:00	Pele e mucosas	
22-11-2023 09:00	Sono	

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

Face as reações adversas referidas no capítulo da medição, nomeadamente da vacina MenB foi selecionado o domínio - eliminação intestinal, pele e mucosas - também, relativo aos efeitos secundários da vacina Rotateq , foi selecionado o domínio - eliminação intestinal - também, relativo aos efeitos secundários da vacina DTPaHibVIPVHB , foi selecionado o domínio - pele e mucosas - de modo, a integrar os mesmos na conceção de cuidados, no sentido de vigiar os parâmetros inerentes a estes domínios.

Este contacto com a criança em contexto de consulta permite-nos detetar alterações no funcionamento destes sistemas, pelo que é fundamental a avaliação dos parâmetros relacionados com os mesmos. De facto, a avaliação deste parâmetros permite-nos promover a saúde e prevenir a doença, foco alvo da nossa intervenção nos cuidados de saúde primários (DGS, 2022). Nesta consulta, a DGS (2013), preconiza um conjunto de aspetos que merecem a atenção de enfermagem com o objetivo de detetar precocemente alterações. Neste sentido, considere oportuno selecionar os domínios que a seguir se apresentam que guardam em si as intervenções de avaliar, a sua condição. Deve ser incluído o exame global físico na consulta de saúde infantil dos dois meses, que engloba a avaliação completa do lactente, de forma sistemática, progredindo da cabeça até aos pés (DGS, 2022), pelo que foram selecionados os seguintes domínios.

Sistema cardiovascular, sono, eliminação intestinal, eliminação urinária, pele e mucosas

**Sensações somáticas:** a avaliação deste parâmetro é essencial, para avaliar a manifestação ou não de dor da Luísa, pois nesta consulta são administradas três vacinas via intramuscular e, logo pode existir dor associada a administração das mesmas (DGS, 2020).

**Lactente:** a escolha deste domínio prende-se pela faixa etária da Luísa e o processo de transição desenvolvimental que os pais estão a vivenciar de forma a promover a saúde e bem-estar da criança. A este domínio na ontologia em enfermagem estão associados os aspetos do processo adaptativo dessa transição.

**Desenvolvimento psicomotor e físico:** é o momento chave para detetar alterações de

desenvolvimento e sinais de alarme de forma a implementar cuidados antecipatórios e, encaminhamento para outros profissionais o mais precocemente possível (DGS, 2013). Para isso, também é primordial a avaliação antropométrica do lactente (peso, altura, IMC), com o objetivo de avaliar o estado nutricional do lactente e o seu crescimento (Saraiva e Sousa, 2022)

**Comportamentos de ligação mãe/pai-filho:** esta avaliação na consulta de saúde infantil dos 2 meses permite a avaliação de comportamentos de afeto, responsividade e satisfação por parte da mãe/cuidadores da criança, assim como comportamentos de vinculação Luísa com a mãe, permite-nos deste modo determinar a relação emocional, integração e adaptação em termos familiares e detetar possíveis sinais de alerta, para deste modo implementar cuidados antecipatórios ou referenciar para outros profissionais de saúde (DGS, 2022).

**Comportamentos para amamentar :** a escolha deste domínio está relacionado pelo facto da Luísa ser alimentada de forma exclusiva com leite materno. Esta avaliação permite-nos avaliar a ingestão nutricional do lactente, um dos parâmetros da consulta dos 2 meses (DGS, 2022). Além do mais, importa avaliar as características da amamentação, assim como possíveis lacunas de conhecimento e/ou capacidade, significados que a mãe atribui a este tema, de forma a direcionar a nossa intervenção face à promoção e suporte na amamentação. Segundo a OMS (2021), uma rede de suporte na prática do aleitamento materno é crucial para potenciar a adesão das famílias, desta forma é papel crucial do enfermeiro neste momento de consulta, clarificar conceitos de forma a fomentar práticas educacionais nesta área.

## 5.5. Conceção de Cuidados

### Sensações somáticas

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Manifesta dor.

#### **22-11-2023 09:00 - Dor**

22-11-2023 09:00 - Expressão facial: Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando ou introversão ou desinteresse.

22-11-2023 09:00 - Movimento dos membros: Pernas inquietas ou agitadas ou tensas.

22-11-2023 09:00 - Choro/vocalização: Gemidos ou choramingos ou queixas ocasionais.

22-11-2023 09:00 - Atividade: Contorce-se ou vira-se para trás e para a frente ou tenso.

22-11-2023 09:00 - Consolabilidade: Tranquilizado por toques ou abraços ou conversas ocasionais ou pode ser distraído.

#### **22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da dor**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da dor [Durante e após vacinação]

#### **22-11-2023 09:00 - Diminuir dor**

22-11-2023 09:00 - Executar técnica de pele com pele [Durante e após vacinação]

22-11-2023 09:00 - Posicionar para aliviar a dor [Durante e após vacinação]

### **Sistema cardiovascular**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Localização do Pulso

22-11-2023 09:00 - Braço Direita(o)

22-11-2023 09:00 - Frequência do pulso: 142 pulsações por minuto.

22-11-2023 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

22-11-2023 09:00 - Pulso rítmico.

22-11-2023 09:00 - Pulso simétrico.

22-11-2023 09:00 - Temperatura das extremidades

22-11-2023 09:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

22-11-2023 09:00 - Coloração das extremidades

22-11-2023 09:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

22-11-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

### **22-11-2023 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Próxima consulta]

### **22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Próxima consulta]

### **Eliminação intestinal**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

22-11-2023 09:00 - Fezes: em moderada quantidade.

22-11-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

22-11-2023 09:00 - Coloração das fezes: alaranjada.

22-11-2023 09:00 - Número de defecações por dia: 5.

22-11-2023 09:00 - Número de defecações por semana: 30.

### **22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Próxima consulta de saúde infantil]

### **Eliminação urinária**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Urina em moderada quantidade.

22-11-2023 09:00 - Cor da urina: incolor.

22-11-2023 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

22-11-2023 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

### **22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Próxima consulta]

### **Pele e mucosas**

22-11-2023 09:00

### **22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Após vacinação]

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

22-11-2023 09:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

**22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Próxima consulta]

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Próxima consulta]

**Comportamentos para amamentar**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

22-11-2023 09:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

22-11-2023 09:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

22-11-2023 09:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

22-11-2023 09:00 - Com manifestações de pega adequada.

**22-11-2023 09:00 - Amamentação**

**22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da amamentação**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Próxima consulta]

**Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

**22-11-2023 09:00 - Determinar evolução da vinculação**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução da vinculação [Próxima consulta]

**Desenvolvimento psicomotor**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

22-11-2023 09:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

22-11-2023 09:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

22-11-2023 09:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

22-11-2023 09:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

**22-11-2023 09:00 - Desenvolvimento infantil**

**22-11-2023 09:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Próxima consulta]

**Desenvolvimento físico**

22-11-2023 09:00

22-11-2023 09:00 - Peso: 5.36 Kg.

22-11-2023 09:00 - Percentil do peso: P(25).

22-11-2023 09:00 - Comprimento/Altura: 57.50 cm.

22-11-2023 09:00 - Percentil do comprimento: P(25).

22-11-2023 09:00 - Perímetro cefálico: 38.00 cm.

22-11-2023 09:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(25).

22-11-2023 09:00 - Índice de massa corporal: 16.21 Kg/m<sup>2</sup>.

22-11-2023 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(50).

**22-11-2023 09:00 - Crescimento**

**22-11-2023 09:00 - Determinar evolução do crescimento**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do crescimento [Próxima consulta]

**Lactente**

22-11-2023 09:00

**22-11-2023 09:00 - Lactente**

**22-11-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

22-11-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.

22-11-2023 09:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora.

22-11-2023 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Nesta consulta]

22-11-2023 10:00 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

**22-11-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

22-11-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Nesta consulta]

22-11-2023 10:00 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

**22-11-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

22-11-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

22-11-2023 09:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Nesta consulta]

22-11-2023 10:00 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

**22-11-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

22-11-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2023 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

**22-11-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança [RESOLVIDO] 22-11-2023 10:00**

22-11-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [No final da consulta] [FIM]

22-11-2023 10:00

22-11-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador [MELHOROU].

22-11-2023 09:00 - *Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Nesta consulta] [FIM]* 22-11-2023 10:00

22-11-2023 09:00 - *Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Nesta consulta] [FIM]* 22-11-2023 10:00

22-11-2023 09:00 - *Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais [Nesta consulta] [FIM]* 22-11-2023 10:00

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Próxima consulta]*

22-11-2023 10:00 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

### **22-11-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro**

22-11-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador.

22-11-2023 09:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

22-11-2023 09:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

22-11-2023 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Nesta consulta]*

22-11-2023 10:00 - A mãe/pai adota comportamentos para lidar com o choro de acordo com a recomendação [MELHOROU].

## **5.6. Especificação das intervenções**

Ensinar mãe/pai sobre vacinação

- Tipo de vacina administradas e que doenças previnem
- Reações alérgicas que podem ocorrer com a vacinação
- Dor, vermelhidão e inchaço no local da injeção
- Gerir o processo de aumento de TBI e desconforto da criança
- Informar a mãe sobre a importância da lavagem das mãos após muda da fralda (vacina rotateq)
- Sinais relacionados com o processo de vacinação

Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais

- Conceito de hipertermia: métodos de avaliação
- Medidas gerais e específicas relacionados com a hipertermia
- Administrar antipirético, no caso de hipertermia e desconforto

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Importância da marcação e cumprimento das consultas programadas
- Implementação de rotinas no dia a dia da criança

## 5.7. Síntese relativa ao caso

### **Dados tomados como relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"**

O EESIP, tem um papel fundamental, na promoção/otimização/vigilância contínua do lactente, para isso é necessário orientar os pais/cuidadores nesta transição para a parentalidade. É essencial, a promoção da saúde do lactente e avaliação do conhecimento da mãe e/ou capacidades que tenham impacto na aquisição da mestria e da integridade fluida ao PP (Meleis et al., 2000).

É um facto inequívoco de que a avaliação prévia das necessidades de aprendizagem, da mãe deve anteceder o início das atividades do tipo informar. Esta avaliação, tornou-se essencial, na medida em que permitiu descobrir o que a mãe já sabia acerca das necessidades da sua filha e obter o que necessitava aprender. Deste modo, após avaliação dos conhecimentos, percebemos que a mãe possui conhecimento acerca dos seguintes domínios: higiene e conforto; sono e repouso; segurança; lidar com o choro; desenvolvimento infantil no período lactente. Para que a avaliação relativamente a necessidade de aprendizagem da mãe fosse efetiva tornou-se essencial recorrer ao uso de critérios que permitem identificar essa mesma necessidade e a disponibilidade da mãe para melhorar a condição dos aspetos adaptativos (conhecimento/capacidade/consciencialização/significado/auto-eficácia). Deste modo, face aos diagnósticos de enfermagem relacionados com o processo adaptativo da mãe espera-se melhorar os aspetos relacionados com a mestria que necessitam ser melhorados e para os quais era o momento oportuno para intervir. Assim, organizou-se os resultados esperados face a cada diagnóstico identificado.

### **Primeira sessão (momento da apreciação inicial e vacinação)**

Promoção do PP desenvolvimental - critérios de resultado face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde.

Dados: a mãe não sabe referir quais as indicações terapêuticas das vacinas e os cuidados a ter após administração das vacinas e apresenta a disponibilidade para aprender.

Crítérios de resultado: referir quais as indicações terapêuticas principais das vacinas; verbalize alguns dos possíveis efeitos secundários da vacinação, reações locais (rubor, dor e tumefação),

inclusive que pode demorar a desaparecer um nódulo indolor nos locais da vacinação; a administração de PARACETAMOL só deve ser realizada com o objetivo de aliviar o desconforto relacionado com os possíveis efeitos secundários das vacinas e não de forma preventiva; vigiar os sinais de alarme nas primeiras 24 horas relacionados com os efeitos secundários das vacinas (prostração, choro intenso e/ou gritos persistentes inconsoláveis).

### **Segunda sessão (pós vacinação e final da consulta)**

No final da consulta, a Luísa apresenta-se confortável, sem alteração do seu estado geral, podendo considerar que não apresentou nenhuma reação alérgica à administração das vacinas. Facto, inequívoco que fazem parte do momento chave destas consultas, é a manutenção da promoção da saúde/prevenção da doença no regresso ao domicílio. Podendo referir que a mãe nesta segunda sessão, após avaliação do conhecimento, atingiu com mestria e integridade fluida os potenciais de conhecimentos acerca do conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas.

Concluindo, neste caso clínico, os resultados foram atingidos o que permitiu modificar a condição do foco e dar termo ao diagnóstico.

### **Contributos das intervenções face ao cenário clínico**

Concluindo, o conjunto das intervenções planeadas contribuíram positivamente, na medida em que se chegou aos resultados esperados.

### **Definição do tempo para avaliação do objetivo final**

É importante avaliar a evolução do processo adaptativo dos pais, pelo que se torna relevante fazer a avaliação dos objetivos finais associados ao PP, por exemplo, promover o PP desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde. Neste sentido, considerei oportuno realizar esta avaliação quando os indicadores de processo (conhecimento/capacidade/consciencialização/significado/auto-eficácia) estivessem facilitadores.

### **Reflexão dos domínios e determinantes nas intencionalidades terapêuticas**

Numa primeira sessão, pela necessidade de administração das vacinas, foi implementada previamente informoterapia relativamente a vigilância e promoção da saúde, sobre o processo vacinal. A dor é uma consequência decorrente da administração das vacinas por via IM e, a mãe demonstrou ansiedade, relativamente ao momento da vacinação e no regresso ao domicílio pela gestão da dor. Priorizei também antes da administração das vacinas, a avaliação do conhecimento da mãe sobre as indicações terapêuticas (vacinas) e a mãe demonstrou lacunas de conhecimento pelo que foi implementada informoterapia sobre as indicações terapêuticas, assim como, os sinais e sintomas decorrentes do processo de vacinação.

De forma, a manter a Luísa mais calma o maior tempo possível, reduzindo o stresse e

promovendo uma relação terapêutica saudável (Johnson et al., 2000), a vacinação foi realizada no final da consulta, priorizei desta forma a avaliação física e psicomotora de forma a Luísa estar calma. Antes da administração das vacinas por via IM, foi administrada a vacina via oral com a colaboração da mãe, pois interfere menos no bem-estar e conforto da criança por não ser uma técnica invasiva.

Realçar, que me parece oportuno e prioritário a parceria de cuidados no momento da vacinação, nomeadamente na gestão da dor, através da implementação de medidas não farmacológicas, a mãe mostrou-se disponível e atribui um significado positivo pelo facto de poder amamentar a sua filha aquando a vacinação. Revelou-se benéfico e tranquilizador para a mãe/criança e vice-versa pelo que foi potenciado o conforto e bem-estar de ambas as partes.

Como segunda sessão defini o final da consulta (após administração das vacinas), nesta fase a Luísa já se encontrava ao colo da mãe calma e tranquila, pude deste modo avaliar o conhecimento da mãe acerca da gestão da dor através da utilização de estratégias não farmacológicas. A Luísa é amamentada com leite materno exclusivo, pelo que não abordei como cuidado antecipatório a diversificação alimentar, pois a mãe referiu manter a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade.

O primeiro aspeto que levei em consideração, a condição da necessidade da criança (antes/durante e após a consulta), a condição transitória durante e após a consulta relacionado com o processo de vacinação, pelo que foi realizada informoterapia como referido anteriormente. Como segundo aspeto, a disponibilidade parental, a mãe demonstrou ao longo da consulta vontade em participar no processo de administração da vacinação, nomeadamente na gestão de estratégias não farmacológicas como a amamentação, colo, toque.

A avaliação da evolução do PP desenvolvimental ficam definidos para a próxima consulta de saúde infantil preconizada, no sentido de validar a adaptação da mãe ao seu PP. Além disso, os outros domínios selecionados ficam também definidos para avaliação na próxima consulta de saúde infantil preconizada para a idade.

Concluindo, este é o momento chave da implementação de informoterapia, pilar essencial da promoção da saúde e prevenção da doença, essencial para aumentar ganhos em saúde, pelo que as intencionalidades terapêuticas da parceria de cuidados, foi promovido o PP desenvolvimental.



## 6. CASO 4 - RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

João (dados fictícios) é um recém-nascido de pré-termo (RNPT) de 31 semanas e 5 dias e, é internado na UCIN por prematuridade com peso de 1820 gramas. Nasceu por parto eutócico, trabalho de parto espontâneo com rutura prematura das membranas. Primeira gestação de uma mulher de 29 anos (Joana) Apresenta sonda nasogástrica para alimentação com leite materno por gavagem. Em incubadora a 29.5°C, monitorizado com elétrodos de frequência cardiorrespiratória e oxímetro de pulso. Os pais acompanham o RNPT, participam nos cuidados, fazem canguru duas vezes por dia por um período de uma hora, além do colo. A mãe extrai leite materno por bomba. Os pais adaptados a situação, compreendem o ambiente que envolve o RN e colocam questões relacionadas com a evolução do João à equipa de enfermagem. Foram clientes dos meus cuidados durante 4 turnos, internamento com duração de três semanas e dois dias. A conceção de cuidados foi realizada no nono dia de internamento e a segunda sessão no dia do regresso para o domicílio. No regresso ao domicílio, com amamentação exclusiva e os pais com mestria e integridade fluída relativamente ao desempenho do papel parental.

### 6.1. Enquadramento teórico

A prematuridade do recém-nascido traduz uma maior especificidade e complexidade dos cuidados, adequados não só às suas necessidades mas também às necessidades dos pais advindas de uma parentalidade especial. Contextualizar de forma teórica o desenvolvimento do RNPT, as especificidades inerentes e os riscos associados sustenta a prática do “cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). O conhecimento sobre parentalidade é necessário para que o EESIP desenvolva a competência "promove a vinculação de forma sistemática particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais" (OE, 2018) realizando desta forma uma parceria de cuidados tendo em conta o binómio recém-nascido e família de modo a ensinar e preparar os pais para aquisição de conhecimentos e capacidades que lhes permitirão alcançar a mestria do novo papel que agora desempenham, de ser pais de RNPT.

#### **Prematuridade**

Trata-se de uma criança com necessidades especiais, ou seja uma "criança que apresentam condições especiais de saúde com necessidades de cuidados contínuos, sejam eles e natureza

temporária ou permanente" (OE, 2011, p 85). Considera-se recém-nascido de pré-termo (RNPT) ou prematuro, o bebê que nasce antes das 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (Monteiro, et al., 2022), sendo classificada como prematuridade severa 28 a < 31 semanas e seis dias (Ramos et al., 2020). Existe uma tendência para o aumento da prematuridade (SPN, 2016, p. 6), "o início do parto pré-termo é espontâneo em cerca de 20 a 30 %, após rotura de membranas em 30 a 40% dos casos e é medicamente indicada em 35 a 40% dos nascimentos de bebês prematuros. As circunstâncias relacionadas com o parto prematuro" (SPN, 2016, p. 6) são multifatoriais, complexas e muitas vezes imprevisíveis (Ramos et al., 2020). Relativamente ao cenário clínico descrito enquadrámos a prematuridade moderada e o recém-nascido de baixo peso ao nascer (BPN) – Criança cujo peso ao nascer é inferior a 2500g, independentemente da idade gestacional (Hockenberry & Wilson, 2021). A situação de saúde do RNPT é essencialmente baseada na avaliação do crescimento/desenvolvimento, sendo particularmente críticos na fase inicial de vida. Passamos a enunciar algumas das características do desenvolvimento psicomotor e as suas implicações nos cuidados ao recém-nascido, com idade gestacional entre as 30 e 33 semanas, segundo (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020):

- Motor: movimentos controlados, mas é comum tremores e assustaram-se com facilidade; os membros inferiores começam a desenvolver a flexão durante os períodos de repouso; movimentos ativos dos membros inferiores e superiores. Deve-se posicionar em flexão, alinhamento pela linha mediana, com auxílio de suportes.
- Estado: organização dos estados de alerta e repouso; os períodos de sono profundo aumentam, mas ainda predominam períodos de sono ativo. Devemos proteger os períodos de sono profundo e assegurar a prestação de cuidados durante os períodos de alerta.
- Visão: capaz de manter as pálpebras fechadas em resposta à luz; consegue focar por breves instantes estímulos visuais, como por exemplo o rosto humano; capaz de abrir os olhos em ambiente escurecido. Devemos proteger os olhos da luz direta; o escurecimento do ambiente favorece a abertura dos olhos; proteger da luz durante a prestação dos cuidados.
- Audição: preferência pela voz humana; apresenta comportamentos de resposta ao som mais consistentes e organizados; sensível ao som que expressa por instabilidade fisiológica. Devemos limitar a intensidade e número de fontes de ruído; falar com voz suave em conformidade com o estado, comportamento e necessidades manifestadas; providenciar um ambiente sonoro rítmico, cíclico e padronizado.
- Toque: a pele é frágil e sensível; apresenta comportamentos difusos em resposta ao toque, incluindo instabilidade fisiológica e psicológica; pode demonstrar respostas sinais de stress em resposta à manipulação. Limitar quantidade e frequência de manipulações; promover organização comportamental e estimulação tátil positiva, recorrendo a material de contenção; oportunidade de contato pele com pele, quando a situação do recém-nascido for estável.
- Alimentação: coordenação do reflexo de sucção com a deglutição; sucção rítmica e começa a parecer mais coordenada; organização das respostas comportamentais e

estado, relativamente a estímulos complexos da alimentação. Promover a sucção não nutritiva, conforme a tolerância, durante a alimentação por gavagem (SNG) e manobras mais invasivas ou causadoras de desconforto; estimulação da sucção na mama.

- Interação social: capacidade limitada para a reciprocidade de interação social; comportamentos de autorregulação como o levar a mão à boca podem aumentar; estados de alerta e contato visual ocasionais podem ser utilizados como estimuladores de vinculação parental. Devemos proteger da hiperestimulação; intervenções estratégicas, que promovam a organização e regulação do comportamento; comunicação positiva, promotora de relação pais/filho.

A imaturidade neurológica, tônus muscular modificado, reflexos orais minimizados, fraqueza geral e dificuldades na autorregulação podem interferir na qualidade das habilidades motoras orais do RNPT, assim como podem ser fatores suficientemente justificáveis para provocar a irregularidade no seu padrão cardiorrespiratório (Rios, 2003). A alimentação por via oral (VO) poderá ser iniciada quando o RNPT estiver com idade gestacional corrigida (IGC) em torno de 34 semanas, momento em que começa a adquirir uma coordenação eficiente entre a sucção, deglutição e a respiração (Medeiros et al., 2011), embora estudos mais recentes mencionem que já é possível observar a coordenação entre essas funções a partir da 32ª semana de IGC (Macias & Meneses, 2011). Importa lembrar o conceito de IGC referido anteriormente, designado como a idade pós-concepção que traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade, ou seja, a diferença entre a idade gestacional ao nascimento e tempo de duração médio de uma gestação a termo (40 semanas) (WHO, 2011).

Na visão de (Hockenberry & Wilson, 2021), nos RNPT podem surgir as seguintes complicações, dificuldade respiratória, hipoglicemia com necessidade de tratamento, instabilidade térmica, choro inconsolável, icterícia e prolongamento do internamento, como resultado da doença. Logo, a avaliação e intervenção imediata, em emergências com risco de vida perinatal, fazem a diferença entre um resultado favorável e uma vida inteira com incapacidades. Desta forma, os enfermeiros que prestam cuidados nas unidades neonatais devem estar familiarizados com as características do recém-nascido e alterações significativas relativamente à observação esperada em linha com a competência do regulamento EESIP "reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados" (OE, p 1913, 2018). Tornando-se assim, cada vez mais importante a presença de EESIP nestas unidades.

A globalidade dos RNPT são submetidos a vigilância intensiva é colocados num ambiente térmico controlado, com monitorização eletrocardiográfica, tensão arterial e respiratória e controlo da temperatura. O objetivo principal nos cuidados ao recém-nascido é manter a estabilidade hemodinâmica (Hockenberry & Wilson, 2021).

### **O nascimento de um filho prematuro: transição desenvolvimental**

O nascimento de um filho é um acontecimento que tem em si envolvidas emoções intensas que

simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de ser humano. Neste contexto clínico, a transição é de tipo desenvolvimental (teoria das transições de Meleis), associada a um turbilhão de emoções, sentimentos e pensamentos confusos e exaustivos. De facto, a ansiedade associada ao nascimento precoce acrescida da hospitalização pode gerar medo, frustrações nos recém pais e sentimentos de impotência (Zani et al., 2015). A prematuridade exige uma adaptação forçada e acelerada do processo de reconhecimento da maternidade que ainda se encontrava em formação (Marchetti & Moreira, 2015). Há uma alteração repentina na vida e no quotidiano dos pais, uma separação física do seu recém-nascido que está internado e uma necessidade de organizar a vida em função das visitas (Ionio et al., 2019). A transição para a parentalidade na prematuridade, é considerada uma das transições mais importantes na vida dos seres humanos e dificultada com o nascimento de um filho prematuro, deste modo foi fundamental conhecer as principais dificuldades dos pais no cuidar a criança, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências, visando a sua autonomia em qualquer contexto, torna-se fundamental. O enfermeiro especialista assume um papel primordial como facilitador desta transição (Galvão & Cardoso, 2017) e, é um dos principais cuidadores do cliente e família quando ocorrem transições, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e por serem eles que melhor os preparam para lidar com essas transições através de aprendizagem e aquisição de competências (Meleis et al., 2000). A prematuridade é considerada como a principal causa de admissão de RN na UCIN, encontra-se conotada de significados negativos pelos riscos e incertezas que lhes estão inerentes (Askin & Wilson, 2014). O João e os pais foram clientes dos meus cuidados, no nono dia de internamento pelo que estavam já familiarizados com o ambiente hospitalar e a configuração da uma unidade de cuidados intensivos neonatais, o que se revelou como uma condição facilitadora; os pais encontravam-se consciencializados com a situação com sentimentos de alegria pelo nascimento do filho, esperança, amor e otimismo.

Relativamente às condições pessoais, comunitárias e da sociedade foram ditas como facilitadoras no processo de transição saudável, assim como nos resultados da mesma, deste modo facilitou a adaptação dos pais aos seus novos papéis, promovendo as novas competências e, no momento do regresso ao domicílio com mestria e integridade fluida no desempenho do papel parental. Ao longo dos cuidados foi priorizada a empatia e sensibilidade para com os pais neste momento tão delicado das suas vidas, promovendo estratégias para o estabelecimento de parceria de cuidados e preparando-os gradualmente para o momento da alta, para que ocorra uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

## 6.2. Clientes

### Cliente

Recém-nascido | Idade: 23 dias | Masculino

### Mãe/Pai

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Figura parental principal: mãe.

03-01-2024 09:00 - Distância casa/hospital: 10.

03-01-2024 09:00 - Número de outros filhos: 0.

03-01-2024 09:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

03-01-2024 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

## 6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-03 09:00:00	Citrato de cafeína 10 mg PO - 18 horas	2024-01-17 09:00:00
2024-01-17 09:00:00	Colecalciferol, suspensão oral, 1 gota/dia de manhã	
2024-01-17 09:00:00	Ferrum, suspensão oral, 1 gota/dia (fora do horário das mamadas)	

### 6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Citrato de cafeína (Agência Europeia de Medicamentos, 2023)

Grupo farmacológico: psicoanaléticos, derivados das xantinas.

Indicações terapêuticas: tratamento da apneia primária em recém-nascidos prematuros.

Contraindicações: neste caso clínico não se aplicam.

Reações adversas: aumento da frequência cardíaca, disfunção renal/hepática.

Efeitos farmacodinâmicos: a principal ação da cafeína é a de estimulante do SNC. Esta é a base

do efeito da cafeína sobre a apneia dos prematuros, tendo sido propostos vários mecanismos para as suas ações, incluindo os seguintes: (1) estimulação dos centros respiratórios, (2) aumento da ventilação por minuto, (3) redução do limiar de hipercapnia, (4) maior resposta à hipercapnia, (5) aumento do tônus da musculatura esquelética, (6) diminuição da fadiga do diafragma, (7) aumento da taxa metabólica e (8) aumento do consumo de oxigénio.

Cuidados de enfermagem: as mães que estejam a amamentar recém-nascidos tratados com citrato de cafeína não devem ingerir alimentos, bebidas ou medicamentos que contenham cafeína, porque a cafeína é excretada no leite materno.

### **Colecalciferol (ou Vitamina D3) (Infarmed, 2023)**

Grupo farmacológico: substância ativa é o colecalciferol.

Indicações terapêuticas: prevenção do raquitismo em recém-nascido.

Contraindicações: neste caso clínico não se aplicam.

Reações adversas: aerocolia, cólicas ou diarreia. Podem também ocorrer reações ao nível da pele, erupção cutânea ou urticária

Cuidados de enfermagem: conservar na embalagem de origem para proteger da luz.

### **Ferrum hausmann, solução oral (Infarmed, 2023)**

Grupo farmacológico: complexo hidrossolúvel e macromolecular de hidróxido de férrico polinuclear.

Indicações terapêuticas: tratamento da deficiência em ferro.

Contraindicações: neste caso clínico não se aplicam.

Reações adversas: perturbações gastrointestinais (obstipação, diarreia).

Cuidados de enfermagem: informar os pais que as fezes poderão ficar mais escuras, sem significado clínico. O cálcio inibe a absorção do ferro, pelo que a sua administração deve ser realizada fora do horário das mamadas.

## **6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

### **Atitudes terapêuticas**

03-01-2024 09:00

**03-01-2024 09:00 - Incubadora** [RESOLVIDO] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Temperatura

03-01-2024 09:00 - Humidade

**03-01-2024 09:00 - Assegurar funcionamento da incubadora** [FIM] 17-01-2024 09:00*03-01-2024 09:00 - Otimizar incubadora [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00***Sondas, Drenos e Cateteres**

03-01-2024 09:00

**03-01-2024 09:00 - Sonda gástrica** [RESOLVIDO] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

03-01-2024 09:00 - Características do dispositivo: Sonda de nutrição entérica em Poliuretano CH6.

03-01-2024 09:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

03-01-2024 09:00 - Nariz Direita(o): 20.00 cm.

03-01-2024 09:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: aquosa.

03-01-2024 09:00 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 1 ml.

**03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da administração pela sonda** [FIM] 17-01-2024 09:00*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00***03-01-2024 09:00 - Assegurar funcionamento da sonda** [FIM] 17-01-2024 09:00*03-01-2024 09:00 - Otimizar sonda gástrica [3/3 horas] [FIM] 17-01-2024 09:00***03-01-2024 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica** [FIM] 17-01-2024 09:00*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [3/3 horas] [FIM] 17-01-2024 09:00**03-01-2024 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [SOS] [FIM] 17-01-2024 09:00***03-01-2024 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica** [FIM] 17-01-2024 09:00*03-01-2024 09:00 - Trocar sonda gástrica [5 em 5 dias segundo as normas do hospital] [FIM] 17-01-2024 09:00**03-01-2024 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [1 vez dia] [FIM] 17-01-2024 09:00***6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

Após o início da respiração, a regulação da temperatura é o aspeto mais crítico para a sobrevivência do recém-nascido pré-termo. É essencial a manutenção de um ambiente térmico neutro, aspeto fundamental nos cuidados de enfermagem numa UCIN (Hockenberry & Wilson, 2016). É através da **incubadora** que é possível tornar este ambiente térmico neutro ajustado à

necessidade do recém-nascido. A produção de calor é um processo complexo que envolve vários sistemas, sendo que o recém-nascido pré-termo tem menor massa muscular, menos depósito de gordura castanha para produzir calor, falta de gordura subcutânea e um controle fraco dos capilares da pele (Hockenberry & Wilson, 2016). A temperatura na incubadora está relacionada com a capacidade termorreguladora do prematuro, a qual é proporcional ao peso da criança, no nosso caso tendo em conta o peso do prematuro, esta deverá ser de 29 a 30°C e um grau de humidade de 55-65% (SPN, 2016). O manuseio das gavetas, o abrir/fechar das portinholas das incubadoras produzem um nível considerável de ruído, atingindo 100 dB (Correia et al., 2014), sendo também importante salientar que o interior da incubadora não protege o RNPT do excesso de ruído proveniente do exterior, uma vez que não filtram o som, funcionando, pelo contrário, como uma caixa de ressonância, contribuindo assim para o intensificar (Correia et al., 2014). Relativamente, à otimização da incubadora, não existe consenso científico, acredita-se na eficácia no uso hipoclorito de sódio a 0,5% versus a desinfecção com álcool a 70% que não é eficaz na forma esporulada do bacilo. Deste modo, estudos referem a associação do peróxido de hidrogênio como suplemento ao processo principal de limpeza de rotina e desinfecção para ampliação do controle microbiológico. Esta desinfecção deve ser diária. (Ferreira et al., 2017). Ao considerar a segurança do RNPT no ambiente hospitalar, é necessário que a higiene em incubadoras utilizadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) seja realizada todas as vezes que um RN é retirado da incubadora, sempre que o equipamento for recebido, quando estiver em desuso ou for desligada (Ferreira et al., 2017). A troca das incubadoras deve ser feita sempre entre um RN e outro e a cada cinco ou sete dias após uso contínuo, quando as condições clínicas assim permitirem, entretanto, essa prática, apesar de amplamente utilizada, ainda não foi validada (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020).

A **sonda gástrica** é utilizada quando o reflexo de sucção e deglutição do RNPT ainda não estão estabelecidos ou quando a situação clínica não permite a ingestão oral. Neste caso a sonda foi inserida na narina (nasogástrica), pois o João tinha a parte ventilatória estável. O número de sonda padronizado neste contexto clínico é o 6FR e a norma hospitalar de troca da sonda é de 7 em 7 dias. A técnica de colocação da sonda é da responsabilidade exclusiva do enfermeiro, através de uma técnica limpa. O primeiro passo é a permeabilização das narinas com soro fisiológico, após a medição da sonda - lóbulo da orelha até ao canto da boca, canto da boca até a apêndice xifoide, fixação e verificação da sua posição na região gástrica (com aspiração de conteúdo gástrico). Previamente a alimentação por gavagem do João, devem ser tidas em consideração as seguintes intervenções de enfermagem: verificar a fixação e posição da sonda; aspirar o conteúdo gástrico; assegurar a administração lenta por gavagem, com ação da gravidade; mobilizar a sonda de forma a evitar maceração e observar a existência de manifestações hemodinâmicas da deslocação da sonda: bradicardia por reflexo vagal (Oliveira, 2005).

## 6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-01-2024 09:00	Consciência	
03-01-2024 09:00	Sensações somáticas	
03-01-2024 09:00	Sistema respiratório	
03-01-2024 09:00	Sistema cardiovascular	
03-01-2024 09:00	Eliminação intestinal	
03-01-2024 09:00	Eliminação urinária	
03-01-2024 09:00	Termorregulação	
03-01-2024 09:00	Sono	
03-01-2024 09:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
03-01-2024 09:00	Desenvolvimento físico	
03-01-2024 09:00	Recém-nascido	
03-01-2024 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	17-01-2024 09:00
03-01-2024 09:00	Atitudes terapêuticas	17-01-2024 09:00
03-01-2024 09:00	Pele e mucosas	
17-01-2024 09:00	Comportamentos para amamentar	

### 6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

**Consciência:** a avaliação deste domínio vai permitir detetar sinais de stresse do RNPT e potenciais sinais de alteração de forma precoce. Estas alterações podem ser indicadores de hemorragia cerebral ou infeção, que ocorrem com alguma frequência no período de internamento na neonatologia (Calasans, 2006).

**Pele e mucosas:** os cuidados com a pele são de extrema importância pela sensibilidade cutânea que os prematuros apresentam (Nascimento & Landim, 2016). Este domínio carece de vigilância pela fixação com adesivo da sonda nasogástrica pelo que importa avaliar a pele quanto à sua integridade e aspeto. Face às reações adversas referidas no capítulo da medição, o colecalciferol, é oportuno a vigilância deste domínio.

**Sensações somáticas:** um recém-nascido prematuro na UCIN recebe cerca de 130 a 234 manipulações nas 24 horas, sendo que muitas dessas manipulações são dolorosas. Além do mais, são expostos, a ruídos sonoros altos, luzes fortes e contínuas (Santos, Ribeiro, Santana, 2012). O RNPT é submetido a diversos eventos stressantes ou dolorosos, logo, devemos considerar a subjetividade da dor e a inabilidade em relatá-la verbalmente. Este domínio requer vigilância constante e permanente da dor, pelo que devemos estar atentos a linguagem tão peculiar, expressa através de alterações comportamentais e fisiológicas promovendo, assim, o cuidado integral e seguro ao prematuro (Calasans, 2006). Posto isto, o enfermeiro, deve levar

em consideração os aspectos inerentes ao processo doloroso, bem como considerá-lo como um indicador potencial de alterações nos sistemas corporais do RNPT, tendo em vista as suas repercussões nos sinais vitais e comportamento do mesmo.

**Sistema respiratório e sistema cardiovascular:** a prematuridade é associada a uma maior imaturidade pulmonar, à inflamação e infecções pré e pós-natais, ao edema pulmonar, às deficiências nutricionais, aos défices em antioxidantes e antiproteases, entre outros, contribuem para a resposta inflamatória com lesão parenquimatosa pulmonar aguda, que determina lesão das vias aéreas (enfisema e atelectasias), lesão vascular (hipertensão pulmonar) e do interstício pulmonar (fibrose, diminuição do número de alvéolos e capilares) (SPP, 2009). Torna-se fundamental a vigilância dos parâmetros cardiovasculares e respiratórios, no sentido de detetar alterações nestes sistemas. Outras medidas dizem respeito à manutenção do funcionamento do sistema cardiovascular, ou seja, mesmo que o sistema respiratório esteja estável para que a oxigenação pulmonar se processe eficazmente, torna-se necessário que o oxigénio chegue a todos os órgãos. Destaca-se deste modo a prioridade na vigilância contínua e quantificada da frequência cardíaca, respiratória e da tensão arterial (SPP, 2016) de modo a detetar alterações que podem por em risco a hemodinâmica do RNPT. O padrão respiratório no recém-nascido é irregular e abdominal, com uma frequência entre 30 e 60 ciclos/min (Balest, 2022). Os períodos de apneia superiores a 20 segundos são anormais e podem ser acompanhados de bradicardia (Branco et al., 2004). Além do mais, por ser um RNPT, o risco de apresentar uma cardiopatia congénita é maior, daí a vigilância criteriosa deste sistema (Galvão & Cardoso, 2017). A frequência cardíaca pode variar desde 100 a 180 batimentos/minuto logo após o nascimento, quando estabilizado varia entre os 120 a 140 batimentos/minuto.

**Eliminação intestinal:** O RNPT possui um sistema intestinal imaturo com um microbiota intestinal menos competente que o recém-nascido de termo. Há uma ausência de bifidobactérias que pode comprometer as funções de defesa (SPN, 2016) daí a vigilância deste domínio.

Face as reações adversas referidas no capítulo da medição, nomeadamente o ferrum e o colecalciferol foi selecionado o domínio - eliminação intestinal - e, também, relativo aos efeitos secundários do citrato de cafeína, foi selecionado o domínio - sistema cardiovascular - de modo, a integrar os mesmos na conceção de cuidados, no sentido de vigiar os parâmetros inerentes a estes domínios.

**Eliminação urinária:** existe uma imaturidade associada a incapacidade na filtragem de alguns eletrólitos e ácidos em excesso, o que pode provocar desordens metabólicas (acidose, hipo/hipernatrémia, hipo/hipercalémia, hipo/hipercalcémia). Perante esta imaturidade, é de extrema importância, a vigilância deste domínio com monitorização do padrão urinário, sendo o padrão urinário normal entre 1-3 ml/kg/h, considera-se oligúria inferior a 1 ml/kg/h e poliúria superior a 4-5 ml/kg/h (Silva et al., 2019). Na unidade de neonatologia a preocupação é repor

este desequilíbrio hidroeletrolítico ocasionado por esta imaturidade renal com aporte de soluções e diuréticos, em função dos parâmetros sanguíneos do prematuro (SPN, 2016).

**Termorregulação:** um recém-nascido despido exposto a uma temperatura de 24º baixa 0.25ºC por minuto e pode ficar rapidamente hipotérmico (SPN, 2016). A hipotermia leva a acidose metabólica, aumento do metabolismo e risco de hipoglicemia, aumento do consumo de oxigênio e risco de hemorragia cerebral. O sistema nervoso central é imaturo, a resposta ao frio retardada e a imaturidade do sistema motor dificulta a regulação da temperatura pela incapacidade de manter uma posição de flexão (Ferraz, 2017) daí a vigilância deste domínio de forma a detetar o mais precocemente possíveis alterações.

**Sono:** é necessária uma observação cuidada do comportamento do recém-nascido de forma a não perturbar os seus ciclos de sono fundamentais para a formação dos circuitos neuronais (Ferraz, 2017). Trata-se de um processo fisiológico fundamental para a plasticidade cerebral, o desenvolvimento sensorial, o crescimento e reparação dos tecidos, a memória e a aprendizagem (SPN, 2016) daí a vigilância deste domínio.

**Comportamentos de ligação mãe/pai-filho:** o grau de complexidade dos cuidados e os aparelhos necessários para garantir a sobrevivência de um recém-nascido prematuro, a impossibilidade de lhe pegar ao colo quando têm vontade, de amamentar sem apoio, dificultam o estabelecimento de ligação mãe-filho (Strapasson & Nedel, 2010) pelo que o EESIP deve vigiar este domínio e deste modo facilitar, assistir e incentivar a promoção da ligação mãe-filho.

**Desenvolvimento físico:** o crescimento e desenvolvimento de todos os prematuros devem ser cuidadosamente monitorizados com as curvas de acompanhamento que se baseiam no padrão de crescimento do RN ainda no útero (SPN, 2016). A vigilância deste domínio permite garantir que estas crianças/pais recebam adequado suporte e intervenção, a fim de otimizar seu prognóstico (SPN, 2016).

**Recém-nascido:** o RN tem uma dependência total do adulto pela sua incapacidade de se autocuidar e autorregular e, a observação do RNPT permite compreender os sinais de stresse e de sobrestimulação, assim como, o que lhe causa desconforto (Montanholi et al, 2022).

**Comportamentos para amamentar:** a vigilância deste domínio, permite garantir o sucesso do aleitamento materno, importa verificar uma boa transferência de leite entre a mãe e o RN; boa pega (o queixo do RN toca a mama; a boca do mesmo está bem aberta; o seu lábio inferior está virado para fora; pode-se ver mais aréola acima do que abaixo da boca do RN); a transferência de leite refere-se não só à quantidade de leite que a mãe produz, como também àquela que o bebé obtém, sendo a atuação do mesmo é particularmente importante na regulação da quantidade de leite que ingere, na duração da mamada e na produção do leite pela mãe (UNICEF, 2012). Importa a mãe ter noção dos sinais de fome/saciedade do seu filho, daí a importância deste domínio.

## 6.6. Concessão de Cuidados

### Consciência

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Consciente.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Neste contacto]*

### Sensações somáticas

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Sem manifestação de dor.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar sinais de dor**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Neste contacto]*

### Sistema respiratório

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Frequência respiratória: 58 ciclos/min.

03-01-2024 09:00 - Ritmo respiratório irregular.

03-01-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

03-01-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

03-01-2024 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

03-01-2024 09:00 - Sem adejo nasal.

03-01-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

03-01-2024 09:00 - Central: 100 %.

03-01-2024 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da ventilação**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [Neste contacto]*

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Frequência respiratória: 48 ciclos/min.

17-01-2024 09:00 - Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Sem adejo nasal.

17-01-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

17-01-2024 09:00 - Periférico(a): 100 %.

17-01-2024 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

### Sistema cardiovascular

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Localização do Pulso

03-01-2024 09:00 - Antebraço Direita(o)

03-01-2024 09:00 - Frequência do pulso: 128 pulsações por minuto.

03-01-2024 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-01-2024 09:00 - Pulso rítmico.

03-01-2024 09:00 - Pulso simétrico.

03-01-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-01-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o)

03-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 72 mmHg.

03-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 39 mmHg.

03-01-2024 09:00 - Temperatura das extremidades

03-01-2024 09:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

03-01-2024 09:00 - Coloração das extremidades

03-01-2024 09:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

03-01-2024 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

**03-01-2024 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Neste contacto]*

**03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Neste contacto]*

**03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Neste contacto]*

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Localização do Pulso

17-01-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

17-01-2024 09:00 - Frequência do pulso: 138 pulsações por minuto.

17-01-2024 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

17-01-2024 09:00 - Pulso rítmico.

17-01-2024 09:00 - Pulso simétrico.

17-01-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-01-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o)

17-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 76 mmHg.

17-01-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 39 mmHg.

17-01-2024 09:00 - Temperatura das extremidades

17-01-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

17-01-2024 09:00 - Coloração das extremidades

17-01-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

17-01-2024 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

**Eliminação intestinal**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

03-01-2024 09:00 - Fezes: em moderada quantidade.

03-01-2024 09:00 - Consistência das fezes: Fezes líquidas.

03-01-2024 09:00 - Coloração das fezes: amarelada.

03-01-2024 09:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

**03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Neste contacto]*

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Fezes: em moderada quantidade.

17-01-2024 09:00 - Consistência das fezes: Fezes líquidas.

17-01-2024 09:00 - Coloração das fezes: amarelada.

17-01-2024 09:00 - Número de defecações por dia: 5.

17-01-2024 09:00 - Número de defecações por semana: 32.

17-01-2024 09:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

### **Eliminação urinária**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Quantidade de urina: 45 ml.

03-01-2024 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

03-01-2024 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

03-01-2024 09:00 - Sem globo vesical.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Neste contacto]*

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Urina em moderada quantidade.

17-01-2024 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

### **Pele e mucosas**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Neste contacto]*

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Termorregulação**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

03-01-2024 09:00 - Região axilar: 36.40 °C.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Neste contacto]*

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

17-01-2024 09:00 - Região axilar: 36.50 °C.

### **Sono**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Dormiu por períodos longos.

03-01-2024 09:00 - Sono reparador.

03-01-2024 09:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 11 Hora.

03-01-2024 09:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 10 Hora.

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução do sono**

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do sono [Neste contacto]

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Dormiu por períodos longos.

17-01-2024 09:00 - Sono reparador [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 11 Hora.

17-01-2024 09:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 9 Hora.

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

03-01-2024 09:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Neste contacto]

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Neste contacto]

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

### **Comportamentos para amamentar**

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

17-01-2024 09:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

17-01-2024 09:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

17-01-2024 09:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

17-01-2024 09:00 - Com manifestações de pega adequada.

### **17-01-2024 09:00 - Amamentação**

#### **17-01-2024 09:00 - Determinar evolução da amamentação**

17-01-2024 09:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Neste contacto]

### **Desenvolvimento físico**

03-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Peso: 1.82 Kg.

03-01-2024 09:00 - Percentil do peso: P(1).

03-01-2024 09:00 - Comprimento/Altura: 45.00 cm.

03-01-2024 09:00 - Percentil do comprimento: P(1).

03-01-2024 09:00 - Perímetro cefálico: 35.00 cm.

03-01-2024 09:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(25).

03-01-2024 09:00 - Índice de massa corporal: 8.99 Kg/m<sup>2</sup>.

03-01-2024 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).

### **03-01-2024 09:00 - Crescimento**

#### **03-01-2024 09:00 - Determinar evolução do crescimento**

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do crescimento [Neste contacto]

03-01-2024 09:00 - Referenciar estado do crescimento ao médico [SOS]

17-01-2024 09:00

17-01-2024 09:00 - Peso: 2.20 Kg.

17-01-2024 09:00 - Percentil do peso: P(1).

17-01-2024 09:00 - Comprimento/Altura: 48.00 cm.  
17-01-2024 09:00 - Percentil do comprimento: P(1).  
17-01-2024 09:00 - Perímetro cefálico: 36.50 cm.  
17-01-2024 09:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(25).  
17-01-2024 09:00 - Índice de massa corporal: 9.55 Kg/m<sup>2</sup>.  
17-01-2024 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).

**Recém-nascido**

03-01-2024 09:00

**03-01-2024 09:00 - Recém-nascido****03-01-2024 09:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical [FIM]**

17-01-2024 09:00

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00*

**03-01-2024 09:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais**

*03-01-2024 09:00 - Dar banho [2/2 dias]*

*03-01-2024 09:00 - Executar cuidados de higiene oral [1 vez turno e em SOS]*

*03-01-2024 09:00 - Trocar fralda [Sem horário]*

*03-01-2024 09:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [Sem horário]*

*03-01-2024 09:00 - Vestir/despir [Neste contacto]*

*03-01-2024 09:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Sem horário]*

*03-01-2024 09:00 - Implementar medidas de segurança [Neste contacto]*

*03-01-2024 09:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Neste contacto]*

**03-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [FIM] 17-01-2024 09:00**

*03-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador.*

*17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador [MANTEVE].*

*03-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora.*

*17-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora [MANTEVE].*

*03-01-2024 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.*

*17-01-2024 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador [MANTEVE].*

*03-01-2024 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.*

*17-01-2024 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador [MANTEVE].*

*03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00*

**03-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [FIM] 17-01-2024 09:00**

17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

03-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador.

17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

03-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

03-01-2024 09:00 - Dispositivo: Bomba elétrica de extração de leite - facilitadora.

17-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

17-01-2024 09:00 - Dispositivo: Bomba elétrica de extração de leite - facilitadora [MANTEVE].

17-01-2024 09:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

03-01-2024 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00*

**03-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

03-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

**03-01-2024 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido [RESOLVIDO] 17-01-2024 09:00**

03-01-2024 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Neste contacto e próximo contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00*

03-01-2024 09:00 - *Ensinar mãe/pai sobre sono [Neste contacto] [FIM]*

17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Neste contacto]*

**03-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

03-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

17-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar o recém-nascido em segurança: facilitadora.

**03-01-2024 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento**

**sobre promoção da segurança do recém-nascido** [RESOLVIDO] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido [Neste contacto e próximo contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Neste contacto]

**03-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde** [FIM] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

03-01-2024 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

17-01-2024 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador [MANTEVE].

**03-01-2024 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido** [RESOLVIDO]

17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [Neste contacto] [FIM]

17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais [Neste contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Próximo contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00

**03-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro** [FIM] 17-01-2024 09:00

03-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador.

17-01-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador [MANTEVE].

03-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora.

17-01-2024 09:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora [MANTEVE].

03-01-2024 09:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o

choro do recém-nascido: facilitadora.

17-01-2024 09:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora [MANTEVE].

03-01-2024 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Próximo contacto] [FIM] 17-01-2024 09:00*

## 6.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar como a mãe fala para o bebé
- Observar a necessidade que a mãe tem de estar em contacto com o seu bebé
- Observar a proatividade de mãe no toque/aconchego ao seu bebé

Trocar fralda

- Preparar material junto do RN: compressas molhadas em água morna, sabão com ph neutro, compressas secas e fralda
- Lavar a região genital e perianal usando as compressas
- Secar bem a região genital/perianal e pregas
- Colocar fralda

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Colocar termómetro digital na região axilar

Implementar estratégias de promoção do sono

- Utilizar a cobertura da incubadora de forma a diminuir a incidência da luz na incubadora
- Diminuir a intensidade da luz geral da sala da UCIN
- Agrupar os cuidados, sempre que possível, de forma a respeitar o sono do RN
- Diminuir os estímulos sonoros, ao responder e resolver a causa dos alarmes sonoros oriundos do monitor cardiorrespiratório contínuo

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita

- Deve dormir em decúbito dorsal e em cama apropriada
- Não deve usar almofada, fralda, gorros, babetes, brinquedos ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça
- Não cubra demasiado o lactente - a cabeça deve estar sempre descoberta - a roupa não deve ultrapassar a linha mamária e os cobertores não devem ser pesados e, não fazer dobras nos lençóis
- Temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18-21 °C e o ambiente deve ser arejado frequentemente
- Vestir a roupa de forma a que o RN se sinta confortável - não quente, para isso avaliar com o dorso da sua mão na nuca ou no tronco do bebé poderá avaliar facilmente se ele está muito aquecido
- O uso de chupeta sem a corrente é um fator preventivo

- Os pés da criança devem bater no fundo da cama
- O colchão deve ser semi-rígido
- Os pais/familiares não devem fumar dentro de casa

#### Otimizar sonda gástrica

- Confirmar posicionamento da sonda
- Avaliar resíduo gástrico antes de cada refeição
- Reintroduzir resíduos gástricos exceto se contiverem grandes coágulos de sangue, secreções muco purulentas ou fezes
- A quantidade reintroduzida deve ser descontada no aporte das próximas duas horas ou da refeição em causa, desde que não ultrapasse 50% da dose total

#### Ensinar mãe/pai sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais

- Apneia com duração superior a 20 segundos e acompanhada de algumas manifestações: gemido, cianose
- Taquipneia (superior a 60 ciclos/min)
- Adejo nasal
- Retrações no peito

#### Ensinar mãe/pai sobre sono

- Nos primeiros meses de vida, o recém-nascido deve dormir no quarto dos pais
- Respeitar o sono do RN, deixar descansar e não o tentar estimular no período de sono
- A temperatura média do quarto deve situar-se entre os 18 e 20º C
- Criar uma rotina. Ao fazer as coisas da mesma forma todas as noites, sensivelmente à mesma hora, ajuda o bebé a perceber que está na hora de dormir
- Um RN dorme em média 18 horas por dia

#### Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- O RNPT deve ser manipulado, com movimentos contidos e suaves e mobilizado de forma aninhada e suportada
- Pode-se estimular o olfato com compressa embebida em leite materno e o paladar com gotas de leite materno
- Colocação de fralda de tecido que tenha estado em contacto com a pele da mãe junto do recém-nascido
- Ter em atenção os ruídos como os que provêm dos toques de telemóveis de conversações entre os pais, devem ser reduzidos na sua intensidade e duração, de forma a providenciar um ambiente que se quer promotor do desenvolvimento saudável do recém-nascido

#### Tratar do coto do cordão umbilical

- Aplicar o método dry care amplamente recomendado pela Organização Mundial de Saúde (2017)
- Lavar criteriosamente as mãos com água e sabão antes e depois dos cuidados ao coto umbilical
- Realizar a limpeza do coto umbilical e da pele circundante sempre que se suje com fezes

ou urina

- Secar bem o coto umbilical com compressas esterilizadas ou uma toalha limpa igualmente no sentido da base para a periferia, após o banho ou limpeza
- Não colocar emolientes (hidratantes) no coto umbilical nem na sua base de inserção
- Dobrar a fralda abaixo do coto umbilical e manter o coto umbilical seco e exposto ao ar, ou livremente coberto com roupas limpas
- Não usar faixas, ligaduras ou qualquer outro tecido sobre o coto umbilical
- O RN pode tomar banho antes de cair o coto, contudo a submersão do recém-nascido na água geralmente não é recomendada até a queda do coto umbilical, reforçando que se tenham os cuidados necessários para não deixar humidade

Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica

- Mudar diariamente o adesivo, higienizar a pele, alternando os pontos de fixação e, vigiar ocorrência de reações na pele (Vilaça, 2013)

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido

- Conhecimento dos pais sobre conservação e preparação de leite materno
- Capacidade da mãe para extrair leite materno

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar como o pai fala para o bebé
- Observar a proatividade do pai no toque/aconchego ao seu bebé
- Observar a necessidade que o pai tem de estar em contacto com o seu bebé

Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica

- Sonda nasogástrica situada ao nível do número 20
- Verificar a presença de conteúdo gástrico

Trocar sonda gástrica

- Lavar as mãos com sabão neutro
- Se via nasogástrica, examinar as narinas, escolhendo a mais larga, e se muito ressecada lubrificá-las com soro fisiológico
- Medir a sonda, determinando a distância necessária para a introdução até o terço médio do estômago. Utiliza-se a medida do canto da boca até ao lóbulo da orelha e daí até o ponto médio entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical
- Colocar o neonato em decúbito lateral ou dorsal, com a cabeça levemente fletida
- Iniciar a introdução da sonda gástrica segurando com a mão a cabeça do recém-nascido, utilizando luvas de procedimento
- Fixar a sonda com adesivo não alérgico
- Verificar a posição da sonda: aspirar o conteúdo gástrico, através da seringa

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Observar o aspeto e fase de mumificação do coto do cordão umbilical
- Verificar se existe rubor ou calor da base
- Verificar se existe cheiro fétido

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

- Conhecimento dos pais sobre conservação e preparação de leite materno
- Capacidade da mãe para extrair leite materno

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a pele na região de fixação do adesivo da sonda nasogástrica

Otimizar incubadora

- Se a situação clínica permitir, retirar o RN da incubadora
- Desinfecção com álcool a 70% associado ao peróxido de hidrogênio, a desinfecção deve ser diária (Dancer, 2014)
- A troca da incubadora deve ser feita a cada cinco ou sete dias após uso contínuo

## 6.8. Síntese relativa ao caso

Os pais do João co-habitam antes e depois do regresso ao domicílio com o João e estarão disponíveis 24/24 horas com o seu filho. No regresso ao domicilio a tipologia de cuidados que prestam em casa é desenvolvimental.

Refiro-mo também às intencionalidades na conceção de cuidados face a este contexto e ao cliente. O primeiro aspeto tido em conta foi a promoção do desempenho do papel parental, ou seja os aspetos relacionados com o papel parental desenvolvimental, os cuidados ao João (cuidados ao cordão, higiene, troca da fralda) são prestados pelos pais com supervisão/ajuda do enfermeiro. No entanto, referir que na ausência dos pais, foi necessário a substituição dos mesmos nas necessidades desenvolvimentais do RNPT, sendo os cuidados assegurados totalmente pelo enfermeiro. O segundo aspeto refere-se a promoção do desempenho papel parental desenvolvimental acrescido do papel parental especial, de modo, a facilitar a transição e o papel parental na vivência do evento crítico da prematuridade (condição inaugural), foi utilizada a parceria de cuidados. Em contexto de internamento o RN necessita que o EESIP garanta a prestação de cuidados de higiene, alimentação, cuidado ao coto do cordão umbilical e seja um elemento promotor de segurança e da higiene do sono, não descurando a parceria de cuidados com os pais. A SPN (2018) recomenda, ainda, cuidados centrados no desenvolvimento e especial atenção com os equipamentos (silenciar os vários alarmes o mais rapidamente possível e manter os seus volumes no mínimo), organização (os RN mais prematuros e/ou mais instáveis em incubadoras fechadas e em zonas mais tranquilas e silenciosas), pais e profissionais e estimulação sensorial positiva (falar baixo na zona dos recém-nascidos e responder prontamente aos RN que choram). Deste modo, as intervenções foram direcionadas tendo em conta a vulnerabilidade do RNPT, que é um ser vulnerável e altamente dependente, livre de estímulos nocivos e que minimize os efeitos negativos da doença e separação dos pais

são aspetos inerentes aos cuidados de enfermagem. É necessário haver consciência das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais, para existir envolvimento no processo transicional (Meleis, 2010). Ao longo do internamento, o RNPT passou por diversas situações complexas, uso de sonda gástrica, monitorização cardiorrespiratória contínua e incubadora. Este cenário revela-se avassalador para os pais, gera ansiedade e tristeza pelo que o enfermeiro deve promover o papel parental especial pelo facto do internamento ser de longa duração e de grande complexidade. Neste sentido, os pais foram incorporados nos cuidados, de modo a promover o papel parental e a satisfação dos mesmos. Durante o período que foram clientes dos meus cuidados, os pais quiseram participar ativamente nos cuidados e, foram incentivados no período de sono do RNPT a ir descansar. Deste modo, o elo de comunicação com a mãe/pai foi estabelecido a partir da parceira de cuidados, como intencionalidade em integrar os pais nos cuidados de modo a facilitar esta transição e o evento crítico da hospitalização.

O João apresentou-se sempre dentro dos padrões normais de crescimento e desenvolvimento, tendo em conta as curvas de Fenton (2013), já referidas anteriormente, pelo que não foi necessário a promoção do papel parental e avaliação do conhecimento destes aspetos. Além disso, o RNPT esteve sempre hemodinamicamente estável, com padrões respiratórios e cardíacos dentro das características normais da prematuridade.

## **Dados tomados como relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"**

### **Critérios de resultados**

#### **Primeira sessão**

Foi avaliado previamente o conhecimento da mãe sobre higiene e conforto e lidar com o choro, e a mãe apresenta mestria.

Promoção do papel parental desenvolvimental - critérios de resultado face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido.

Critérios de resultados: mãe refere a importância de respeitar o sono do RN; assim como, a importância da luminosidade e ruídos sonoros.

Promoção do papel parental desenvolvimental - critérios de resultado face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido.

Critérios de resultados: mãe refere as medidas de prevenção do síndrome de morte súbita (posição dorsal, não colocar nada na cama do RN, temperatura ideal 18-21°C, cobrir o RN com roupa leve e a roupa deve ficar por baixo dos braços). Refere também alguns dos sinais/sintomas de alerta de processos corporais inerentes a prematuridade (apneia superior a 20 segundos acompanhada com gemido; taquipneia; adejo nasal e retrações no peito).

Promoção do papel parental desenvolvimental - critérios de resultado face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre PP desenvolvimental: ingestão nutricional.

Dados: no momento da avaliação, os pais demonstraram conhecimento sobre conservação de e preparação de leite materno e capacidade para extrair leite materno.

Realçar que pelo facto do RNPT ser alimentado por gavagem exclusivamente por leite materno, foi necessário avaliar o conhecimento e capacidade da mãe relativamente a extração do leite materno. De facto, o RNPT é alimentado por sonda e por gavagem pelo que não me parece oportuno, tendo em conta a prematuridade do RN abordar neste momento os outros parâmetros do papel parental relativamente a ingestão nutricional. Além disso, é da competência exclusiva do enfermeiro a administração do leite materno por gavagem, tratando-se de uma situação transitória, não foi promovido o papel parental especial relativamente as medidas de otimização da sonda gástrica. No entanto, a mãe está consciencializada da importância da extração do leite e demonstra conhecimento/significado/autoeficácia/capacidade.

### **Segunda sessão (regresso para o domicílio)**

O João encontra-se dentro dos padrões normais de desenvolvimento e crescimento, de facto, tendo em conta a parametrização do peso, altura e perímetro cefálico, referindo-me as curvas de crescimento de Fenton (2013), o João encontra-se no percentil 50. Além disso, no momento, do regresso ao domicílio (segunda sessão), a mãe atingiu mestria e integridade fluida relativamente ao desempenho do papel parental.

Concluindo, neste caso clínico, os resultados foram atingidos o que permitiu verificar a condição do foco e dar termo ao diagnóstico.

### **Contributos das intervenções face ao cenário clínico**

Ensinar, instruir foram intervenções implementadas com o objetivo de dar informação sistematizada à mãe sobre aspetos do papel parental desenvolvimental, de modo a capacitar a mãe para a gestão dos cuidados necessárias a satisfação das necessidades da criança, por exemplo, sobre o sono, promoção da segurança do recém-nascido e ingestão nutricional.

Concluindo, o conjunto das intervenções planeadas contribuíram positivamente, para a evolução do conhecimento da mãe sobre o PP desenvolvimental acima referidos, na medida em que se chegou aos resultados esperados.

### **Definição do tempo para avaliação do objetivo final**

É importante avaliar a evolução da condição de cada foco e avaliação final de cada diagnóstico, considera-se a avaliação do objetivo final quando os indicadores de processos

(conhecimento/capacidade/consciencialização/significado/auto-eficácia) estiverem facilitadores. Deste modo, tendo em conta o internamento ser de longa duração, serão

avaliados estes indicadores ao longo do internamento, não definindo um tempo, mas sim como meta de timing de avaliação do objetivo final o atingimento dos indicadores de processo.

Realçar como aspeto positivo neste caso clínico, a disponibilidade dos pais em aprender sobre todos os aspetos abordados na primeira sessão e ao longo do internamento.

### **Informoterapia**

Como estratégia terapêutica de enfermagem, associado a este conceito de prematuridade, a informoterapia, foi definida como a prescrição oportuna de informação em saúde baseada na evidência, de acordo com as necessidades específicas das pessoas, de forma a ajudá-los na tomada de decisão em saúde, “Implica a informação certa, na hora certa, à pessoa certa” (Kemper & Mettler, 2006, p.121). Também foi promovida a literacia em saúde dos pais e foi considerada a prescrição de informação como parte do processo de cuidados. Quando baseada em evidência pode beneficiar a tomada de decisão informada, dando aos pais o acesso rápido, eficiente e eficaz às mais atualizadas, válidas e relevantes informações, na hora certa, da maneira certa e no formato certo. A relação do profissional/pais foi estabelecida de modo a facilitar a adaptação às rotinas do hospital e a vivência da hospitalização (Marchetti & Moreira, 2015) e, foi tida com uma condição facilitadora no modo de acolher as necessidades da família e assinalada como geradora de segurança e satisfação.

Com o decorrer dos dias de internamento os pais aumentaram a capacidade de compreensão do meio que os envolve e a necessidade que o recém-nascido tem dele. A confiança e a esperança na equipa de saúde aumentaram e os pais acreditam que os cuidados prestados são o melhor para o filho (Nascimento et al., 2022). A ambivalência vivida pelos pais pode levar à projeção inconsciente de sentimentos na equipa de cuidados. Foi mantido um equilíbrio entre intervenção e promoção do contacto íntimo pais-RN. A relação pais e profissionais de saúde foi estreita e de confiança mas mantida no âmbito puramente profissional (Druon, 2005). Cabe aos profissionais de saúde, em particular aos EESIP, promover a parentalidade através da parceria de cuidados. O enfermeiro teve o papel de gestor de cuidados e garante a comunicação e encaminhamento para outros profissionais de saúde quando necessário. A comunicação que foi estabelecida, o cuidado com a integração dos pais no serviço de neonatologia e as informações transmitidas de forma contínua e pertinente foram uma condição facilitadora da vivência da parentalidade especial (Sousa et al., 2023) pela condição de prematuridade, situação inesperada com cuidados complexos e específicos. Como futura EESIP foi promovida a ligação pais-filho, foi incentivada a mãe a falar para o recém-nascido, a trazer uma fotografia ou um peluche, a deixar um fralda de pano com o seu odor junto do RN (SPN, 2016). Foram utilizadas estratégias para o promoção da parentalidade, como o método canguru e promovido o aleitamento precoce que são métodos de promoção da parentalidade, fortalecendo assim a ligação pais-RN, indo de encontro à unidade de competência do EESIP "implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da

criança/jovem" (OE, p 1913, 2018). No que respeita aos sentimentos dos pais o contacto pele com pele com o seu filho permitiu um aumento da sensação de autonomia e segurança. Desse modo, houve um desenvolvimento maior da relação pais-filho e uma maior predisposição para participar ativamente nos cuidados como alimentação, manutenção da temperatura, higiene e banho (Carvalho, et al., 2021).

## 7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

### **Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

O reconhecimento das competências especializadas assegura que o enfermeiro especialista mobilize na prática clínica um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, de modo, a permitir atuar na promoção da saúde e prevenção da doença, corresponder também as necessidades de saúde dos clientes e atuar em todas as fases de vida das pessoas.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019, p. 4744), o “Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. As competências comuns do Enfermeiro Especialista “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

Posto isto e, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), as competências especializadas, decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas. As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todas as especialidades, e são manifestadas através da capacidade do enfermeiro de conceber, gerir e supervisionar os cuidados e, ainda, por meio de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no domínio da formação, investigação e assessoria. Na área de especialização, surgem as competências específicas, reveladas por um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos clientes dos cuidados, e que resultam das suas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde da área de intervenção determinada para cada âmbito de especialidade.

O desenvolvimento de competências é explanado como um processo que ocorre ao longo do tempo, que envolve uma variedade de atributos e atitudes pessoais, bem como todo um percurso de aprendizagem de conhecimentos e habilidades (Guedes, et al., 2020).

Desta forma, o reconhecimento de um EESIP, dotado de competências específicas, publicadas em Diário da República (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), pressupõe a observação e avaliação do seu percurso de aprendizagem, que aqui tenciono espelhar. Assim, das experiências emergentes dos vários Estágios de Natureza Profissional, das orientações tutoriais no âmbito académico, assim como dos meus interesses profissionais, irei refletir sobre o

desenvolvimento das competências que permitiram a assistência especializada em SIP e, ainda, sobre a implementação do meu projeto de desenvolvimento profissional, anteriormente referido.

Tendo em consideração os pressupostos acima descritos, e tomando por base os Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do EESIP apresentados pela OE (Regulamento n.º 422/2018 e n.º 140/2019), a reflexão que se segue está orientada em quatro domínios fundamentais: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desta forma, vai ser descrita de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência, as atividades desenvolvidas e o contributo da componente clínica e académica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista, iniciando pelas competências comuns, seguindo-se as competências especializadas em SIP.

### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Ao longo deste percurso emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional que rege a nossa profissão: saúde, pessoa, ambiente e os cuidados de enfermagem, o respeito pela individualidade de cada pessoa, bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (OE, 2012)

Tive sempre em atenção o respeito pelo código deontológico, de modo a obter os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, sendo que, a competência é um atributo crítico para cuidados de enfermagem seguros, éticos e de alta qualidade (Flinkman et al., 2016).

O desenvolvimento de competências neste domínio, no contexto dos cuidados de EESIP, em todos os Estágios de Natureza Profissional revelou-se um verdadeiro desafio, por tudo que este implica.

As competências do enfermeiro especialista estão bem definidas no Regulamento das Competências Comuns n.º 140/2019 (OE, 2019) e tive a oportunidade de ao longo dos Estágios de Natureza Profissional compreender a sua relevância. O enfermeiro especialista assume um papel importante no seio da equipa sendo respeitado e valorizado pela mesma bem como por outros grupos profissionais. De salientar que, estas competências (Responsabilidade profissional, ética e legal) além da componente técnica devem contemplar a componente humana consistindo numa atuação precoce e eficaz conduzindo a uma humanização do cuidar. Assim, os cuidados de enfermagem especializados baseados numa prática responsável, assentam em princípios éticos, aspetos legais, valores e normas deontológicas.

Durante a minha prestação de cuidados em todos os Estágios de Natureza Profissional, tive sempre em atenção o código deontológico da profissão, tendo em conta a responsabilidade profissional e, enalteci o respeito e a entreaajuda na equipa multidisciplinar. Procurei ao longo dos quatros Estágios de Natureza Profissional desenvolver uma prática profissional baseada na segurança e na ética, respeitando sempre os direitos humanos de todos com quem contactei.

Ressalvo que toda a informação clínica consultada foi mantida sigilosa, e nunca divulgada. Respeitei os direitos que são inerentes ao cliente no acesso à informação sobre o seu estado de saúde (à informação, à confidencialidade e à privacidade), os seus valores, costumes, crenças espirituais e culturais. Em qualquer serviço, com frequência foi questionada pelos pais sobre informação clínica referente aos filhos, como por exemplo, diagnósticos médicos, resultados analíticos, e era-lhes explicado que esse tipo de informações não era abrangido na competência da enfermagem e assim encaminhava-os para o profissional mais adequado da equipa multidisciplinar.

No decorrer de todos os meus cuidados ao longo dos Estágios de Natureza Profissional procurei respeitar a privacidade da criança/pais, respeitando a sua intimidade, informando sobre o procedimento que iria realizar e se estes o consentiam ou não, explicando ou esclarecendo dúvidas sempre que solicitassem. No Código Penal, artigo 38.º (Decreto-Lei n.º 48/95, 2024), número três, está escrito que o consentimento informado só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e assim, possuir capacidade para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta. Do que depreendi da evidência, é que a opinião do menor cada vez é mais

*“tida em conta e é cada vez mais aceite e promovido algum grau de decisão, tanto maior quanto mais velha seja e quanto mais relevante for para a sua vida a intervenção sobre a qual esteja a opinar. Esta valorização acontece na medida em que se assume que o crescimento se associa a ganhos de maturidade e de discernimento” (Escada, 2014, p. 4).*

Dos quatro campos diferentes de Ensino Clínico por onde passei, todos os profissionais respeitavam o princípio da privacidade, no entanto, é de salientar que no SUP este princípio por vezes era um desafio. Neste contexto clínico, a própria estrutura, a sobrelotação do espaço físico num dia de maior afluência, a partilha de espaços comuns entre criança e profissionais de saúde faz com que a interação do enfermeiro para com a criança/pais tenha que ocorrer, muitas vezes, num ambiente desprovido de privacidade e de confidencialidade.

Tendo em conta o explanado anteriormente, posso referir a título de exemplo, uma situação particular que me aconteceu no SUP, no momento de admissão de uma adolescente de 17 anos com dor abdominal intensa. Após a abordagem primária do doente urgente, e mesmo após a administração de medicação analgésica a dor abdominal não cedia. A adolescente estava deitada em maca e a mãe tinha-se ausentado para atender o telemóvel, quando a adolescente confessa uma intoxicação medicamentosa, com a ingestão voluntária de 11 comprimidos de Paracetamol de 1 grama e 4 comprimidos de ibuprofeno 400 mg, há mais de 6 horas. Dada a complexidade da situação, e uma vez que a adolescente estava ansiosa e ao mesmo tempo chorosa por estar arrependida, tive sempre em atenção o assegurar a privacidade e um ambiente seguro. Desta forma, optei após concordância da enfermeira tutora, colocar a

adolescente numa box individualizada. Além disso, informei a minha tutora e a médica pediatra do sucedido, e a adolescente foi incentivada a comunicar esta ocorrência à mãe, o que a jovem aceitou. Conjuntamente com a médica, informamos a mãe do sucedido. A partir desta situação, promovi sempre e com a ajuda da minha enfermeira tutora momentos de reflexão e atitude de mudança na equipa, procurando momentos que permitissem a reflexão em conjunto. Percebi que esta minha preocupação sobre a questão da privacidade, segurança e a dignidade da criança é comum a todos os profissionais, bem como é alvo de reflexão entre os mesmos.

O exemplo, acima mencionado, reflete a minha preocupação constante relativamente à participação de toda a equipa na tomada de decisão, de modo a permitir identificar, reconhecer e valorizar a contribuição profissional de todos os membros da equipa, induzindo um comportamento de participação sobre o processo de tomada de decisão, assim como, incentivando a participação de toda a equipa na discussão do planeamento. Foi também alvo da minha atenção reconhecer e promover a capacidade dos pais e/ou criança para decidir e agir, considerando a pessoa como um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados, desta forma, demonstrei uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas Regulamento das Competências Comuns n.º 140/2019 (OE, 2019).

Posto isto, considero que as intervenções em enfermagem devem ir muito para além de terapêuticas dirigidas à gestão de sinais e sintomas relacionados com processos de doença, devendo ser disseminada a vertente humana dos cuidados e a dimensão ética subentendida no cuidar que valoriza a dignidade humana.

No que concerne à tomada de decisão, que é parte integrante e essencial na prática de enfermagem, e evidenciada pelas competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da "Responsabilidade profissional, ética e Legal" (Regulamento n.º 140/2019), destaco a conceção de cuidados que fica expressa nos quatro casos clínicos que constam deste documento. A conceção de cuidados serve de base científica as ações de enfermagem, e além disso, permite orientar de forma sistemática as ações do enfermeiro, como resposta às necessidades de cuidados junto da criança/pais de forma específica e segura, podendo acrescentar qualidade ao cuidado e melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional, bem como conferir aos enfermeiros maior satisfação pessoal e profissional (Ribeiro et al., 2018). Desta forma, documentar adequadamente os cuidados prestados e planeados é a pedra basilar para a garantia da continuidade de cuidados, e permite-nos objetivar os cuidados de enfermagem. Para este planeamento dos cuidados foi essencial, e uma mais-valia, basearmo-nos nas etapas do processo de enfermagem.

A documentação dos cuidados deve ser rigorosa e completa, sendo a "prova" da prática de enfermagem, pois é através da mesma que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional (Martins et al., 2008).

Na opinião de Ribeiro (2019), os registos apoiam legalmente o trabalho do profissional, além de servirem como instrumento de auditoria para validar a prática profissional. A importância dos registos é, ainda, realçada no 104.º artigo do Código Deontológico onde está expresso que o enfermeiro assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (OE, 2015, p. 8).

Nos contextos clínicos tive, ainda, a oportunidade de observar a documentação dos cuidados de enfermagem, partindo da identificação de necessidades dos mesmos, da prescrição elaboração das intervenções de enfermagem de forma sistemática e através de linguagem uniformizada.

Segundo a OE (2012), os registos de enfermagem também objetivam garantir a continuidade dos cuidados e, assim, promover a segurança dos clientes. O "Sclínico" é o sistema de informação de suporte informático à documentação do processo de enfermagem em vigor em todos os Estágios de Natureza Profissional. Este sistema integra a nomenclatura Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como linguagem de suporte aos enunciados dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Todos os profissionais, nas diferentes áreas de trabalho, têm acesso ao mesmo, através das suas credenciais para efetuar o registo dos cuidados prestados aos clientes e nesse contexto pude participar nesses momentos de registo que se constituíram momentos de reflexão sobre os cuidados planeados/prestados.

O uso deste sistema informático, tornou-se para mim num aspeto facilitador, pois é o mesmo que uso na minha prática profissional. Todavia, pude apreender e deste modo aprender, que há uma “tipologia” específica de diagnósticos de enfermagem em cada serviço representando, assim, as necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes nos diferentes contextos. Na UCIN, por exemplo, os diagnósticos de enfermagem, são maioritariamente associados ao desempenho do papel parental, à vinculação, à amamentação e aos processos corporais do recém-nascido relacionados com o processo patológico, por exemplo, metabolismo pela icterícia. No serviço de Pediatria-Médica a documentação de cuidados, abrange um leque de diagnósticos mais vastos e mais focados em problemas identificados que motivaram o internamento da criança, por exemplo, a febre (no caso de crianças com infeções respiratórias, otite média aguda, bronquiolites, infeções urinárias, amigdalites, a hiperglicemia (no caso de diabetes tipo I), vómitos e diarreia (no caso de crianças com gastroenterites, intoxicações alimentares, síndrome de vómitos cíclicos, não esquecendo também o desempenho do papel parental. Na USF, os diagnósticos de enfermagem são direcionados para a prevenção da doença e promoção da saúde expressa na capacitação dos pais e criança, e na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. No SUP, o enfermeiro apenas documenta os diagnósticos de enfermagem de dor e risco de queda, nas crianças que ficam em observação mais de quatro horas. É de destacar, que pelo elevado número de admissões e rotatividade, próprias de um SUP, este sistema de informação constitui uma limitação à documentação do plano de cuidados. Assim, no SUP, a maioria dos registos de enfermagem são realizados em notas de enfermagem no sistema informático, as notas sintetizam o estado geral da criança.

No entanto, no âmbito académico e na elaboração dos planos de cuidados dos casos clínicos que emergiram do contexto de estágio, destaco a documentação na plataforma *E4Nursing* que é baseada na Ontologia em Enfermagem. Esta experiência permitiu-me desenvolver uma estrutura de pensamento mais sólida, organizada e baseada em conhecimento da disciplina de enfermagem e, conseqüentemente, desenvolver uma prática de enfermagem mais consistente, baseada no maior grau de evidência.

### **Melhoria contínua da qualidade**

Gostava de evidenciar que a enfermagem é uma profissão cuja área de intervenção comporta uma evolução tecnológica e científica permanente num universo complexo e imprevisível, pelo que se torna imperativo o investimento na aprendizagem ao longo da vida, de modo, a obter respostas eficazes e de qualidade às necessidades de saúde das populações (Rodrigues et al., 2012). Posto isto, o enfermeiro deve ser responsável, primeiramente, pela atualização do seu corpo de conhecimentos e a posteriori contribuir para a formação da equipa, em prol do crescimento constante e dignificação da profissão.

O artigo 97.º do Código Deontológico integrado nos Estatutos da OE (Lei n.º156/2015, OE) reporta o domínio da formação como sendo fundamental na profissão de enfermagem, pois é uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão, a fim de contribuir para a sua dignificação. O mesmo artigo refere no ponto 1 alínea a) evidencia que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p 3). Deste modo, a formação é uma componente basilar que promove o desenvolvimento de competências, e incute ao enfermeiro uma reflexão constante e permanente sobre as suas práticas capacitando-o a enfrentar os problemas do dia-a-dia (Benner, 2005).

Na opinião de Fonseca (2015), a formação contínua com a aprendizagem deve auxiliar o exercício profissional do enfermeiro, de modo, a que o mesmo possa desenvolver competências baseadas na reflexão crítica da sua prática. O mesmo deve perante situações reais em constante transformação, dar respostas às necessidades da criança e pais com recurso a componentes teóricas e técnicas sustentadas pela evidência, na procura de maior e melhor desempenho e melhoria dos cuidados prestados.

Nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é explanado o quanto importante e necessário é a “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2012, p. 18). Faz-se deste modo, analogia de perito ao enfermeiro especialista, pois a ação do “perito na formação” reverte para a “melhoria contínua, quer dos conhecimentos, quer das intervenções” dando relevância à “capacidade de comunicar, a adequação e a utilização de diferentes estratégias” Nunes (2015, p. 6). Posso

depreender, que a formação em serviço e contínua são essenciais para a aprendizagem ao longo da vida, rumo a cuidados de excelência.

O enfermeiro especialista têm um papel fundamental na implementação e desenvolvimento de padrões de qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem. Além disso, este deve ser também o “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação (...) e o agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (OE, 2019, p. 4749). É desta forma necessário, promover espaços de formação em contexto de trabalho pelas instituições e serviços, de forma a partilhar este conhecimento na equipa. Desta forma, será possível aprimorar competências pessoais e profissionais, produzir e renovar continuamente o corpo de conhecimentos, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade face às necessidades das crianças/pais e dos novos desafios que se impõe.

Nesse contínuo, a formação dos enfermeiros “assume carácter de continuidade e persegue objetivos de atualização técnica e científica”, e deve ser “planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços”, reconhecido na legislação inerente à carreira de enfermagem no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-lei n.º 71/2019, p. 2642). A formação em serviço surge como estratégia de atualização de conhecimentos, envolvendo todos os intervenientes e, apelando ao conhecimento na ação e à reflexão sobre a ação, e o seu sucesso depende de estratégias de motivação e planeamento do formador (Dias, 2014).

No sentido de alcançar, o desenvolvimento de competências de formação, da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, defini como prioridade averiguar e colmatar eventuais necessidades de formação na área da SIP, assim, realizei um diagnóstico de necessidades relacionadas com o tema do meu projeto de desenvolvimento profissional (temorregulação comprometida - febre), através de reuniões informais com os enfermeiros dos diferentes serviços, tutores EESIP e enfermeiro gestor e coordenadores. Neste sentido, considerei como prioritário, atividades relacionadas com a temática da febre com a mais recente evidência científica.

Neste sentido, foi essencial rever as práticas diante dos novos paradigmas na área de especialidade e que, perante a evidência científica, repensar os processos e metodologias de trabalho. A divulgação da informação sobre a temática foi realizada em todos os Estágios de Natureza Profissional, em contexto de reunião de serviço. A participação dos colegas foi quase total, sendo apenas condicionada, pela necessidade de realizar uma sessão de formação única, implicando a não participação em todos os momentos formativos dos colegas que estavam a assegurar os cuidados nos diferentes serviços. A avaliação informal desta sessão de formação em serviço também foi muito favorável, e toda a equipa de enfermagem concordou com a sua pertinência para a aprendizagem e mudança de comportamentos para a melhoria dos cuidados prestados.

Por conseguinte, a possibilidade de planejar a divulgação da informação foi de uma enorme valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, para além de permitir consolidar os conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada nesta temática e apurar as capacidades organizativas e de gestão.

Enquanto dinamizadora da formação em serviço, foi essencial deter uma postura ativa e responsável, facilitadora da aprendizagem dos colegas em contexto clínico. Acredito, que essa atitude também permitiu a contribuição de novos saberes sustentados em evidência científica, para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, numa prática mais reflexiva, sedimentada e de qualidade no que concerne à SIP, num ambiente em constante mutação e imprevisibilidade.

Posto isto, pude depreender, por um lado, da importância de envolver toda a equipa no processo de formação, e por outro, da relevância do gestor formador, no papel do EESIP, dinâmico e sensível às necessidades da equipa, potenciando-a para o alcance da excelência em enfermagem. A partilha das necessidades das equipas e a integração na mesma, permitiu-me atingir competências de especialista, baseando a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, responsabilizando-me como elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho e dinamizadora de processos de melhoria contínua dos cuidados, como evidenciado no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019).

Ainda, segundo o artigo 109.º do Código Deontológico, cabe ao enfermeiro “analisar regularmente o trabalho e reconhecer eventuais falhas” (...) “adequar as normas dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” e “assegurar as condições de trabalho” que permitam prestar cuidados com “dignidade e autonomia”, para a excelência do exercício da profissão (OE, p. 8080, 2015).

Neste âmbito, e após entrevista informal com a enfermeira coordenadora e tutora EESIP do internamento da Pediatria, consideramos importante a revisão e atualização dos seguintes protocolos de trabalho: “Oxigenoterapia simples” assim como, “Oxigenoterapia por Cânula Nasal de Alto Fluxo”. Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no meu Estágio de Natureza Profissional no SUP, após reunião informal com o enfermeiro gestor e enfermeira tutora, surgiu a oportunidade de realizar em conjunto com a mesma um protocolo de trabalho “Medidas gerais/específicas na febre” por inexistência de uniformização de procedimentos por parte da equipa de enfermagem. Esta medida tornou-se essencial para uniformizar os cuidados de enfermagem, pois no SUP existe uma maior rotatividade de enfermeiros, pelo facto do SUP estar integrado no SUMC. Ainda no âmbito desta temática para a segurança dos cuidados à SIP, e no que se refere ao SUP, em colaboração com o tutor do Estágio de Natureza Profissional e com a equipa médica, elaboramos tabelas de fácil consulta sobre os antipiréticos (Paracetamol e Ibuprofeno), onde consta a dosagem do fármaco relativamente ao peso da criança, auxiliando o apoio do protocolo acima referido.

Neste sentido, colaborei na elaboração de documentos científicos, de modo a orientar e uniformizar os cuidados de enfermagem, atingindo outra competência de enfermeiro especialista “Orienta projeto institucionais na área da qualidade” (OE, p. 4747, 2019).

Além disso, devido à mais recente evidência científica, com novas *guidelines* na introdução alimentar, *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* e a Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos (DGS, 2020), surgiu uma necessidade formativa pela enfermeira tutora e de toda a equipa da USF, sobre esse tema tendo sido divulgada em reunião de serviço, a mais recente evidência em parceria com uma médica pediatra a estagiar na USF.

Importa referir que o projeto de desenvolvimento profissional, contribuiu para o desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, no sentido da uniformização, segurança e evidência sustentada dos cuidados à criança/jovem com febre. De acordo com o Despacho n.º 561/2015, os programas de melhoria contínua da qualidade visam disseminar as boas práticas, reduzindo a variabilidade das mesmas, identificar e disseminar boas práticas, e também promover a investigação clínica como instrumento de melhoria contínua da qualidade.

Pelo descrito anteriormente, neste domínio comum do enfermeiro especialista, considero que tendo desenvolvido competências no âmbito da qualidade, contribuí também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

### **Gestão dos cuidados**

A gestão nos cuidados de saúde é um domínio da área de competência do EESIP, já que este revela um papel de grande importância para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no que concerne ao desenvolvimento de competências de gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e estabelece articulação com a equipa multiprofissional, com a finalidade de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, o mesmo consegue adaptar-se a liderança, assim como gerir recursos em função da situação e do contexto, de modo a otimizar a qualidade dos cuidados. Na opinião de Santos & Lima (2011), a gestão dos cuidados, necessita de um planeamento de cuidados, da disponibilidade dos recursos humanos, de uma liderança na equipa de enfermagem, de supervisão, sendo que esta última é responsável por promover a reflexão e discussão sobre a prática e a liderança estabelecida.

Tendo em conta o explanado, evidenciando a importância de uma boa liderança, segundo Teixeira (2013), esta é entendida como um processo que influencia os outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou ainda a capacidade que o líder tem em influenciar um grupo a atuar no sentido de atingir os objetivos estabelecidos por este.

Ou seja, podemos entender por liderança a capacidade de influenciar e motivar alguém, através de ideias, estratégias e atos de forma a atingir os objetivos propostos, potenciando a sua eficácia e sucesso.

O EESIP na prestação de cuidados ao binómio, não só se alicerça no conhecimento cognitivo e técnico, mas em competências de gestão e organização de cuidados, como a liderança e tomada de decisão, determinantes para uma intervenção eficaz.

Atualmente, a criança e os seus pais são mais críticos, exigentes e conscientes dos seus direitos no que concerne aos cuidados de saúde. Assiste-se assim, a uma necessidade de mudança de paradigma estratégico de gestão desses cuidados a nível das organizações de saúde, e em “contrapartida, estas como se querem mais competitivas e qualificadas, procuram responder-lhe às necessidades e expectativas” (Dias, 2014, p. 39). Representa-se assim um desafio aos gestores das organizações, a gestão da prestação de serviços de qualidade e eficientes, ao custo mais reduzido.

Posto isto, o papel do enfermeiro como gestor e líder revela-se como fator preponderante no seio da equipa, de modo, a contribuir a construção de um ambiente favorável à prestação de cuidados de qualidade e ganhos em saúde. Deste modo, ele é a figura central na gestão de recursos humanos, na segurança dos cuidados, gestão de recursos materiais e do risco clínico, assim, como das relações profissionais, entre outros. Neste contínuo, a liderança é considerada um ingrediente fundamental na gestão, uma vez que os enfermeiros, enquanto líderes, são a peça fundamental para comunicar com a equipa e alcançarem a melhoria contínua da qualidade e dos resultados dos cuidados de saúde (Carvalho & Lucas, 2020). Posso referir que a aquisição de competências neste domínio específico foi facilitada pelo facto das enfermeiras tutoras, assumirem na ausência do enfermeiro gestor ou coordenador (nos cuidados de saúde hospitalares) as funções de chefia e integrar igualmente funções de responsável de turno.

A possibilidade de acompanhar as enfermeiras com funções de liderança intensificou essa aquisição, permitindo múltiplas oportunidades de consolidação de aprendizagens, especialmente, quanto à gestão de recursos humanos e materiais, assessoria dos enfermeiros e restante equipa, cooperando na tomada de decisão e apresentando soluções eficientes, de modo a colaborar na resolução de possíveis constrangimentos resultantes da prestação de cuidados.

No SUP, internamento de pediatria e UCIN, mesmo na presença do enfermeiro gestor, existe a figura de enfermeiro responsável de turno, habitualmente o enfermeiro mais experiente e preferencialmente um enfermeiro especialista, mais concretamente em EESIP, tal como é preconizado pela OE (2017). Evidencio que a atribuição da função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional melhor preparado e com competências na área da gestão. Destaco como funções a sua aptidão e competência para: a garantia da supervisão e continuidade de cuidados; gestão de material/fármacos; tomada de

decisão em parceria com equipa multidisciplinar; concretização e coordenação de ações de enfermagem de situações complexas, entre outras.

A figura de responsável de turno enaltece o EESIP como figura de referência, não só pelo tempo de experiência, como pela formação na área da SIP, demonstrando capacidades específicas na compreensão e resolução das situações mais complexas que possam surgir. Referir que na USF e UCC, o EESIP é considerado como figura de referência e de consultoria no âmbito da SIP, por todos os colegas, revelando-se bastante gratificante. Na perspetiva de Benner (2005), os enfermeiros especialistas revelam um misto de experiência, conhecimento e intuição, adaptando-se facilmente às situações, priorizando o essencial e cuja postura é reconhecida pelos colegas e pelos clientes.

Atualmente, as instituições de saúde norteiam-se por indicadores de produtividade e padrões de qualidade dos cuidados de saúde, e para esta avaliação baseiam-se em estratégias de gestão da qualidade com enfoque equilibrado nos domínios do atendimento dos clientes, do conhecimento da relação entre a oferta e a procura, e da eficiência económico-financeira (Dias, 2014). Aqui, o papel do enfermeiro gestor, analogamente ao enfermeiro especialista, assume-se como primordial na gestão de cuidados e de recursos, sejam humanos ou materiais. De facto, esta gestão exige um trabalho de gestão árduo e rigoroso, seja pelo enfermeiro chefe, seja pela restante equipa.

Nos diferentes contextos de Estágio de Natureza Profissional ficou bem evidente a importância do papel do EESIP, enquanto líder e elemento de referência para a sua equipa, o que para mim se revelou fundamental para o alcance dos objetivos propostos e desenvolvimento de competências relativas à gestão e melhoria contínua da qualidade de cuidados.

Considero que adquirir competências neste domínio, pois ao longo dos Estágios de Natureza Profissional colaborei sempre na tomada de decisão em equipa multidisciplinar sempre que foi pertinente, bem como promovi um bom ambiente, facilitando o trabalho em equipa de maneira a tornar a gestão de cuidados mais efetiva e conseqüentemente uma prestação de cuidados eficiente com vista a uma máxima garantia da qualidade dos cuidados.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A prestação de cuidados na área de SIP impõe aos enfermeiros um saber atualizado e especializado em Enfermagem, o que implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa e capacidade de pensamento crítico.

Para a OE (2019), no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista tem o dever de fundamentar os seus processos de tomada de decisão, os seus juízos de valor e as suas intervenções em conhecimento atual, pertinente e científico, bem como desenvolver um autoconhecimento com vista a prestar melhores cuidados de saúde de um modo assertivo.

Na profissão de enfermagem a necessidade de desenvolver-se e adquirir novos conhecimentos é uma constante, pelo que a investigação é um dos requisitos e uma mais-valia para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de excelência, contribuindo para uma mudança no desempenho e conseqüentemente para uma melhoria da prática profissional, além de proporcionar sentimentos de realização e valorização profissional e pessoal.

É nesta necessidade que a profissão de enfermagem tem em evoluir, que a motivação e o querer aprender mais, nomeadamente adquirir competências relacionais, técnico-científicas, crítico-reflexivas e de tomada de decisão, foram determinantes e impulsionadores em todo o meu percurso de aprendizagem, como futura EESIP.

Por isso, cada vez mais devemos ser críticos das nossas ações enquanto profissionais e pessoas. A procura do conhecimento, com o objetivo de prestar cada vez mais cuidados com qualidade, deve ser uma inquietação permanente.

O caminho percorrido nos diferentes Estágios de Natureza Profissional, permitiu-me ampliar, aperfeiçoar e desenvolver um enorme conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades para a aquisição de competências específicas nesta área de especialização em SIP.

Em todos os Estágios de Natureza Profissional pude contactar com uma diversidade de situações clínicas que foram oportunidades/aprendizagens na prestação de cuidados que me obrigaram a uma pesquisa mais dedicada para garantir que a minha prestação de cuidados fosse realizada de forma segura e sustentada. Concomitantemente, às várias orientações e discussão de casos clínicos/conceção de cuidados com os orientadores académicos foi um fator positivo e determinante para a correta avaliação e execução dos cuidados.

O Estágio de Natureza Profissional mais desafiante para mim, foi a UCIN. Tive a oportunidade de prestar cuidados técnicos de alta complexidade, no que concerne à VNI, que foi para mim um momento de aprendizagem em termos de procedimentos de enfermagem. Para a execução deste técnica foi determinante as orientações da enfermeira tutora bem como uma pesquisa científica sobre a mesma. Percebi que o EESIP conjuntamente com o neonatologista tem um papel importante na monitorização dos parâmetros importantes do ventilador (pressão alveolar, driving pressure e volume corrente), visando uma ventilação protetora. Tentei aprofundar os meus conhecimentos, a nível dos diferentes modos e parâmetros ventilatórios. O suporte ventilatório pode ser efetuado também de forma não invasiva, por administração de ventilação por máscara facial ou por administração de oxigénio por Cânula Nasal de Alto Fluxo, com menos riscos associados, nomeadamente, de pneumonia associada ao ventilador. Este sistema de oxigenoterapia, também é muito usada no internamento de pediatria. Por essa razão, surgiu numa conversa informal com a enfermeira tutora e coordenadora do serviço, o diagnóstico da necessidade formativa no âmbito da oxigenoterapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo, sendo relevante quanto à sua aplicabilidade e impacto na prestação de cuidados.

Ao longo do exercício profissional e acadêmico, procurei sempre a justificação das práticas de enfermagem com a melhor evidência, sendo necessário um diagnóstico das necessidades formativas e relevante quanto à sua aplicabilidade e impacto na prestação de cuidados. Portanto, pela minha prática profissional e percurso acadêmico, surgiu o tema do projeto profissional. Realçar que foi um trabalho árduo onde houve partilha e discussão, constante e permanente, no âmbito da orientação tutorial e dos seminários, acompanhada por especialistas na área, o que permitiu uma validação do processo de construção implementação do projeto face aos problemas e necessidades identificadas nos contextos da prática.

Deste modo, considerei pertinente a elaboração de um documento síntese com a informação com evidência científica mais recente, tais como, as estratégias de atuação na criança com febre, e deste modo mais uniformizado o conceito da febre, os vários métodos de avaliação da temperatura, a avaliação dos sinais tranquilizadores/alerta; e a atuação na criança com febre: cuidados gerais; assim como na definição dos critérios de administração de antipiréticos. Este documento poderá servir como orientador para a prática clínica e, desta forma conduzir a uma prática refletida e ajustada, e constituir fundamento ao aperfeiçoamento de cuidados mais individualizados, seguros e de qualidade. A instrução de trabalho no SUP, foi elaborada, para os enfermeiros adotaram uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme de modo, a permitir melhorar o trabalho de equipa (INEM, 2019). Esta uniformização de conhecimentos tornou-se essencial nos enfermeiros, de modo, a ser implementação informoterapia aos pais, de modo a capacita-los nesta temática.

Além disso, devido a mais recente evidência científica, com novas *guidelines* na introdução alimentar, *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (2020) e Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos (DGS 2020), surgiu uma necessidade formativa pela enfermeira tutora e de toda a equipa da USF, sobre a introdução alimentar, divulgada em reunião de serviço a mais recente evidência em parceria com uma médica pediatra a estagiar na USF.

Posso depreender de forma orgulhosa e concretizada uma constante evolução decorrente deste percurso com uma constante evolução ao longo do percurso acadêmico e dos Estágios de Natureza Profissional. Por forma, a prestar cuidados de excelência, utilizei e demonstrei as mesmas na mais atual evidência, por forma, também a almejar as melhores tomadas de decisões para a excelência de cuidados mantendo os mais altos padrões de qualidade.

Neste campo de desenvolvimento de aprendizagem destaco ainda a pertinência e disponibilidade de frequentar as orientações tutoriais, seminários disponibilizados pelo MESIP, já que os seminários na área da saúde promovem a partilha e aquisição de novos conhecimentos. Todos os seminários tinham temas pertinentes e interessantes, tendo eles contribuído para o meu desenvolvimento profissional.

Em suma, considero ter adquirido competência neste domínio comum do enfermeiro especialista.

### **Competências específicas do Enfermeiro Especialista**

À semelhança das competências comuns, as competências específicas adquiridas, tiveram como guia orientador, o Regulamento n.º 422/2018 publicado em Diário República, 2.ª série n.º 133 de 12 de julho de 2018. Como referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade do EESIP,

*“os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz” (OE, 2011, p. 5-6).*

No exercício da sua atividade, os enfermeiros contribuem para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, sendo que as competências do EESIP visam:

- a) “Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança” (OE, 2018, p. 19192).

De modo, a uniformizar os cuidados de enfermagem prestados, é necessária a atualização permanente da formação, de forma, a fundamentar as práticas de enfermagem. De facto, o uso de uma abordagem baseada na evidência, “permite-nos rever constantemente a nossa prática e procurar novas formas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 5). Desta forma, o percurso de aprendizagem e de aquisição de competências em SIP, obriga necessariamente a uma prestação de cuidados de enfermagem num nível avançado, especialmente, dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença, com segurança e satisfação do binómio criança/pais.

Neste subcapítulo será realizada a reflexão sobre as três competências supramencionadas, e das quais emergem as unidades de competência, assim como para cada unidade de competência, serão abordados os critérios de avaliação, ao longo deste percurso académico.

#### **a) Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.**

Esta competência engloba duas unidades de competência, pelo que passo a explanar o desenvolvimento da primeira:

“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

Foi sempre alvo da minha preocupação a participação dos pais nos cuidados, no sentido da promoção do desempenho parental. Desta forma, apliquei o modelo de parceria de cuidados

com a criança e pais, pois “é o melhor caminho para alcançar melhores resultados (...) nos dias atuais, pais e enfermeiros necessitam de parceria de cuidados e os seus benefícios são bem evidenciados pela literatura existente” (Sousa et al., 2023, p. 14).

De realçar que tive sempre em conta os limites da aptidão, disponibilidade e vontade em prestar cuidados, assim como, na aprendizagem de habilidades especializadas, quer da criança (quando possível), quer dos pais, respeitando também, sempre que aplicável, o desejo da criança. Concomitantemente, foi utilizada a negociação com os pais/criança, considerada ao mais elevado nível de participação na prática de cuidados, de forma a promover-se o bem-estar do binómio pais/criança (Casey, 1993). A utilização diária deste modelo foi uma mais-valia, sendo uma competência essencial para alcançar melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa et al., 2023).

Considero que o envolvimento e a participação dos pais nos cuidados são primordiais no sentido de os capacitar, criando oportunidades para estes revelarem as suas aptidões e, posteriormente, adquirirem competências e conhecimentos.

Em contexto de USF, foi possível desenvolver planos de saúde promotores da parentalidade nas Consultas de Vigilância de Saúde infantil e Juvenil. Pude realizar várias consultas neste âmbito, pelo que desenvolvi inúmeras estratégias para promover a assunção do papel parental em saúde, nomeadamente, a escuta ativa, o esclarecimento de dúvidas e implementação de informoterapia sobre cuidados antecipatórios nas idades-chaves.

Em ambiente hospitalar, os enfermeiros encontram-se em presença física 24h junto da criança/pais, tornando-se a pessoa de referência para os mesmos, ajudando-as a suportar o processo de hospitalização. A hospitalização de uma criança representa um evento crítico na transição parental, “muitas vezes é difícil e complexa (...) como pode também desafiar o decurso do exercício parental” (Sousa et al., 2023, p. 14). Deste modo, pude depreender e aprender que os pais/crianças, lidam de forma distinta com a experiência de um internamento, pois este, “depende das características pessoais do filho, dos pais e dos enfermeiros” (Sousa et al., 2023, p. 14).

A nível hospitalar, é de realçar como aspeto positivo que em todos os Estágios de Natureza Profissional (exceto na UCIN, em caso de impossibilidade do serviço acolher a mãe, como já referido na caracterização dos serviços) a permanência de um dos pais durante 24 horas, o que permite diminuir a angústia provocada pela hospitalização, tornar a separação menos traumática e o clima hospitalar tende a tornar-se menos estranho e mais familiar (Sousa, 2009). Além disso, no internamento de pediatria médica, as crianças eram distribuídas nas enfermarias em função da idade e patologia, o que permite um maior controlo de infeção e uma maior satisfação por parte das crianças e suas famílias. Incentivei sempre os pais, desde que possível, a trazer os objetos de apego da criança, bem como o seu vestuário, produtos de higiene pessoal, para que a criança se sinta segura e confortável.

Esta unidade de competência foi amplamente desenvolvida na UCIN, com o estabelecimento da parceria de cuidados e a realização de um plano terapêutico promotor da parentalidade. Prestar cuidados ao recém-nascido era para mim um dos maiores desafios, pois conhecia teoricamente as suas especificidades e particularidades, mas nunca tinha contactado com um RNPT com 28 semanas de gestação e com peso de cerca de 800 gramas ao nascimento, oportunidade concretizada durante este Estágio de Natureza Profissional. Comprovei a sua fragilidade e a sua luta para se adaptar às condições do meio extrauterino, no qual os cuidados especializados e diferenciados são indispensáveis para a sua sobrevivência.

A prematuridade foi a condição mais comum de internamento, condição inaugural e inesperada, com necessidade de cuidados complexos e diferenciados e no qual os pais vivenciam um conjunto de emoções com manifesta labilidade emocional. Foi sempre minha intencionalidade terapêutica, oferecer o suporte necessário aos pais, com momentos de escuta ativa, silêncio, partilha de sentimentos, de modo a desempenharem o seu papel parental com confiança. Esta humanização do cuidar é parte integrante da enfermagem com um papel reconhecido no processo de adaptação às transições vividas no ciclo de vida das pessoas.

Verifiquei que o nível de participação dos pais e o seu envolvimento nos cuidados de enfermagem, variou tendo em conta o contexto da prática. Denotei que na fase inicial da hospitalização, os pais estão menos disponíveis, por se encontrarem mais cansados e maior labilidade emocional. Sabe-se que a hospitalização representa uma série de aspetos dificultadores, como ameaças reais e imaginárias para a criança e para os pais, já que se encontram num ambiente muito diferente e desconhecido do seu meio habitual, que se apresenta como uma estrutura rígida, uma complexa divisão do trabalho, canais de comunicação e normas reguladoras e, inclusivamente, uma linguagem própria (Sousa & Sousa, 2007).

Na conceção de cuidados no contexto de internamento de média-longa duração, nos Estágios de Natureza Profissional da UCIN e da pediatria médica, pude melhorar um conjunto alargado de conhecimentos dos pais, que permitiram uma melhor continuidade de cuidados e comportamentos promotores de saúde dos filhos, no regresso a casa. Além disso, tive como preocupação a expressão livre dos sentimentos dos pais e da criança (dependendo do seu desenvolvimento cognitivo), apoiando a sua resposta adaptativa, desempenhado um papel de mediador com o binómio pais/criança, de forma a humanizar os cuidados de enfermagem e diminuir os efeitos da hospitalização nos mesmos.

A título de exemplo, na UCIN, na fase inicial do internamento de RN que necessitavam de cuidados de especial complexidade foi difícil envolver os pais na dinâmica da parceria de cuidados. Os prematuros estão, inicialmente, em pausa alimentar, com fluidoterapia, por vezes, com ventilação mecânica assistida, ou seja, com cuidados extremamente complexos.

Tendo em conta estas situações, optei na fase inicial, conjuntamente com a enfermeira tutora,

por incentivá-los a irem descansar e a ler sobre a “prematuridade” e as características dos RNPT. Julgo, desta forma, ter “reduzido a sobrecarga parental dos pais de crianças com necessidades especiais, através da diminuição do desempenho durante a hospitalização” (Sousa et al., 2023, p. 16).

Com o evoluir do internamento, denotou-se uma diminuição da complexidade dos cuidados ao RN e uma consciencialização dos pais da condição da prematuridade. Posto isto, foram incentivados sempre que possível a prestar os cuidados de satisfação das necessidades básicas, de forma a sentirem-se mais envolvidos, confiantes e confortáveis na prestação dos mesmos, pois a atitude dos pais depende também do tipo de ajuda que recebem da equipa de enfermagem e do estado de saúde da criança (Sousa et al., 2023) e penso ter contribuído positivamente na assunção dos papéis parentais.

Os pais têm um grande impacto na recuperação da criança, pelo que os mantive sempre devidamente informados, proporcionando momentos de partilha de conhecimento e de aprendizagem de habilidades especializadas e individuais a estes e às crianças/jovens (OE, 2018).

Em contexto de SUP, pude avaliar o conhecimento dos pais e criança sobre muitas temáticas consideradas oportunas para aquele momento, por exemplo, o uso e manutenção de câmara expansora, lavagens nasais, medidas gerais/específicas na criança/jovem com febre, por forma, “a facilitar o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (OE, 2018, p. 19193).

Tendo em conta o explanado, os cuidados foram planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais, com negociação e partilha de decisões dos mesmos com os profissionais, ambos reconhecidos reciprocamente como peritos nos cuidados à criança (Casey, 1995; Monteiro & Cerqueira, 2020), pelo que “negocieei a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (OE, 2018, p. 19193).

Trabalhei sempre na premissa de que as famílias e os profissionais de saúde são parceiros nos cuidados a prestar à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020), pelo que é necessária a implementação de estratégias motivadoras para que a criança e a sua família desenvolvam os seus papéis na saúde, por exemplo, valorizando e dando ênfase aos pais no comportamento do filho e nos cuidados familiares de suporte às suas necessidades básicas.

Deste modo, em todos os Estágios de Natureza Profissional, ajustei sempre a minha forma de intervir, respondendo às necessidades físicas, cognitivas, emocionais da criança/pais e, sempre que possível, com a participação destes. Adotei estratégias no sentido de diminuir a labilidade emocional e conquistar uma relação de confiança e de empatia com o binómio, enquanto considerei os diversos elementos que influenciam a comunicação, como a dinâmica do serviço, a tecnologia utilizada e a condição de saúde/doença da criança (Martinez et al., , 2013).

Independentemente do contexto da prática, negocie sempre com os pais e criança a responsabilidade e participação nos cuidados, partilhando-os de acordo com as necessidades e preferências do binómio (Monteiro & Cerqueira, 2020). A título de exemplo, no internamento de pediatria médica tive a oportunidade de prestar cuidados a um adolescente de 16 anos e mãe, num contexto de diabetes mellitus tipo I, condição inaugural. Desde o momento da admissão procurei, sistematicamente, oportunidades para melhorar os aspetos do processo adaptativo relacionado com a patologia, tais como, contagem de hidratos de carbono, administração de insulina, monitorização e vigilância de glicemia capilar, sinais e sintomas de hiper/hipoglicemia, prática de exercício físico. Foi, desta forma, gratificante perceber que aquando o regresso ao domicílio ambas tinham atingido a mestria sobre a gestão desta condição especial e gestão do regime terapêutico.

De referir que ajustei sempre a forma de comunicar com os pais e criança, pois estes têm diferentes formas de comunicar, que variam consoante o estágio de desenvolvimento. Uma compreensão das características dos processos de pensamento e da linguagem decorrentes do seu desenvolvimento típico é fundamental para conseguir estabelecer uma comunicação eficaz (Hockenberry, 2021).

Em todo este processo de comunicação, procurei identificar o nível de interesse e preocupações específicas da família, características sociodemográficas, formação educacional, crenças culturais e atitudes, e ter conhecimento dos significados, da preparação do regresso a casa, dos conhecimentos e das habilidades da família em relação a comportamentos de saúde. A comunicação é para mim uma das competências terapêuticas fundamentais, pois se esta não for eficaz, pode-se tornar prejudicial às necessidades dos pais/criança, à adesão ao tratamento, à compreensão da informação fornecida e, em última análise, aos resultados de saúde (Ramos, 2020).

Além da disponibilidade dos pais em aprender, como acima referido, e não menos importante, tive em atenção o equilíbrio da informação transmitida, já que a quantidade de informação pode aumentar a ansiedade e constituir um bloqueio à comunicação (Hockenberry, 2021). Pelo que procurei sempre transmitir informações claras, precisas, oportunas e completas, de forma confiante e assertiva, atingindo outra competência de EESIP. Tive sempre em atenção, comunicar com a criança tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento e respeitando a sua cultura.

Como já referido, anteriormente, a hospitalização é uma situação complexa e delicada pelo que considero que, na USF e UCC, o processo de comunicação tornou-se mais facilitador, pois os pais/criança estão mais disponíveis para comunicar, uma vez que estão num ambiente que lhes é familiar e por norma, sem um evento crítico a decorrer, como por exemplo, a situação de doença.

Contudo, considero ter desempenhado funções importantes, ao promover o processo de

envolvimento dos pais no cuidado, e em parceria, através de um processo de negociação ou/e de empoderamento no esclarecimento de quais os cuidados que a família desejava prestar. Assim como, o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, com vista sempre a maximização do bem-estar da criança.

Outro aspeto, não menos importante, que gostava aqui de realçar é o trabalho interprofissional é o processo dinâmico no qual os profissionais compartilham conhecimentos, opiniões e percepções, conhecem-se melhor e aprendem a trabalhar juntos para fortalecer o funcionamento da equipa, identificar papéis e responsabilidades, aprimorar a documentação de trabalho e o ambiente na equipa (Romeu & Rossit, 2022).

No âmbito da prática clínica em cuidados de saúde primários, na UCC, pude participar em várias intervenções no âmbito da saúde escolar, nomeadamente, na gestão das emoções aos alunos do 4.º ano numa escola da região norte, com o uso de estratégias tais como a informoterapia e a musicoterapia. Efetivamente, pude estar um dia no Gabinete de Apoio ao Aluno, numa escola do 2.º ciclo, e confrontei-me com uma situação de *bullying* a uma adolescente. A mesma procurou o apoio da enfermeira, de modo, a ter ajuda para lidar com a situação. Posto isto, comuniquei o caso aos outros profissionais de forma a resolver a situação. Tendo em conta o exposto, foi implementada informoterapia e estratégias relativas à sua saúde e segurança, assim como, referência do caso à professora responsável. É de referir que este momento, foi um momento de excelência para o desenvolvimento de uma relação de empatia com a adolescente/professores, o que acarreta uma responsabilidade acrescida no que concerne à prevenção, deteção, notificação e encaminhamento da situação de risco (Gaspar, et al., 2021). Por conseguinte, o envolvimento dos profissionais da escola foi fundamental para “sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção” (OE, 2018, p. 19193).

Além destas intervenções, participei também na inclusão de uma criança com necessidades especiais, com convulsão febril. A intervenção foi dirigida, em primeiro lugar, aos professores da escola e depois aos alunos da turma da criança em questão. Gostava de referir a excelente receptividade de ambos os grupos, pelo que consegui apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidade de saúde e educativas especiais” (OE, 2018, p. 19193).

Em relação à segunda unidade de competência:

“E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

Fui-me deparando, ao longo deste percurso, com os sinais/sintomas mais característicos da idade pediátrica, os mais comuns referidos pela SPP (2018) são: a febre, dor de cabeça/abdominal, obstipação, hipertensão, gripes, rinofaringites, bronquiolites. Da minha

experiência profissional, e no contexto dos Estágios de Natureza Profissional pude depreender que os pais ficam ansiosos com estas doenças características da idade.

Desta forma, considerei importante referir aos pais, que a criança é um ser vulnerável pela sua condição humana, com características incontornáveis, começa a desenvolver o sistema imunológico, ainda, in útero, mas que só estará completamente pronto na adolescência, logo há maior risco de adquirir doenças na infância (Santos, 2019).

A bagagem adquirida neste percurso académico, assim como, o desenvolvimento de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica atualizada, tornou-se fundamental para que pudesse fornecer informações e as respostas mais apropriadas às doenças comuns nas várias idades (OE, 2018).

Em contexto de SUP e internamento de pediatria procurei sempre que possível implementar intervenções de enfermagem relacionadas com os sinais/sintomas relacionados com o processo de doença, assim como promover na parentalidade comportamentos potenciadores de saúde. Desta forma, implementei sempre que possível, informoterapia, como por exemplo, sobre a lavagem nasal em caso de obstrução nasal, líquidos fracionados em caso de vómitos e/ou dejeções líquidas (OE, 2018).

A título de exemplo, denotei uma grande insegurança parental na lavagem nasal, quer por falta de conhecimento dos pais, quer por realização incorreta da técnica ou apenas por receio de efetuarem a mesma. Pelo que implementei intervenções de enfermagem promotoras da melhoria dos conhecimentos, das capacidades, da autoeficácia e dos significados, contribuindo desta forma para a assunção de um melhor desempenho do papel parental.

Gostava também de evidenciar a temática em estudo - a febre - sinal e sintoma muito comum em idade pediátrica, que gera muita ansiedade aos pais, que foi enfoque da minha atuação e que será detalhada mais adiante.

Na consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, foi-me possível “encaminhar as crianças doentes que necessitavam de cuidados de outros profissionais; identificar situações de risco para a criança e jovem (...), avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; e facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (OE, 2018, p. 19193).

A realização de inúmeras consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil permitiu-me mobilizar conhecimentos para a avaliação e deteção de situações de risco e alterações no desenvolvimento, possibilitando o encaminhamento para outros profissionais ou outras especialidades, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento e a promoção de hábitos de vida saudáveis. Na avaliação do desenvolvimento físico e psicomotor de um lactente de um ano pude detetar que este, não segurava nos brinquedos e não respondia quando era chamado, coincidindo a minha avaliação com a perceção materna. Tendo considerado como sinal de

alarme (DGS, 2013), referenciei ao médico de família, que por sua vez encaminhou o lactente para a consulta de desenvolvimento infantil.

No decorrer dos Estágios de Natureza Profissional desenvolvi intervenções de enfermagem como a recolha sistemática de informações, a avaliação física e a deteção de sinais de alerta e de maus-tratos ou negligência. Gostava, ainda, de evidenciar que foi possível também em contexto de SUP, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (OE, 2018), de uma adolescente trazida pela mãe por odinofagia e cansaço fácil. Após observação médica, foram monitorizados os sinais vitais e ao avaliar a tensão arterial, pude identificar, feridas corto-contusas nos antebraços. Após conversa com a adolescente, esta afirmou que se auto mutilava, pelo que comuniquei ao pediatra, referenciando assim um comportamento de risco (OE, 2018).

Seguidamente, abordarei a segunda competência específica do EESIP:

### **b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

O cuidar da criança/jovem nas situações de especial complexidade, durante a prática profissional diária, deve conduzir a mudanças para o desenvolvimento de competências com o objetivo de dar resposta às mesmas. Contudo, este processo dinâmico envolveu uma aprendizagem centrada na criança e baseada na evidência, de forma a desenvolver as competências necessárias para garantir um desempenho de excelência.

Advém a importância de uma enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança, munida de um corpo de conhecimentos sólidos e fundamentados, garantindo a antecipação e a rápida perceção dos sinais de gravidade, permitindo a tomada de decisão atempada de forma a evitar ou corrigir os problemas identificados.

Portanto, como primeira unidade de competência associada ao explanado anterior, surge:

“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193).

Em contexto da UCIN e do SUP foi possível “ reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193) A UCIN, foi para mim o Estágio de Natureza Profissional mais temido e de maior desafio, pelo facto de ser um serviço de alta especificidade onde a prestação de cuidados é centrada em recém-nascidos prematuros e recém-nascidos com situações muito complexas e instáveis. O que impôs a aquisição de novos conhecimentos e a utilização dos que já existiam, no sentido de reconhecer as situações de instabilidade hemodinâmica e intervir de forma apropriada.

Ao nível da vigilância de sinais vitais e sinais de alarme creio que desenvolvi gradualmente competências, valorizando algumas alterações que devem constituir sinais de alarme, como por exemplo a instabilidade térmica e glicémica no desenvolvimento de sépsis.

No SUP, foi possível desenvolver competências de reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica. De facto, a afluência acrescida de crianças condiciona por vezes o tempo de atendimento das mesmas, pelo que considerei importante, uma avaliação de problemas potenciais que podem ser agravados com o tempo de espera. A título de exemplo, na sala de espera, uma criança de quatro anos (cor de prioridade amarela, atendimento urgente) com trabalho respiratório aumentado, sinais de dificuldade respiratória com saturação de oxigénio periférica de 86% em ar ambiente, sem outra alteração ao exame físico. Ao detetar esta situação clínica, foi colocado oxigénio por cateter bi-nasal e foi atribuída nova cor de prioridade, desta vez com atendimento médico muito urgente.

“E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p. 19193).

Em todos os serviços tive a preocupação constante de identificar a perceção da criança relativamente à dor, considerada o 5.º sinal vital (DGS,2003).

A dor na criança “apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário” (OE, 2013, p. 13). Com efeito, tive em conta a individualidade de cada criança, na forma como a dor é manifestada e encarada, pois “à experiência de dor nas crianças está, frequentemente, associado o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção” (OE, 2013, p 13), posto isto, foram planeadas um conjunto de intervenções individualizadas no sentido de ajudar a criança a lidar com a sua situação de dor.

A sua avaliação e registo sistemático faz parte da boa prática dos serviços de saúde (DGS, 2003), uma vez prescrito o fenómeno ou diagnóstico «dor», procedi à avaliação da sua intensidade, com utilização de escalas de avaliação da dor pediátrica, adaptadas a cada faixa etária e fase de desenvolvimento da criança. Referir que a aplicabilidade das escalas se revelou num aspeto facilitador pelo facto de já ter experiência na aplicação das mesmas. No âmbito do Estágio de Natureza Profissional, em contexto hospitalar, a avaliação da dor está protocolada na admissão da criança, e depois de 6/6 horas (ou sempre que necessário), ou em caso de dor (num score superior a três nas diversas escalas) a instituição estipula a sua avaliação de 20/20 minutos até apresentar uma dor inferior a um score de três. Esta recomendação está em concordância, com o preconizado pela orientação da DGS (2010, p. 3) que aponta “como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10 (dor ligeira)”.

Gostava aqui de correlacionar, que as escalas da dor apenas quantificam a dor, no entanto, a Ontologia de Enfermagem propõe como dados de caracterização da dor, o tipo, a localização, frequência, duração, que são os indicadores de base das escalas.

Aliado a este tema parece-me fundamental a utilização de estratégias não farmacológicas para

o alívio da dor, competência reconhecida do enfermeiro especialista, sempre foco do meu interesse de aprendizagem e de implementação em todos os Estágios de Natureza Profissional. As mesmas são definidas como intervenções autónomas, seguras, não invasivas e económicas que se aplicam no tratamento e alívio da dor ligeira e moderada (Batalha, 2010), antes, durante e após qualquer procedimento doloroso, pois são parte integrante da gestão da dor (DGS, 2010). De referir que as mesmas promovem a sensação de controlo, pois ocorre a possibilidade de escolha da estratégia e por conseguinte uma diminuição da ansiedade, para além de reduzirem o impacto da lesão corporal (Batalha, 2010; Jacob, 2014).

Demonstrei, expliquei e capacitei os pais para a implementação das estratégias não farmacológicas, assim como as mais adequadas à idade da criança.

Posto isto, em função do estágio de desenvolvimento e da própria condição clínica da criança, apliquei as seguintes medidas não farmacológicas: técnicas comportamentais, como o reforço positivo, elogiando a criança e, por exemplo, no fim de um procedimento, atribuindo-lhe autocolantes como prémio; técnicas cognitivas, nomeadamente, através de informação preparatória; e, ainda, técnicas cognitivas comportamentais, como a distração e a modelação, usando bonecos para demonstração de uma dada intervenção (Batalha, 2010; DGS, 2012; OE, 2013).

Tendo em conta o explanado, as estratégias que mais implementei nos Estágios de Natureza Profissional, foram a presença dos pais, a distração, a imaginação guiada, o privilegiar um ambiente adequado e proporcionar conforto, pois a utilização das mesmas atuam no processo de gestão da dor (Fonseca & Santos, 2006).

A título de exemplo, no SUP e no internamento de pediatria, no momento dos procedimentos dolorosos, nomeadamente, em colheita de espécimes (sangue, colheita de urina por algaliação) implementei estas medidas. Existe evidência que com a utilização das mesmas “consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (Linhares & Doca, 2010, p. 307), tendo sempre em atenção o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica.

Sempre que possível foram agrupados todos os procedimentos (OE, 2013), nomeadamente, na UCIN, de forma a reduzir a manipulação dos recém-nascidos.

No RN e lactente nos vários Estágios de Natureza Profissional, priorizei o suporte emocional através do toque e de técnicas de conforto como embalar, contenção manual ou com lençol; uso de chupeta para sucção não nutritiva; uso de sacarose a 24% ou glicose a 30%. Em contexto de UCIN, internamento e SUP, por exemplo, na venopunção a sua eficácia só é comprovada até um ano de idade (OE, 2013) e, ainda, se aplicável e mãe disponível, a amamentação.

Além disso, conforme recomendado pela DGS (2012), utilizei anestésicos locais, neste caso o EMLA®, disponível em todos os ensinos clínicos (expeto USF) e, rotineiramente, utilizado pelos enfermeiros, tanto na preparação pré-operatória da criança para o cateterismo venoso periférico, como noutros procedimentos invasivos simples da pele (por exemplo a venopunção ou a punção lombar).

Já no contexto da USF, verifiquei que nem sempre eram utilizadas estratégias não farmacológicas que minimizassem o desconforto e a dor sentida pela criança, uma vez que não estavam disponíveis os materiais para tal. As intervenções que provocavam dor na criança foram, maioritariamente, o teste do diagnóstico precoce e a vacinação, no entanto, não havia disponível sacarose, nem glicose. Durante a realização do diagnóstico precoce e vacinação, utilizei sempre, como estratégias não farmacológicas de alívio da dor, a amamentação, a sucção não nutritiva e, a contenção ao colo de um dos pais.

Pude depreender em contexto de USF, SUP e pediatria médica, que a cólica do lactente é frequente e temida por parte dos pais. Desta forma, implementei informoterapia, e apliquei e demonstrei técnicas tais como a massagem e o posicionamento para a prevenção e o alívio da cólica, facilitando o desenvolvimento de competências dos pais para a gestão da mesma.

Por último, incentivei sempre a presença e participação da família como medida de suporte emocional para a criança. Mesmo sem estudos que comprovem a sua eficácia, quanto ao alívio direto da dor, é reconhecido que a presença dos pais reduz eficazmente o stresse da criança, acabando por contribuir para o seu bem-estar e controlo da dor (Batalha, 2010; OE, 2013; Smeland et al., 2019). O seu envolvimento foi, assim, negociado e integrado na parceria de cuidados que objetivei estabelecer. No entanto, apesar destas medidas autónomas, pode ser necessária a administração de medicação terapêutica analgésica prescrita pelo médico.

É de referir que nos contextos do Estágio de Natureza Profissional não pude aplicar o suporte avançado de vida pediátrico (SAV), porém, optei por ter formação em SAV, por forma a aprimorar conhecimentos e habilidades.

“E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193).

A União Europeia considera que uma doença é rara quando afeta menos de 1 por 2000 habitantes (EURODIS, 2020), e segundo a mesma organização, existem mais de 6000 doenças raras.

As situações de doenças raras na infância que mais, frequentemente, causam incapacidade são as doenças respiratórias, doenças cardíacas, dificuldades na fala e funções sensoriais, e perturbações mentais ou do sistema nervoso (Arango, 2005, como citado em Hockenberry & Wilson, 2019). Perante isto, o enfermeiro tem a função de promover a adaptação dos pais e da

criança à transição de saúde doença, detendo para além das capacidades técnicas, conhecimentos acerca da transição e da adaptação, habilidades de comunicação, e ter a sensibilidade para compreender a essência dessa vivência pelos mesmos (Cabral, 2012). Portanto, também nos acontecimentos adversos, ao longo do ciclo vital, a família elege-se como principal fonte de apoio e suporte social informal (Remondes-Costa, 2015), reconhece-se a experiência da família em cuidar dos filhos, dentro e fora do ambiente hospitalar, e considera as necessidades de todos os membros da família em relação aos cuidados com a criança (Hockenberry & Wilson, 2021).

Nas doenças raras, os pais assumem um papel ativo na prestação de cuidados e na tomada de decisão, e o enfermeiro assume um papel primordial na promoção da aprendizagem e aquisição de competências para o autocuidado, da criança e dos pais, em função das necessidades identificadas (Resende, 2023).

Tendo em conta o explanado anteriormente, a tomada de decisão baseada na evidência é um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados em todos os domínios da enfermagem. Por conseguinte, foi necessário realizar uma pesquisa científica constante, robusta e específica sobre algumas patologias, com que me deparei nos Estágios de Natureza Profissional, tais como Défice de Cofator de Molibdénio, hiperamoniémia, hemofilias, anemia hemolítica autoimune, doença de Wilson.

A prestação de cuidados a crianças com patologias raras foi desenvolvida no SUP e no âmbito do internamento de pediatria médica, tendo sido necessária a mobilização destes conhecimentos de forma a adaptar os cuidados prestados a estas crianças .

Deste modo , através da bagagem académica e desta pesquisa científica de cada patologia, pude prestar à criança portadora de doença rara e aos pais, cuidados de excelência, com competências específicas para usufruírem desses mesmos cuidados.

“E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (OE, 2018, p. 19193).

Foi sempre priorizada a utilização de terapias complementares, tais como, imaginação guiada, massagem, respiração “controlada”, técnica de distração. Além disso , como já referido anteriormente, na área da gestão da dor, foram utilizadas estratégias não farmacológicas. Pude depreender que o uso destas terapias permitiu facilitar a expressão de ideias, sentimentos e emoções, quer dos pais, quer das crianças, favorecendo o bem-estar físico e psicológico dos mesmos.

“E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p. 19193).

No internamento de pediatria, compreendi e assumi o papel do EESIP na criança com diagnóstico inaugural de diabetes mellitus tipo I, na consciencialização das suas capacidades e forças, na identificação de problemas e no desenvolvimento de estratégias de adaptação. Estabeleci sempre uma relação de empatia, confiança e parceria com o binómio criança/pais.

De facto, esta relação durante a hospitalização proporciona uma partilha de experiências e suporte adicional que podem ser extremamente benéficas no processo de aceitação e adaptação à doença (Merk & McElfresh, 2014), bem como na promoção da esperança (Charepe, 2020). De forma a demonstrar mais concretamente esta unidade de competência, gostava de realçar que implementei sempre a parceria de cuidados, promovi a adaptação da criança e dos pais à doença crónica. Assim, prestei apoio emocional, informoterapia acerca da autogestão da doença crónica, promovi a resiliência (Figueiredo, et al., 2020) e a esperança (Merk & McElfresh, 2014), sendo estas intervenções de enfermagem fundamentais para o sucesso da adaptação.

Relativamente à terceira competência do EESIP:

**c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

“E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p. 19194).

No que concerne ao acompanhamento do desenvolvimento infantil, o EESIP tem um papel preponderante na gestão e promoção da saúde, pois em a competência de avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem (OE, 2011). Para isso, em todos os Estágios de Natureza Profissional houve a necessidade de recorrer aos programas estruturados de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento, pelo que consultei, nomeadamente, os guias orientadoras de boas práticas em enfermagem de SIP, o PNSIJ (2013), PNSE (2015), e o PNV (2023).

Ao longo do Estágio de Natureza Profissional realizado na USF estive presente como observadora, participante e executante, sempre sob supervisão da enfermeira orientadora, e tive a oportunidade de realizar as consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, em todas as faixas etárias. Em todas as consultas de enfermagem realizadas, foi avaliado o crescimento e desenvolvimento de acordo com a faixa etária, pois, as consultas de saúde infantil (dos 0 aos 18 anos) nas idades chaves, permitem promover a saúde e prevenir a doença (OE, 2018).

Posso referir que as consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil realizadas na USF foram centrais no desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância de saúde e da promoção do desenvolvimento infantil. É importante, referir o cumprimento dos pais nas consultas calendarizadas para as idades-chave de acordo com o PNSIJ, ou seja, consideradas momentos chaves do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, de socialização, progressão na alimentação e escolaridade. Realçar que este programa, no sentido

de diminuir as deslocações da criança e dos pais às instituições de saúde, preconiza o reincentivo ao cumprimento do PNV nessas mesmas consultas.

Além da calendarização das consultas em idades-chaves o PNSIJ (2013) obedece às seguintes linhas mestre: parâmetros de avaliação, assim como os cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e prevenção da doença para cada idade, nomeadamente, “facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p. 7).

Durante o decorrer das consultas de saúde infantil, desenvolvi intervenções como: o acolhimento da criança/pais, a colheita sistemática de informações, a avaliação física e a deteção de sinais de alerta. Devem ser evidenciados comportamentos que sejam promotores de saúde, tais como: a prática regular de exercício físico, o brincar, a gestão do stress, a nutrição, a prevenção de acidentes, a adoção de medidas de segurança e a prevenção de consumos nocivos (DGS, 2013).

Promovi, também, sempre que necessário, a imunização conforme o PNV, a prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, a saúde oral, a prevenção de acidentes e intoxicações, a prevenção de maus-tratos, a prevenção dos riscos associados à exposição solar prolongada, e a promoção do aleitamento materno (DGS, 2013, 2020).

Por conseguinte, transmiti aos pais informações antecipatórias para que fosse maximizado o desenvolvimento da criança. Estas consultas foram sempre desenvolvidas num ambiente terapêutico individualizado, humanizado e seguro. Reforçar que nesta USF, além da informoterapia, no âmbito da consulta de enfermagem, no sentido da continuidade dos cuidados promotores de saúde, foram entregues os folhetos disponíveis, sobre prevenção de acidentes, alimentação saudável, entre outros

“E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p. 19194).

Na assistência aos recém-nascidos e pais, em contexto de UCIN e da USF, avaliei o desenvolvimento da parentalidade, por forma a orientar a conceção de cuidados e poder atuar na promoção do desenvolvimento daqueles. Desta forma, implementei de forma sistemática estratégias favorecedoras da vinculação e ligação mãe/pai e filho, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2018).

Em contexto hospitalar, sempre que possível, garanti a presença dos pais junto do recém-nascido, de forma a promover a coesão familiar (Logan & Dormire, 2018), objetivando a promoção do processo de parentalidade e o crescimento/desenvolvimento daquele.

Assim, procurei centrar os cuidados na família e não apenas no RN. Na UCIN, pude depreender

que todos os equipamentos que rodeiam o RN são intimidantes e distanciam os pais, nomeadamente a incubadora, a ventilação invasiva ou não invasiva, o monitor com cabos e fios, os cateteres, as bombas perfusoras, entre outros.

Desta forma, foi fundamental ajudar os pais a perceber que todos estes equipamentos são necessários para avaliar o bem-estar e evolução do estado hemodinâmico, não impedindo que estabeleçam contacto e proximidade com o RN.

Assim, foi primordial, transmitir aos pais o quão importantes eles são, que não estavam sozinhos e que estava sempre disponível para ajudar, apoiar e esclarecer, envolvendo-os numa parceria de cuidados promotora da vinculação.

Procurei olhar para estes pais à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, ou seja, tendo presente que estes vivenciam uma transição múltipla, pelo nascimento do filho e pela condição de prematuro ou patologia que obrigam à hospitalização. Se por um lado o nascimento de um filho já acarreta uma adaptação a uma nova realidade, com novas responsabilidades que exigem aquisição de novas capacidades, o nascimento deste filho antes do esperado ou com uma condição especial torna o processo de transição, ainda, mais complexo. Portanto, priorizei a informoterapia aos pais relativa às competências e características esperadas no RNPT. Com o objetivo de promover o comportamento interativo e o ajuste dos pais às necessidades do RNPT, facilitei a sua participação na satisfação das necessidades básicas deste. E, sempre que foi possível, incentivei a amamentação e o contacto físico, pele-a-pele, nomeadamente, através do método canguru. Estas medidas são mundialmente recomendadas e reconhecidas como benéficas para o RN e para a saúde emocional e mental dos pais (Jones & Santamaria, 2018), promovendo a vinculação e a ligação mãe/pai-filho.

Na minha opinião e do que pude depreender neste Estágio de Natureza Profissional, os cuidados de higiene (banho e troca de fralda) constituem momentos ótimos e representativos do modelo de parceria de cuidados, promotores da vinculação e da parentalidade, pois para muitos pais é o momento privilegiado de cuidados ao filho. Por exemplo, em situação de RN sob fototerapia, esta limitava por razões óbvias, o contacto com os pais, ainda assim, incentivei sempre pequenos gestos para manter o bem-estar do RN e promover a vinculação, tais como o acariciar, falar em tom suave e baixo, e colocar a chupeta.

No que respeita à promoção do aleitamento materno procurei, com o apoio da enfermeira tutora e sempre que oportuno, reforçar as vantagens para o RN e para a mãe. Tive sempre em atenção que a amamentação deve ser tomada o mais precoce e frequentemente possível, dentro das limitações da condição do RN e do desejo dos pais, pelo que foi uma atividade promovida no internamento.

Realçar que tive sempre em atenção, no caso de RN com necessidades especiais, quando a amamentação não era possível, priorizar sempre a administração de leite materno por

gavagem/copo/tetina, sempre em decisão com a enfermeira tutora e equipa multidisciplinar. Pelo que implementei informoterapia à mãe sobre os cuidados a ter na extração/conservação de leite materno por bomba manual ou automática.

Como exemplo, pude apreender e aprender com o Estágio de Natureza Profissional e da evidência científica (explanada em estudo de caso neste relatório) que grande parte dos prematuros, com idade gestacional corrigida inferior a 35 semanas, apresentam descoordenação de reflexos ou impossibilidade de serem amamentados, por cansaço fácil. Nestes casos, a mãe era sempre incentivada, caso o desejasse, a extrair leite por bomba para administrar ao RN. Frisar que quando o estado clínico o permitisse, sempre em decisão com a equipa multidisciplinar, o leite materno era administrado por sonda, nomeadamente, se agravamento da dificuldade respiratória.

Aproveito para referir que apreciei, particularmente, as competências que desenvolvi ao nível da alimentação entérica, com a avaliação e promoção do desenvolvimento das competências alimentares do RNPT, comprovando as suas habilidades progressivas de sucção, seguido de habilidades para a alimentação oral não coordenada e, finalmente, para a sucção rítmica e organizada até à coordenação da sucção com deglutição e respiração. A alimentação por copo e tetina, assim como a alimentação por sonda orogástrica, bem como a sua colocação, constituíram para mim a aquisição de uma nova competência.

Ainda, no âmbito desta competência, na USF tive a oportunidade de realizar uma visita domiciliária a um RN na primeira semana de vida. Pude apreender que é o momento oportuno para observar os pais e RN no seu contexto natural, nomeadamente, no momento da amamentação, pois a adaptação a casa é um período, particularmente, sensível no que respeita ao sucesso da amamentação, sendo a visita domiciliária uma estratégia na sua promoção (Galvão & Cardoso, 2017).

Além disso, esta visita facilitou a livre expressão de sentimentos e de dificuldades por parte dos pais, que se sentem mais confortáveis no seu ambiente familiar, o que permitiu uma adequação dos cuidados, dirigidos tanto à mãe como ao pai, constituindo-se uma estratégia de suporte que contribuiu para uma melhor adaptação à parentalidade (Almeida, et al., 2016)

“E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018, p. 19194).

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo-se, igualmente, num bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas, 2006).

Por todas estas razões, a comunicação foi uma competência transversal a todos os Estágios de Natureza Profissional, através de uma linguagem acessível, adequadas ao estágio de

desenvolvimento de cada criança e às características e condições parentais.

No SUP, USF e internamento de pediatria, apliquei estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança, pois um processo de comunicação eficaz permite um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo para que a criança mantenha as capacidades próprias da sua fase desenvolvimental, e para proporcionar experiências que estimulem o seu crescimento (Martinez et al., 2013).

No caso do lactente, o maior elo de comunicação que pude estabelecer foi falar com suavidade e promover-lhe um ambiente previsível através da manutenção das rotinas que lhe são usuais, sempre em parceria com os pais.

Nas crianças hospitalizadas entre os 12 e os 36 meses, tive em atenção reconhecer os comportamentos específicos de cada fase, sendo estas, a de protesto, a desesperança, e o desligamento (Sousa, 2009). Esta avaliação diagnóstica permitiu-me a identificação de necessidades em cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a criança a adaptar-se à nova situação e condição, mais uma vez, em parceria com os pais.

Na faixa etária do pré-escolar, de modo a diminuir o impacto negativo da hospitalização e dos processos dolorosos, optei sempre pela preparação prévia da criança e dos pais, sem mentir ou prometer coisas difíceis de alcançar, pois esta atitude do profissional “é relevante na redução do medo, do stresse e da ansiedade” (Sousa, 2007) e, segundo a mesma fonte, incentivei sempre a expressão de sentimentos da criança e dos pais, esclarecendo todas as dúvidas que tenham em relação à hospitalização.

Por sua vez, com crianças em idade e escolar demonstrei interesse pelos seus sentimentos e, dialoguei de forma compatível com seu o nível de desenvolvimento e capacidade cognitiva e, sempre que possível e aplicável, negocie e promovi a sua participação nos cuidados. Neste âmbito, também usei a brincadeira terapêutica, ferramenta primordial de comunicação, particularmente, útil como meio de transmissão de informação ou explicação de procedimentos, ao facilitar o entendimento da criança e a aproximação do enfermeiro (Martinez et al., 2013).

Por fim, no adolescente, priorizei sempre que possível a sua colaboração, mas tive em atenção o identificar as suas capacidades intelectuais, conhecimentos prévios e necessidades atuais.

Comunicar é um processo complexo e muitas vezes de difícil implementação na profissão de enfermagem. Pude compreender que esta dificuldade é acrescida em contexto do SUP, dadas as condições físicas que não proporcionam um ambiente calmo e adequado para a transmissão de informações tanto à criança como aos pais, assim como é difícil na UCIN, devido à particularidade da situação clínica do RN.

De facto, na UCIN tive atenção em adequar as diferentes formas de comunicar, utilizando estratégias neuroprotetoras, defendendo o desenvolvimento harmonioso do RN, em particular

do prematuro (Ramos et al., 2020), com uma postura tranquila, aproximação não abrupta, toque suave, seguro e de aconchego, com tom de voz baixo e calmo. Relativamente aos pais, sempre que se mostravam disponíveis para aprender era estabelecida uma rede de comunicação e direcionava o foco do diálogo de modo a manter a intencionalidade terapêutica, pois um dos desafios na comunicação foi manter a intencionalidade terapêutica do processo, permitindo a liberdade de expressão, ao mesmo tempo que centro o discurso nas necessidades que pretendo atender (Hockenberry, 2021).

Em suma, e segundo Gomes et al. (2012), é o enfermeiro que deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados positivos.

“E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p. 19194).

No âmbito da USF, a consulta do Exame Global de Saúde foi uma oportunidade para responder de modo integrado às necessidades de saúde dos adolescentes, promovendo comportamentos saudáveis, prevenindo a doença, investindo na prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, assim como, no apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação, em questões de saúde das crianças e dos jovens e, a articulação entre a equipa multidisciplinar (DGS, 2013, p.3).

Tive a oportunidade de realizar uma entrevista estruturada a um adolescente. Planeei as três fases: fase de acolhimento, exploratória e resolutive, o que possibilitou “identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências” (OE, 2010). Desta forma, e neste contexto em particular, pude avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo, de forma a prevenir ou identificar problemas reais, assim como pude estabelecer uma relação terapêutica (OE, 2010, p. 20). Segundo a literatura, o contexto da adolescência pode afetar o desenvolvimento e o comportamento do adolescente com a família, com o grupo de pares, na escola, e a sua saúde e bem-estar (Sprinthall & Collins, 2003). E pode, ainda, verificar-se um aumento da incidência dos transtornos de humor (situações de depressão), transtornos alimentares (desvios do comportamento alimentar) e comportamentos suicidas (OMS, 2015).

Posto isto, priorizei as necessidades que os mesmos consideram de maior relevância com expressão livres dos seus sentimentos, e também procurei delinear planos para possíveis estratégias de ação, nomeadamente, na cessação de hábitos tabágicos.

Da mesma forma, procurei comprometer o adolescente na tomada de decisão responsável, incentivando e negociando numa decisão partilhada, permitindo a sua autonomia e incluindo as suas preferências nesse processo de tomada de decisão na gestão dos cuidados. Estas são algumas das estratégias promotoras do empoderamento da criança (Ramos, 2020), que foram adaptadas a cada situação e ajustadas ao nível de desenvolvimento e capacidade cognitiva de

cada adolescente.

No contexto de SUP, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma adolescente em cetoacidose diabética (portadora de bomba infusora de insulina) por incumprimento do regime terapêutico. Na escola, recusava-se a monitorizar a glicemia, assim, como administração dos bólus recomendados pela bomba. Após conversa com a mesma, percebi que esta em lugares públicos, omitia a condição de ser diabética devido ao estigma da doença crônica, pois a condição de ser diferente pode gerar no adolescente sentimentos de inferioridade (Carson & Kelnar, 2000). Todavia, realcei a importância do suporte emocional, nomeadamente, incentivá-la a conversar com os pais e profissionais de saúde. Também, incentivei a livre expressão de sentimentos, ouvindo as suas queixas quanto ao tratamento da diabetes, encorajei, dei ânimo e reforcei a importância do autocontrole da doença de forma a prevenir complicações mais tarde.

Na adolescência estas estratégias assumem particular importância, sendo competência do EESIP promover a autoestima e autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à saúde, negociando o contrato de saúde e reforçando a tomada de decisão responsável (OE, 2018). Por isso, é necessário motivar o indivíduo para “adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para a mudança de hábitos, com o objetivo geral do bom controlo metabólico e da melhor qualidade de vida (Novato, et al., 2008).

Em suma, na interação enfermeiro-adolescente, são identificadas estratégias de cuidados, as necessidades de suporte nos processos de transição vivenciados e a implementação de intervenções que promovam uma transição saudável.

### **REFLEXÃO CENTRADA NO TEMA DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

Neste último eixo, pretendo apresentar as aprendizagens e as atividades mais significativas, bem como efetuar uma análise reflexiva do percurso concretizado, no que é relativo especificamente ao tema do meu projeto profissional: "Termorregulação comprometida - febre: promoção da parentalidade face as necessidades especiais da criança".

Tendo em conta a minha prática profissional no SUP e da experiência que emergiu dos diferentes Estágios de Natureza Profissional, constatei que os pais recorrem aos serviços de saúde quando a criança apresenta febre, por défice de conhecimentos e habilidades para lidar com este problema. A febre na criança constituiu uma das principais manifestações que impulsiona os pais aos serviços de saúde, resultando na utilização inapropriada dos mesmos (Silva, 2015). De facto, em estudos realizados em Portugal, os principais motivos de recorrência aos serviços de saúde são a febre (46%) e a dispneia (16,2%) (Andrade et al., 2008).

De modo a fazer um breve enquadramento, apresento alguns dos conceitos relacionados com o tema central deste projeto de desenvolvimento profissional, a termorregulação.

Relembrar que os seres humanos são seres homeotérmicos com a capacidade de conseguir

regular a temperatura corporal de acordo com o ambiente externo, mantendo uma produção constante de calor. A regulação da temperatura corporal designada por termorregulação é regulada por neurónios termossensíveis, localizados no hipotálamo anterior ou área pré-ótica, que respondem a alterações na temperatura sanguínea assim como, as conexões neurais diretas com recetores de frio e calor localizados na pele e no músculo (Einloft & Gonçalves, 2018).

Assim, o comportamento é o meio mais eficiente para o processo de termorregulação do indivíduo, sendo necessárias as sensações de frio e calor, que desencadeiam a procura por ambientes quentes ou frios ou, ainda, a adoção de posturas que reduzem ou aumentam a troca de calor (Branco, 2016). A termogénese assegura que a temperatura central (a dos órgãos internos) seja mantida em limites estáveis e com pequenas amplitudes térmicas, comparativamente às temperaturas periféricas, sobretudo da pele. Para conservar a temperatura central, é permitido que a temperatura periférica seja muito mais variável. A amplitude individual máxima das temperaturas periféricas ao longo da vida, em regra, não ultrapassa os 2,0 °C (1,0 °C acima e 1,0 °C abaixo da temperatura individual média) (Orientação 004/2018 da DGS).

No sentido de enquadrar o conceito central termorregulação, houve necessidade de recorrer à Ontologia de Enfermagem. Verificamos que este termo é um domínio integrado no processo do sistema regulador e para a avaliação da termorregulação tomam-se como dados a temperatura corporal periférica e a temperatura corporal central. A condição destes dados permitirá a identificação de dois tipos de diagnósticos de enfermagem a hipotermia e a hipertermia. O foco do meu projeto relaciona-se com o aumento da temperatura, pelo que abordarei apenas a hipertermia, excluindo a hipotermia por não ser foco do meu interesse. Não obstante, advém uma confusão de conceitos, entre febre e hipertermia, pois, “a febre, enquanto sinal, é uma elevação autorregulada da temperatura, diferente da hipertermia que não é autorregulada” (Norma 004/2018 da DGS, p. 14). Assim, torna-se necessário clarificar conceitos segundo a evidência e pesquisa por mim realizada.

Em primeiro lugar, começo por definir, a hipertermia, segundo a NANDA-International (NANDA-I) que estabelece, desde 1986, o diagnóstico de enfermagem de hipertermia, como “uma temperatura corporal central elevada acima da variação diurna normal devido à falha na termorregulação” (NANDA, 2017, p. 438). Segundo a mesma fonte, a hipertermia pode ser provocada por: um agente farmacológico; atividade vigorosa; aumento da taxa metabólica; desidratação; diminuição da capacidade para transpirar; doença; isquemia; sépsis; temperatura ambiental elevada; trauma e roupa desajustada à temperatura ambiental.

Na hipertermia o aumento da temperatura corporal é uma consequência de um desequilíbrio entre a produção e a dissipação de calor e, “resulta do aquecimento corporal por aquisição de calor proveniente de fontes externas, excessiva produção (exercício físico, hipertiroidismo) ou

remoção inadequada de calor (excesso de roupa), sem interferência no centro termorregulador” (Orientação 004/2018 da DGS, p. 14). O aumento da temperatura corporal ocorre por excesso de produção ou falência na dissipação de calor ou, ainda, por disfunção do centro termorregulador (Worfolk, 2000), sendo uma condição rara em pediatria, secundária à falência da termorregulação (Souza, et al., 2021). A hipertermia implica uma subida descontrolada da temperatura do corpo, não mediada por citocinas pirogénicas (Salgado, 2008), geralmente devidas a disfunção do sistema nervoso central, independente da regulação hipotalâmica. Não obstante, sabe-se que na hipertermia apenas está indicado fazer-se arrefecimento físico (sem uso de antipiréticos), sendo esta uma condição rara em pediatria (Souza, et al., 2021).

Em contrapartida, a febre é controlada pelo centro termorregulador, o limiar térmico hipotalâmico está preservado, e o mecanismo da febre acontece por pirogénios exógenos (infecções) e, desta forma são desencadeados mediadores celulares (citocinas), que atuam em todo o organismo, mas em especial na medula óssea, no hepatócito e nas células intervenientes nas imunidades inata e adaptativa, e a nível do centro termorregulador hipotalâmico. Neste último, é desencadeada uma elevação do set-point do termóstato hipotalâmico, com a consequente elevação da temperatura corporal (DGS, 2018). É de referir que este aumento da temperatura, não medicada com antipirético, atinge o seu pico máximo e “depois baixará, espontaneamente, para uma temperatura basal ou para uma temperatura intermédia entre a basal e a do pico da febre” (Orientação 004/2018 da DGS, p. 13).

Todavia, segundo a DGS (2023), o termo febre é assim considerado como foco de termorregulação comprometida e, consiste na subida da temperatura de, pelo menos, 1º C acima da média da temperatura habitual da pessoa. É uma resposta normal do organismo a várias condições, sendo a mais frequente a infeção por vírus ou bactérias (DGS, 2023).

Posso concluir, pela minha experiência profissional e pelos Estágios de Natureza Profissional realizados, que os pais têm uma preocupação constante, em busca da “normoterapia” e a febrefobia criada em volta deste sinal/sintoma muito comum em idade pediátrica. Tal fenómeno, denominado febrefobia, foi bem descrito entre pais e mesmo profissionais de saúde nas últimas quatro décadas e leva à utilização inadequada de recursos de saúde, tratamento excessivamente agressivo da febre e regimes antipiréticos intensos, colocando as crianças em risco indevido de toxicidade e erros de dosagem (Crocetti et al., 2001; MacMahon et al., 2021; Schmitt, 1980).

Além destes termos associados à termorregulação parece-me pertinente abordar o conceito de TBI do indivíduo, o qual se refere ao valor habitual da temperatura. A TBI da criança pode variar com alguns fatores, nomeadamente, a idade, a variação circadiana, o local de medição, a atividade física e as condições ambientais (DGS, 2018). Pude depreender quer da minha prática profissional, quer dos ensinamentos clínicos, que a maioria dos pais desconhece a TBI do seu filho, sendo que perante este desconhecimento a DGS refere que se pode considerar febre, quando

temperatura “retal superior ou igual a 38 °C; axilar superior ou igual a 37,6 °C; timpânica superior ou igual a 37,8 °C; oral superior ou igual a 37,6 °C” (Orientação 004/2018 da DGS, p. 1).

De acordo com a DGS (2018), os profissionais de saúde que lidam com crianças/pais têm uma tarefa fulcral no combate à fobia da febre, substituindo-a pelo ensino da fisiopatologia da febre e pela utilização correta dos antipiréticos. Desta forma, os enfermeiros precisam entender, plenamente, a regulação da temperatura e a resposta febril, de modo a fornecer as melhores práticas (Thompson & Kagan, 2011). O EESIP tem, assim, um papel crucial na melhoria das competências parentais centradas na gestão de situações febris na criança, contribuindo deste modo para a promoção do papel parental desenvolvimental ou especial.

As atividades foram organizadas de acordo com o projeto de desenvolvimento profissional, no sentido de apoiar a sua implementação, para promover a expansão do conhecimento e criar oportunidades para partilhar e discutir esta temática. É de destacar os momentos de partilha e discussão, constante e permanente, no âmbito da orientação tutorial e dos seminários do MESIP, acompanhada por especialistas na área, o que contribuiu para dar resposta aos problemas e necessidades identificadas nos contextos da prática.

No âmbito deste percurso académico, houve em todos os Estágios de Natureza Profissional, a oportunidade de conversas informais com a equipa multidisciplinar (enfermeiros generalistas, EESIP, enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, enfermeiro gestor e pediatras), sobre o tema da termorregulação.

Nos diferentes Estágios de Natureza Profissional implementei diversas atividades relacionadas com a temática da termorregulação, tendo em consideração as necessidades identificadas com a equipa multidisciplinar, e a necessidade de intervenções de enfermagem baseadas na evidência. Na implementação deste projeto é de ressaltar, como condição facilitadora, a quantidade importante de informação disponibilizada pelo *website* da DGS, tais como, o “Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica”, a “Febre na criança e no adolescente – definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores”, para além de um folheto informativo dirigido aos pais da criança com febre. Apesar destas evidências já serem datadas de 2018, verifiquei que maior parte dos enfermeiros dos serviços onde estaguei, as desconheciam.

De modo a tornar exequível a implementação deste projeto, foi necessário um estudo sobre termorregulação, com recurso a revisão da literatura, em idade pediátrica, que incluiu: os mecanismos de termorregulação; estudo sobre a diferenciação dos conceitos hipertermia e febre; patogenia/fisiopatologia da febre; avaliação correta da temperatura; sinais/sintomas na criança com febre; medidas gerais e específicas de alívio do desconforto e, ainda, administração de antipiréticos. Tendo em conta o explanado, anteriormente, e depois de reunida a informação mais pertinente, foi elaborado um documento em formato PowerPoint onde sintetizei as ideias

mais relevantes. Desta forma, a divulgação da informação com evidência sobre a temática, permitiu em todos os Estágios de Natureza Profissional uniformizar conceitos na equipa de enfermagem, desmistificar algumas crenças enraizadas nos enfermeiros e potencializar a utilização de práticas de enfermagem sustentadas pela evidência. Por outro lado, permitiu desenvolver competências promotoras do papel parental na gestão da febre, melhorando o conhecimento dos pais sobre o conceito de febre, sinais/sintomas tranquilizadores e de alarme.

De referir que em todos os contextos clínicos onde realizei estágio, todos os enfermeiros gestores, coordenadores e tutoras, consideraram necessária e pertinente a divulgação desta evidência científica em reunião/formação de serviço. Deste modo, esta divulgação alcançou um número considerável de enfermeiros e com uma avaliação positiva por parte destes.

No SUP, o enfermeiro gestor sugeriu e permitiu a elaboração de um documento síntese intitulado “Medidas gerais/específicas na criança com febre” de forma a servir de alicerce na implementação de intervenções de enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro é o primeiro a detetar o aumento da TBI e é “inegável o importante papel [deste] na monitoração da temperatura corporal e na deteção da elevação na mesma (...) percebe-se que não existe padronização de cuidados prestados e que, muitas vezes, os mesmos não se baseiam em conhecimento científico atualizado” (Salgado et al., 2014, p. 217), o que confere relevância a este documento na medida em que guarda em si aspetos relacionados com a uniformização de conceitos e práticas de enfermagem.

Este documento teórico, síntese do conhecimento adquirido sobre a termorregulação comprometida: febre, foi realizado em parceria com a enfermeira tutora, o enfermeiro gestor e o médico responsável pelo SUP. De forma a melhorar o conforto e o bem-estar do lactente/criança/adolescente este documento tem como objetivo geral: uniformizar conceitos, métodos de atuação (medidas de conforto e/ou farmacológicas) e avaliação dos sinais/sintomas da criança com febre. A sua realização permitiu-me aprofundar o conhecimento sobre: definição de febre; vários métodos de avaliação da temperatura, sinais tranquilizadores e de alerta; e como atuar na criança com febre, atendendo aos cuidados gerais e definir critérios de administração de antipiréticos.

No SUP, onde estagiei, na triagem de prioridades o enfermeiro é o primeiro a avaliar a temperatura, e o método de avaliação da temperatura é a medição timpânica, independentemente, da idade, por ser o método mais rápido e cómodo. No entanto, a DGS (2018) refere que a temperatura timpânica só é confiável a partir dos três anos de idade, e com orientação da sonda de infravermelhos para o tímpano. Assim, conjuntamente, com os enfermeiros gestor e tutora, surgiu a necessidade de no documento síntese acima referido, abordar os vários métodos de avaliação da temperatura e a sua correta utilização. De referir que se for avaliada febre na triagem de prioridades, as mães são encaminhadas para o SUP para o enfermeiro da pediatria, com nova avaliação.

Portanto, sinto-me plenamente realizada com a elaboração deste documento, pois o seu conteúdo foi aprovado pelo enfermeiro gestor e enfermeira tutora e, desta forma, foram implementadas as diretrizes que o mesmo continha. De salvasuardar, que antes da referida implementação, houve partilha deste documento síntese com os enfermeiros da equipa, em reunião de serviço.

Concomitantemente, tornou-se essencial desenvolver uma prática de qualidade, de modo a garantir um ambiente terapêutico e seguro, e assim, emergiu a necessidade, mais uma vez com a participação de toda a equipa multidisciplinar, da construção de tabelas com os dois antipiréticos, usualmente utilizados, o paracetamol e o ibuprofeno, onde consta a dosagem referente ao peso da criança. Estas tabelas foram aprovadas pelo chefe de departamento, e estão neste momento afixadas no SUP. Desta forma, quando um enfermeiro avaliar a febre e o desconforto associado numa criança, pode autonomamente administrar medicação segundo estas tabelas que servem de apoio ao documento síntese.

Por tudo isto, sinto que o meu contributo permitiu a uniformização dos cuidados de enfermagem centrados na termorregulação, quer na melhoria da condição da criança quer na capacitação dos pais que têm de lidar com a febre dos filhos, com a melhor evidência disponível.

A partir do momento em que os pais entram no SUP, com a criança febril, tive o cuidado de implementar a informoterapia e desmistificar mitos, conceitos e crenças que os mesmos tinham acerca da febre. A informoterapia foi reforçada com a entrega do folheto informativo sobre a febre (DGS, 2018), assim como o incentivo à leitura do cartaz na sala de espera. Penso que o folheto informativo permite a continuidade dos cuidados no regresso ao domicílio.

Por forma a manter a continuidade dos cuidados, aliada à condição dificultadora da indisponibilidade dos pais em quererem aprender, pelo facto de estarem preocupados com o estado de saúde do seu filho, e não ser o momento oportuno para intervir, foi explicado à equipa, conjuntamente, com a enfermeira tutora, a importância da entrega do referido folheto da DGS (2018) sobre os cuidados a ter com a criança com febre. De tal forma que, a equipa se mostrou disponível em tornar este folheto um recurso “aliado” na continuidade dos cuidados no regresso ao domicílio.

Foi, também, sugerido ao enfermeiro gestor, no sentido de corresponder às dotações seguras de enfermagem, ser o enfermeiro do SUP a assumir a triagem de Manchester das crianças, pois como referido no capítulo dos contextos, nem sempre isso acontece.

Na USF, as consultas de saúde infantil (dos 0 aos 18 anos) nas idades chaves, são a garantia de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, um espaço onde se promove a saúde e previne a doença (OE, 2018). Tal como define a OE (2018) e, no contexto deste estágio, pareceu-me o local privilegiado para implementar a informoterapia sobre a temática em estudo, de modo a dotar os pais de conhecimentos e de capacidades, para atuarem em caso de febre.

Os pais demonstram disponibilidade em aprender, e quando questionados surgem muitas dúvidas e crenças enraizadas acerca da febre, pelo que julgo oportuno atuar neste contexto. Além disso, este contexto, propicia um ambiente calmo, e uma excelente oportunidade para atuar, pelo que será uma condição facilitadora para os pais/cuidadores reterem a informação.

A tutora/orientadora do Estágio de Natureza Profissional, assim como os restantes colegas da USF, demonstraram interesse no estudo desta temática, pois denotam muita insegurança dos pais na criança com febre. Percebi mais uma vez com este estágio a presença de febrefobia, e os pais mostraram-se disponíveis para aprender, colocando questões que vão de encontro à pesquisa científica que tenho vindo a realizar ao longo deste percurso. Pelo que considere este contexto facilitador na implementação das atividades que julgo ter alcançado, de forma integral.

Na procura da evidência, pude perceber que uma das estratégias motivadoras da mãe/pai para a assunção da parentalidade no âmbito da febre é o formato em grupo de pais, pois normaliza as suas experiências, promove redes de apoio entre os pares e promove a partilha do conhecimento (Webster-Stratton, 2008). Desta forma, após validação com a enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar, foi sugerido por mim a realização de um workshop com a divulgação dos cuidados a ter na criança com febre, com uma excelente receptividade dos pais e da equipa multidisciplinar.

Relativamente ao Serviço de Internamento de Pediatria Médica, este tem um protocolo relativo à febre na criança e já tinha como prática comum, a entrega do folheto da DGS (2018) sobre a informação da febre, dirigido aos pais, o que se tornou uma condição facilitadora. Foi possível desde o momento da admissão até ao regresso ao domicílio avaliar os conhecimentos, as capacidades, a autoeficácia e os significados dos pais sobre a febre, e implementei, sempre que possível, a informoterapia, com posterior avaliação da eficácia das intervenções, sendo que os pais atingiram mestria sobre esta temática, o que foi muito gratificante para mim. Como condição dificultadora, identifiquei novamente a febrefobia dos pais e mesmo por vezes de alguns profissionais de saúde. Sinto que reforcei e incentivei os enfermeiros deste serviço a manter a promoção das competências dos pais sobre esta temática.

Na UCIN, quase todos os internamentos são de média-longa duração, pelo que a informoterapia sobre todos os cuidados aos recém-nascidos são realizados desde o momento da admissão. Deparei-me com o facto de muitos pais terem todo o material necessário para avaliar a temperatura ao seu filho, mas, no entanto, não sabem como a avaliar. Mais uma vez o enfoque da minha atuação foi a informoterapia sobre esta temática. Os pais ao longo do internamento vão-se consciencializando da condição de prematuridade (a maior parte dos internamentos deste serviço) e estão disponíveis e interessados sobre esta temática, condição facilitadora na implementação deste projeto.

Foram inúmeros os casos de crianças com febre em todos os Estágios de Natureza Profissional, pelo que pude também atingir os objetivos, inicialmente, traçados: desenvolver competências

na gestão de funções vitais com especial enfoque na gestão da termorregulação, com a implementação, sempre que possível, das intervenções de enfermagem de gestão da termorregulação comprometida: febre. No entanto, nos diferentes ensinamentos clínicos, a forma de atuar na criança em contexto febril é diferente.

Além disso, em todos os contextos clínicos verifiquei uma elevada frequência de falta de conhecimento dos pais relacionado com a termorregulação comprometida. Pude depreender que apesar do aumento da formação académica dos pais, existe ansiedade e stress acrescido dos mesmos, na criança com febre. Em todos os serviços os pais “olham” isoladamente para o sinal/sintoma da febre, sem uma visão holística da criança. Tive sempre em atenção a comunicação livre dos sentimentos, dúvidas, anseios dos pais, tendo em conta a parceria de cuidados e, ainda, o cuidado em implementar a informoterapia aos pais, baseada no maior grau de evidência.

Pelo que referi acima penso ter expressado qual o enfoque da minha atuação em todos os Estágios de Natureza Profissional e a promoção do papel parental na gestão da temperatura corporal da criança, pelo que considero ter alcançado a competência de EESIP: “Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (OE, 2019, p. 19193).

Pretendo com o que foi, anteriormente, exposto, aumentar ganhos em saúde, diminuir vindas desnecessárias ao serviço de urgência, pois sabe-se que é um serviço de risco de disseminações de infeções, devendo ser evitado ao máximo. Como compromisso, de futura EESIP, pretendo trabalhar todos os dias para aumentar a qualidade dos cuidados prestados às crianças em ambiente hospitalar e implementar a informoterapia para preparar o regresso ao domicílio, com conhecimento mais sólido e conciso para a tomada de decisão, e uma atuação serena e pertinente.

Desta forma, torna-se evidente a implementação da informoterapia como forma de prevenção da doença e promoção da saúde, consolidando os conhecimentos, começando pelos cuidados de saúde primários. Considero ter melhorado as competências no âmbito da conceção de cuidados com enfoque na febre, para isso, desenvolvi intervenções do tipo treinar aos diferentes níveis: na apreciação e interpretação de dados; na enunciação de diagnósticos; na definição de objetivos; na prescrição de intervenções e especificação das mesmas, sempre com enfoque na termorregulação.

Sinto que alcancei plenamente as atividades planeadas no projeto de desenvolvimento profissional. Deste modo, a implementação do mesmo permitiu tornar-me como elemento integrante e dinamizador da equipa de enfermagem, de uma forma proativa nos diversos contextos clínicos. Outra competência alcançada com a implementação do mesmo, permitiu promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento N.º 705/2021, de 27 de julho).



## 8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O terminar este relatório traduz “o chegar à meta” de uma pessoa cansada, mas cuja paixão pela profissão de Enfermagem, nomeadamente por esta área de SIP fez querer continuar sem desistir. Concomitantemente, gostava de evidenciar a fadiga que me invade neste momento. No entanto, este percurso ainda me trouxe mais ânsia e vontade em encarar e suportar mais desafios como este, rumo à concretização de cuidados de enfermagem especializados e de excelência.

Este percurso foi, de facto, árduo e difícil, mas com ele alcanço uma concretização pessoal e profissional, chegar aqui é sinónimo de vitória.

Reconheço a relevância deste relatório no processo de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal, pois este exercício reflexivo permitiu-me evidenciar, analisar e refletir criticamente sobre as aprendizagens e competências adquiridas como futura EESIP, através da exposição das atividades realizadas e experiências vivenciadas. No entanto, na elaboração deste documento, surgiu-me uma preocupação constante que se relaciona com a impossibilidade de descrever tudo o que este percurso representou para mim, enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

O Estágio de Natureza Profissional constituiu-se como um momento de absoluto privilégio para o desenvolvimento e consolidação de competências especializadas na área da SIP, pelo contato direto com um leque rico e complexo de situações, impossíveis de reproduzir unicamente através da teoria. Permitiu-me, igualmente, fomentar uma atitude crítico-reflexiva nas diferentes abordagens desenvolvidas, conduzindo a uma maior abertura para novas iniciativas e a uma mudança construtiva e de adaptação de comportamentos, promovendo uma evolução no sentido da excelência na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O decorrer deste percurso não se resumiu apenas a uma componente prática das intervenções de enfermagem, mas a todo um processo de tomada de decisão, interiorizando os mecanismos necessários à produção de um juízo clínico que se incorpora com a prestação de cuidados avançados, ou seja, cuidados de maior complexidade e diferenciação. Depois de perspetivar a minha conduta ao longo deste percurso, considero que as oportunidades de aprendizagem foram rentabilizadas ao máximo e a procura do aprofundamento de conhecimentos foi a tônica constante. É de realçar, que todos os serviços proporcionaram as condições e um ambiente favorável do meu desenvolvimento profissional enquanto futura EESIP.

Na observação contínua do papel do Enfermeiro Especialista e, mais concretamente, na imagem das enfermeiras tutoras, durante este percurso de Estágio de Natureza Profissional, comprovei

que o especialista é um elemento fundamental na SIP e nas equipas de enfermagem, e que as crianças/pais beneficiam amplamente com os seus cuidados. O enfermeiro especialista não é apenas alguém capaz de prestar cuidados altamente diferenciados com segurança e mestria, mas acima de tudo um profissional que detém um pensar diferente, mais abrangente, dotado de uma sensibilidade e espírito crítico-reflexivo especial, e de uma constante preocupação sobre o objetivo dos seus cuidados.

Percebi que, enquanto futura enfermeira especialista, conquistei credibilidade e consideração da equipa multidisciplinar, que vê o especialista como uma referência em comportamento, atitudes e conhecimentos, e o procura como consultor, especialmente, perito na área de SIP, principalmente, na temática do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da SIP: Termorregulação comprometida: febre - promoção da parentalidade face a necessidades especiais.

Em suma, em todos os Estágios de Natureza Profissional a minha intervenção baseou-se sempre nas normas legais da profissão, nos princípios éticos e na deontologia profissional, bem como no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, adquirindo competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Vi sempre o meu cliente como um ser único e individual, inserido numa família, numa cultura, com valores próprios, priorizando sempre a proteção dos direitos humanos e dirigindo os meus cuidados no sentido de promover a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.

A prestação de cuidados à criança, sempre em parceria com os pais, representou uma parte significativa de todo o meu percurso, no sentido do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, cada vez mais especializadas. Posto isto, em consonância com as competências preconizadas para o EESIP e conducentes ao grau de mestre, integrei o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, centradas no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Pude desenvolver as competências inerentes ao papel do EESIP, enquanto gestor de cuidados e de recursos, por forma a responder às necessidades decorrentes da prática. Todas estas competências foram promovidas através de uma formação contínua, sendo fundamental para conseguir uma assistência de enfermagem eficaz e consistente, seja a nível do autodesenvolvimento pessoal e profissional ou a nível da formação de pares, que permite dinamizar soluções que viabilizem a excelência dos cuidados.

Desta forma, nos diferentes Estágios de Natureza Profissional prestei cuidados tendo em conta um adequado acolhimento da criança/família transmitindo segurança e apoio. Em contexto hospitalar, surgiu a preocupação em minimizar o impacto do internamento, recorrendo a terapias complementares e gerindo a dor com medidas não farmacológicas.

Em todos os contextos, foi promovida a parentalidade, de forma a proporcionar a assunção dos papéis parentais, favorecedora de um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Foi estabelecida uma comunicação eficaz com a criança/família, adaptando a linguagem a todas as faixas etárias, segundo o estrato social, a etnia e a cultura desta.

Tomei a iniciativa e fui criativa na resolução de problemas na área de especialização, abordei questões complexas relacionadas com a criança e os pais. De modo sistemático, fui aprimorando a reflexão sobre a prática de forma crítica, e a procura da justificação das práticas de enfermagem com a melhor evidência.

Foi minha pretensão, contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da “termorregulação comprometida-febre: promoção da parentalidade”, no sentido de implementar as atividades planeadas no projeto de desenvolvimento profissional, de modo a desenvolver competências de EESIP e, ainda, competências de conceção e documentação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e mãe/pai com especial enfoque na termorregulação comprometida: febre. Considero ter atingido os objetivos específicos a que me propus, evidenciando a pesquisa aprofundada sobre a temática, assim como, o desenvolvimento de conhecimentos e competências promotoras da parentalidade, de competências na gestão de funções vitais, e o aprimorar das competências de conceção de cuidados com enfoque na febre.

Destaco, também, a elaboração de um documento teórico síntese do conhecimento adquirido sobre a temática intitulado “Medidas gerais e específicas na criança com febre”, baseado na evidência científica. Durante este percurso, tive oportunidade de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nos serviços onde estagiei. Concretamente, destaco a implementação das medidas gerais e específicas na criança com febre, no exercício profissional dos enfermeiros, em contexto de SUP.

Este projeto, de desenvolvimento profissional, foi um trabalho árduo onde houve partilha e discussão, constante e permanente, no âmbito da orientação tutorial e dos seminários, acompanhada por especialistas na área, o que permitiu a validação do processo de construção e implementação do projeto face aos problemas e necessidades identificadas nos contextos da prática.

Todavia, ficou em aberto a concretização de uma análise de dados relativa às crianças com febre, nomeadamente, faixa etária predominante, dia da febre em que recorrem ao serviço de saúde e sinais de alarme (caso os apresentem). Esta análise permitirá incidir sobre o grupo parental em questão, sendo fundamental capacitar os pais na abordagem e medidas gerais e específicas da febre, de forma a diminuir a ansiedade e melhorar a prestação de cuidados à criança febril e, assim, obter ganhos em saúde.

A apreciação global destes Estágios de Natureza Profissional, assim como das unidades curriculares em contexto académico, é deveras positiva, por me ter permitido consolidar

conhecimentos basilares para o desenvolvimento e alcance das competências especializadas em EESIP. Não obstante, gostava de evidenciar algumas dificuldades, próprias do processo de formação, mas que me permitiram atingir as competências de EESIP, o que se traduziu numa conduta progressivamente mais organizada, crítica, autónoma e fundamentada. Dessas dificuldades, destaco a gestão do tempo, a conciliação dos Estágios de Natureza Profissional com a atividade profissional e pessoal, ultrapassada pela determinação, foco, e o apoio contínuo dos colegas de trabalho e família.

Neste processo formativo, a reflexão na ação deu a oportunidade de absorver os melhores contributos e saberes, mas também de partilhá-los com aqueles com quem trabalhamos, com quem experienciamos, e sobretudo com quem também aprendemos num processo recíproco. Por isso, não posso deixar de enaltecer os enfermeiros e a equipa multidisciplinar de todos os serviços do Estágio de Natureza Profissional, que com o apoio, a disponibilidade e os excelentes alicerces teóricos e técnicos, se traduziram numa mais-valia no aperfeiçoamento dos meus conhecimentos e competências especializadas.

A excelência no cuidado é um caminho de conhecimento e desenvolvimento que se constrói e se sedimenta ao longo do tempo, e muito depende do empenho, da dedicação e da resiliência do profissional. Desta forma, a formação especializada adota um papel basilar e, no final desta etapa, assumi o compromisso de prosseguir, diariamente, na procura contínua da excelência dos cuidados de enfermagem e na dignificação da profissão.

Pelas características particulares inerentes a cada contexto de Estágio de Natureza Profissional, além de ter interesse em adquirir novas experiências clínicas ou técnicas, tinha a ânsia em aprimorar a capacidade de mobilizar para a prática os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos e, principalmente, aplicar as experiências, os saberes e as competências apreendidas decorrentes da componente académica, profissional e dos Estágios de Natureza Profissional. Por outro lado, e se não o mais importante, estimular o desenvolvimento do pensamento crítico, favorecedor de uma postura mais sólida na tomada de decisão, tão característica e diferenciadora do enfermeiro especialista. Crossetti et al. (2014, p. 56) corrobora, mencionando que pensamento crítico é uma

*“competência básica dos enfermeiros para estruturar o processo de enfermagem e resolver os problemas dos doentes, contribuindo para a prestação de cuidados seguros e eficazes, onde a tomada de decisão deve ser precisa, pois é um processo sistemático de avaliação e de julgamento que compreende habilidades cognitivas e comportamentais inerentes ao pensamento crítico”.*

Para o alcance dessas premissas foi essencial o constante apoio, a reflexão e a discussão de situações pertinentes com os tutores do Estágio de Natureza Profissional e as docentes orientadoras em contexto académico. Gostava de salientar que em todos os Estágios de Natureza Profissional, houve a possibilidade de partilha de experiências, conversas informais,

possibilitando a partilha de saberes e necessidades de intervenções de enfermagem, perante a identificação de um determinado problema, de modo a facilitar a seleção de atividades das mesmas.

Tendo presente este princípio, o Estágio de Natureza Profissional assume um papel fundamental no processo de formação especializada, com experiências que permitem, ampliar não só o conhecimento teórico, mas também o conhecimento prático, a tomada de decisão sustentada na melhor evidência, e o conhecimento humanizado e responsável, em suma, um corpo de saberes a nível do “saber-saber”, do “saber-fazer”, do “saber-ser” e do “saber-estar” (Nunes, 2015). Para isso, considero que os estudos de caso, explanados no presente documento, trouxeram-me um pensamento crítico-reflexivo na conceção de cuidados, assim como, o refletir das intervenções implementadas suportadas pela evidência científica.

Não poderia deixar de mencionar que estes Estágios de Natureza Profissional permitiram-me olhar para a enfermeira generalista que sou e a enfermeira especialista que procuro ser, reduzindo esta diferença. Pugnei por ser responsável pela humanização dos cuidados, mas também sinto que agora sou mais capaz de antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar. Isto porque, o cuidado de enfermagem competente começa com o entendimento sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, mas é realçado pela perceção do desenvolvimento infantil, da dinâmica familiar e das habilidades de comunicação (Hockenberry, 2021).

Posso afirmar que Ser Enfermeiro na área de SIP é extremamente exigente, pois os avanços científicos da nossa era, exigem atualização constante de conhecimentos e fundamentação científica, ou seja, espera-se de um enfermeiro uma Prática Baseada na Evidência. Simultaneamente, exige inúmeras competências relacionais e humanas, de modo a apoiar as crianças e os pais na vivência da transição e no exercício da parentalidade, na saúde-doença, na doença crónica e/ou rara, na condição de fragilidade ou especial dos filhos. Portanto, sinto-me feliz, concretizada e grata porque consegui aperfeiçoar, o “saber-ser”, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, de modo, a prestar cuidados de qualidade junto da população pediátrica e pais.

Considero que este documento expressa e descreve de forma reflexiva e crítica todo o processo de aprendizagem e, por conseguinte, possa espelhar as competências comuns e específicas de SIP. Gostava de evidenciar que alcancei estas competências tendo por base uma componente técnica e científica, nunca esquecendo a componente humana, consistindo numa atuação rápida e eficaz tendo sempre em conta a criança/pais conduzindo a uma humanização do cuidar.

Não poderia terminar esta síntese sem destacar que encontrei pessoas que me fizeram crescer enquanto profissional, mas sobretudo enquanto pessoa. De relevar a ajuda imprescindível da minha orientadora Professora Doutora Paula Sousa, sempre disponível para me ajudar e orientar rumo ao “caminho” certo, com a sua perícia e análise crítica, contribuiu para que eu termine este percurso com uma maturidade e conhecimento acrescido. Não esquecendo, a ajuda

indispensável na revisão da escrita pela minha coorientadora, Professora Júlia Neto, além das suas palavras bondosas e carinhosas de incentivo, de estímulo e de apoio.

## 9. BIBLIOGRAFIA

Abolfotouh, M., Salam, M., Bani-Mustafa, A., White, D., & Balkhy, H. (2014). Prospective study of incidence and predictors of peripheral intravenous catheter-induced complications. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 10, 993-1001. <https://doi.org/110.2147/TCRM.S74685>

Aliança para a Saúde Populacional (2021). Qual a importância da equipe multidisciplinar na gestão da saúde. <https://asapsaude.org.br/jornada-de-gsp/qual-a-importancia-da-equipe-multidisciplinar-na-gestao-da-saude/3659/>

Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita domiciliária no pós-parto. <http://hdl.handle.net/10400.19/4033>

Almeida, S. (2020). Hiperutilizadores num hospital pediátrico português nível 3. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97651/1/Dissertação%20MIM%20-%20Ana%20Sofia%20Costa%20Almeida%2C%202017273926.pdf>

Alves, L. (2020). Erik Erikson: Os estágios psicossociais do desenvolvimento. Ensaios e Notas. <https://ensaiosnotas.com/2020/06/13/erik-erikson-os-estagios-psicossociais-do-desenvolvimento/>

Alves, R. (2021). Cuidar para a promoção da saúde. <https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37367/1/Raquel%20%20C3%89vora%20Andrade%20Alves%20-%2026.02.2021.pdf>

American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee (2003). Clinical policy for children younger than three years. [https://doi.org/10.1067/s0196-0644\(03\)00628-0](https://doi.org/10.1067/s0196-0644(03)00628-0)

Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. 17 (1), 16-21

Aquilano, N., Chase, B., & Jacobs, F. (2006). *Administração da produção e operações para vantagens competitivas*. McGraw Hill

Araújo, G., Junior, E. Oliveira, C., & Oliveira, F. (2019). A concepção behaviorista de Pavlov e Watson: implicações na educação profissional. <https://periodicos.ifsertao-pe.edu.br/ojs2/index.php/semiaridodevisu/article/view/1060>

ARS Norte (2016). Perfil Local de Saúde.

[https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/QUEM%20SERVIMOS/PeLS2016\\_A21\\_AltoMinho.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/QUEM%20SERVIMOS/PeLS2016_A21_AltoMinho.pdf)

Askin, D., & Wilson, D. (2014). *Recém-nascido de alto risco e a família*. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da criança e do adolescente* (9.ª ed., p. 331-411). Lusociência.

Associação Portuguesa de Nutrição (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias.

[https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000\\_DIAS\\_EBOOK-2706.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf)

Associação Portuguesa do Sono. (2020). Higiene do sono da criança e do adolescente.

<https://www.apsono.com/pt/noticias/14-centro-de-documentacao/material-pedagogico/52-higien-e-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Associação Psicanalítica Internacional (2022). Sobre a psicanálise.

[https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.ipa.world/IPA/IPA\\_Docs/Portuguese\\_about.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.ipa.world/IPA/IPA_Docs/Portuguese_about.pdf)

Balest, A. (2022). Recém-nascidos prematuros (pré-termo).

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-infantil/problemas-gerais-em-rec%C3%A9m-nascidos/rec%C3%A9m-nascido-prematureo>

Barbier, Jean-Marie (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto Editora

Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar*. Climepsi

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lidel

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª. ed.) Quarteto

Bento, M. S., Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2020). A criança-família. Da centralidade dos cuidados à relação de parceria. *Revista Da UI\_IPSantarém*, 8 (1), 276-282.

<https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19898>

Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. <https://doi.org/10.1787/18152015>

Blauw, M., Foxman, B., Wu, J., Rey, J., Kothari, N., & Malani, A. (2019). Risk factors and outcomes associated with hospital-onset peripheral intravenous catheter-associated staphylococcus aureus bacteremia. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz111>

BMJ Best Practice. (2022). Hipotermia acidental. <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/654>

Boles, J. (2016). Preparing children and families for procedures or surgery. *Pediatric Nursing*. 43 (3), 147-149. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27468519/>

Botelho, G., Gonçalves, C., Bela, N., & Gomes, S. (2019). High-users of Pediatric Emergency

Room: Who, How and Why. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 50, p. 88-92. <https://doi.org/10.25754/pjp.2019.14823>

Branco, L. (2016). Termorregulação. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733036/mod\\_resource/content/2/Anexo%206%20-%20Capitulo%2022%20Termorregula%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733036/mod_resource/content/2/Anexo%206%20-%20Capitulo%2022%20Termorregula%C3%A7%C3%A3o.pdf)

Branco, M., Silva, G., & Oliveira, M. (2004). "ALTE" no Período Neonatal. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>

Bretherton, I., Munholland, K. (1999) Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In: CASSIDY, J. & SHAVER, P. (Orgs.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. London: *The Guildford Press*. pp. 89-114.

Bustinduy, A., Ster, I., Shaw, R., Adam, I., Thiagarajan, J., Beynon, R., & Network, C. (2017). Predictors of fever-related admissions to a paediatric assessment unit, ward and reattendances in a South London emergency department: the CABIN 2 study. *BMJ Journals. Archives Disease in Childhood* 102(1). <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-310494>

Cabral, J. M. (2012). Necessidades dos pais da criança submetida a cirurgia cardíaca após o regresso a casa: Intervenção de Enfermagem. Dissertação de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10400.26/9308>

Calasans, A. (2006). A dor no recém-nascido no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Salvador. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, março-abril, 65 (2), 269-275. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200011>

Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLogos*, 15 (1), p. 91-101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>

Cappleman, J. (2004). Community neonatal nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (2), 167-174. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03184.x>

Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 11-20. <https://doi.org/10.12707/RIV14012>

Carson, C. Kelnar, C. (2000). The adolescent with diabetes. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 34 (1),24-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10717876/>

Carvalho, M., & Lucas, P. (2020) A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico: Revisão sistemática da literatura. *Millenium*, 2(11) 57-64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>

Casey, A. (1993). Development and use of partenership modelo of nursing care. In: Glasper, E.

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (6), p. 1058-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cazcarro, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter periférico corto: Revisión de las guías de práctica clínica. *Revista ROL de Enfermería*. 41 (2), 61-66. [https://www.researchgate.net/publication/323323315\\_Las\\_mejores\\_practicas\\_en\\_los\\_cuidados\\_d\\_el\\_cateter\\_periferico\\_corto\\_Revision\\_de\\_las\\_guias\\_de\\_practica\\_clinica](https://www.researchgate.net/publication/323323315_Las_mejores_practicas_en_los_cuidados_d_el_cateter_periferico_corto_Revision_de_las_guias_de_practica_clinica)
- Centers for Disease Control and Prevention (2021). [https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/other-lang/Brazilian-Portuguese-Checklists\\_LTSAE-P.pdf](https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/other-lang/Brazilian-Portuguese-Checklists_LTSAE-P.pdf)
- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE (2021). Relatório de Gestão. <https://www.chedv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/26/2022/05/RGC2021.pdf>
- Cerqueira, C., Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. 25-38. Lidel
- Charepe, Z. (2020). *A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante*. Lidel
- Chiappini, E., Parretti, A., Becherucci, P., Pierattelli, M., Bonsignori, F., & Martino, L. (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatric*. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-97>
- Chick, N., Meleis, A. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. University of Pennsylvania. <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Clericetti, C., Milani, G., Bianchetti, M., Simonetti, G., Fossali, E., Balestra, A., Agostoni, C., Bozzini, M., & Lava, S. (2019). Systematic review finds that fever phobia is a worldwide issue among caregivers and healthcare providers. *Acta Paediatric*. <https://doi.org/10.1111/apa.14739>
- Committee on Hospital Care, American Academy of Pediatrics (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112, 691-697. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12949306/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. [http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf)
- Cordeiro, C. (2013). *Febre e antipiréticos em pediatria - quando e quais usar?* Trabalho final de mestrado integrado em Medicina. <https://hdl.handle.net/10316/29206>
- Correia, C. Q. de O. S., Mendonça, A., & Souza, N. (2014). Produção científica sobre ruídos na unidade de terapia intensiva neonatal: *Revisão integrativa*, 8, 2406-2412
- Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: Have parental

misconceptions about fever changed in 20 years. *Pediatrics*, 107 (6), 1241-1246. <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1241>

Damani, N. (2012). *Manual of Infection Prevention and Control*. 3ª ed. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs035>

Decreto Lei nº 71/2019, de 27 de maio do Diário da República (2019). Regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional. Diário da República, 1.ª série, n.º

101. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Decreto-Lei n.º 48/95 (2024) do Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-66003873>

Decreto-Lei n.º 71/2019 do Diário da República, n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Demir, F., & Sekreter, O. (2012). Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians regarding fever in children: a cross sectional study. *Italian Journal of Pediatrics*, 38(40). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-38-40>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). 2.ª série, n.º 153 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde (2015). 2.ª série, n.º 102, 27 de maio de 2015. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 7539/2017 do Ministério da Saúde (2017). 2.ª série, n.º 164 <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2017/08/2S164A0000S00.pdf>

Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/49>

Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73/49>

Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

Direção-Geral da Saúde (2010). Dor na criança; avaliação; escalas de avaliação, n.º 14/2010. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma n.º 010/2013 de 31/05/2013.

<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma n.º 015/2015 de 12/08/2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300032>

Direção-Geral da Saúde (2018). Febre na criança e no adolescente: Definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores.

[https://www.sip-spp.pt/media/rhlp2c3s/febre-definic-a-o-medic-a-o-e-ensino-aos-familiares\\_cuidadores-2018-dgs.pdf](https://www.sip-spp.pt/media/rhlp2c3s/febre-definic-a-o-medic-a-o-e-ensino-aos-familiares_cuidadores-2018-dgs.pdf)

Direção-Geral da Saúde (2018). Folheto informativo para pais e cuidadores: febre na criança/adolescente.

<https://www.sip-spp.pt/media/rkejjil4/febre-folheto-informativo-para-pais-e-cuidadores-2018-dgs.pdf>

Direção Geral de Saúde (2019a). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos.

<http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2019b). Teste de diagnóstico antigénico rápido (TDAR) do Streptococcus grupo A. DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.

[https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)

Duffy, E. (2019). Health promotion of the toddler and family. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, WONG'S Nursing Care of Infants and Children. 11.ª ed., p. 393-493. Elsevier

European Academy of Allergy and Clinical Immunology, guideline (2020). Preventing the development of food allergy in infants and young children.

[https://hub.eaaci.org/resources\\_guidelines/eaaci-guideline-preventing-the-development-of-food-allergy-in-infants-and-young-children-2020-update-2/](https://hub.eaaci.org/resources_guidelines/eaaci-guideline-preventing-the-development-of-food-allergy-in-infants-and-young-children-2020-update-2/)

Einloft, P., Gonçalves, D. (2018). Febre em Pediatria. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882664/febre-em-pediatria.pdf>

Escada, A. (2014). O consentimento e a recusa informados em idade pediátrica. [https://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/07/AnaVideEscadaConsentimento\\_MedicoemIdadePediaticaSPO.pdf](https://www.spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2014/07/AnaVideEscadaConsentimento_MedicoemIdadePediaticaSPO.pdf)

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2020). Plataforma *e4Nursing*.

<https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>

Estrela, M. T. (1992). *Relação pedagógica, disciplina e indisciplina na aula*. Porto Editora

Eurodis (2020). What is a rare disease?. <https://www.eurordis.org/pt-pt/what-is-a-rare-disease/>

European Medicines Agency (2023). Bexsero.

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/bexsero>

European Medicines Agency (2024). Prevenar.

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/prevenar-13>

Fenton, T., Kim, J. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatric*, 13 (59).

<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-59>

Fernandes, V. (2019). Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parentalidade. Mestrado em Enfermagem.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22375/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Mestrado%20-%20Vilma%20Fernandes.pdf>

Ferraz, L. (2017). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro.

[https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=48621&codigo=103](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=48621&codigo=103)

Ferreira, C. A., Pereira, C. O., Santos, D. H., Borges, J. D., & Batalha, L. (2022). Medição da temperatura corporal em crianças: Estudo comparativo entre o método de medição. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (1), e21008. <https://doi.org/10.12707/RV21008>

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). In A. L. Ramos, & M. D. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 159-192). Lidel.

Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, & Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64 (1), 119-32.

<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>

Figueireido, A., Lomba, M., Loureiro, L., & Backes, D. (2020). A resiliência de adolescentes com doença crónica: O papel do enfermeiro na sua promoção. <https://doi.org/10.12707/2182.2883>

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2016). Nurse Competence Scale: A systematic and psychometric review. (John Wiley & Sons Ltd, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*. 73 (5), p. 1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>

Fonseca, A., Santos, L. (2006). *A dor na criança - Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde* (1.ª Ed.) Instituto de Apoio à Criança

- Fonseca, M. (2005). Relatório de atividades e de desenvolvimento profissional.  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9062/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%20M%C2%AA%20Fernanda%20Fonseca.pdf>
- Fortin, F. (1999). *O processo de investigação*. Da concepção à realização. Lusodidacta
- Frazão, P. (2021). Adolescência: História; Conceitos e Tarefas de Desenvolvimento.  
<https://www.catarinalucas.pt/post/adolesc%C3%Aancia-hist%C3%B3ria-conceitos-e-tarefas-de-deseenvolvimento>
- Freitas, S. (2014). Efeito da massagem no recém-nascido. Formasau
- Freitas, C., Preto, E., & Nascimento, C. (2017). Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermaria hospitalar: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV17025>
- Galdiolo, S., Roskam, I. (2012). The transition to parenthood and development of parents' personality and emotional competencies. *International Review of Sociology*, 22 (1), 53-70.  
<https://doi.org/10.1080/03906701.2012.657530>
- Galvão, P., & Cardoso, C. (2017). Enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria e promoção da amamentação após o regresso ao trabalho. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 153-162.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365016.pdf>
- Gaspar, J., Alcoforado, J., Santos, E., & Pereira, D. (2021). O papel dos cuidadores de crianças e jovens em risco, em contexto escolar. *Revista Conhecimento Online*, 1, 112-126. <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.2389>
- Gleitman, H., Reisberg, D., & Fridlund, A. , (2011). *Psicologia. Em O Desenvolvimento Social* (10.ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian
- Gérvás, J., & Fernández, M. (2016). *São e salvo: E livre de intervenções médicas desnecessárias*. Artmed Editora
- Goes, A., & Barros, L. (2019). *Promoção da parentalidade positiva: Intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes* (p. 265-299). Coisas de Ler
- Gomes, F., Amendoeira J., & Matins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/33449>
- Greensmith, L. (2013). Nurses' knowledge of and attitudes towards fever and fever management in one Irish children's hospital. *Journal Child Health Care*, 17(3), 305-316.  
<https://doi.org/10.1177/1367493512461457>

- Guedes, S., Morais, R., Santos, L., Leite, H., Nobre, J., & Santos, J. (2020). A utilização de mídias interativas por crianças na primeira infância: Um estudo epidemiológico. *Revista Paulista de Pediatria*, SP, 38, 1-7. 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018165>
- Haywood, K., Getchell, N. (2004). *Desenvolvimento motor ao longo da vida*. Artmed
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong, Enfermagem da criança e adolescente* (11.ª edição). Lusociência
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7.ª ed.). Mosby
- Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal Clinical of Nursing*, 14 (2), 212-222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x>
- Infarmed (2021). Ibuprofeno.  
<https://www.infarmed.pt/documents/15786/2106346/Protocolo+dispensa+Ibuprofeno+400mg+v ers%C3%A3o+3/d6a0d5bc-a13d-8149-efb7-86682494fa9d>
- Instituto Nacional de Emergência médica (2020). Suporte avançado de vida.  
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Manual-SIV-8h.pdf>
- Instituto Nacional de Estatísticas (2021). Censos 2021.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_cookies](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cookies)
- International Council of Nurses (2019). ICNP Browser.  
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Ishimine, P. (2023). Assessment of fever in children. *BMJ Best Practice*.  
<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/692>
- Jacinto, A., Avelar, A., Wilson, A., & Pedreira, M. (2014). Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em crianças: Estudo de fatores predisponentes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), 220-226.  
<https://www.scielo.br/lj/ean/a/8H87JH7xDCpBTBQCjrHKSh/?format=pdf&lang=pt>
- Jacob, E. (2014). Avaliação e gestão da dor na criança. In M. Hockenberry; & D. Wilson (Eds.). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9.ª ed. , p. 188-234). Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9.ª Edition). Mosby Elsevier)
- Jones H., & Santamaria N. (2018). Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with their neonate, in a neonatal intensive special care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32 (3), 1012-1017. <https://doi.org/10.1111/scs.12543>

- Kemper, D., & Mettler, M. (2006). Information Therapy: The strategic role of prescribed information in disease selfmanagement. *Conference Paper of Internacional Council of Medical and Care Compunetics*, 121, 373-384. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095835/>
- Kim, B., Kim, J., Choi, S., & Yoon, Y. (2018). Understanding the characteristics of recurrent visits to the emergency department by paediatric patients: a retrospective observational study conducted at three tertiary hospitals in Korea. *BMJ Open*, 8 (2), e018208. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018208>
- Kool, M., Elshout, G., Moll, H. A., Koes, B. W., Van Der Wouden, J. C., & Berger, M. Y. (2013). Duration of fever and course of symptoms in young febrile children presenting with uncomplicated illness. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26 (4), 445-452. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.04.120265>
- Lanzlinger, D. (2019). Reduction in recurrence of febrile seizures with paracetamol use. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55 (1), 116-116. <https://doi.org/10.1111/jpc.14324>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República (2015). Diário da República, 1.ª série, n.º 181 de 16 de setembro de 2015. <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Limberty, M., Condessa, L., Cardoso, C., Torres, E., Deuchande, S., & Fialho, M. (s.d.). Um caso de hipertermia num adolescente - será apenas golpe de calor? <https://spp.eventkey.pt/reports/reports.aspx?ref=resumofinal1&evento=11&formulario=33&render=pagina&cod=10047&chave=0025498E12>
- Linhares, M., & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>
- Logan, R. M., & Dormire, S. (2018). Finding my way - A phenomenology of fathering in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 18 (2), 154-162. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000471>
- Lopes, C., & Almeida, C. (2019). *Literacia em saúde na prática*. Edições ISPA
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Inesctec*. Ordem do Enfermeiros. 5-6. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf)
- Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: Perspetiva dos enfermeiros*. (Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9376>
- Marchetti, D., & Moreira, M. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real

pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Revista Psicologia e Saúde*, 7 (1), 82-89.

<https://doi.org/10.20435/pssa.v7i1.408>

Marino, B. L., & Marino, E. K. (2000). Parents' report of children's hospital care: What it means for your practice. *Pediatric Nursing*, 26 (2), 195-198.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026276>

Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34 (1), 37-44.

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>

Martins, A., Pinto, A., Cidolina, L., Pimentel, E., Fonseca, J., André, M., Almeida, M., Mendes, O., & Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem* 12 (2), <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/7>

Martins, C. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem*. (Tese de doutoramento não publicada).

Universidade de Lisboa <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/9420>

Matos, M. M (2020). Reuniões de pais e outras questões sobre trabalho com famílias: Que estratégias de comunicação?

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39602/1/VERSA%CC%83O%20DEFINITIVA%20-%20RELATO%CC%81RIO%20DE%20INVESTIGAC%CC%A7A%CC%83O.pdf>

Mazin, G. (2023). Aspectos da Segunda Infância 3 aos 6 anos - Desenvolvimento Humano.

<https://psicoeduca.com.br/psicologia/desenvolvimento-humano/292-aspectos-da-segunda-infancia-desenvolvimento-humano>

McElfresh, P.B., & Merck, T.T. (2014). In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong - fundamentos de enfermagem pediátrica* (9.ª Ed.). Elsevier

Medeiros, A., Oliveira, A., Fernandes, A., Guardachoni, G., Aquino, J., & Rubinick, M., Zveibil, N., Gabriel, T., (2011). Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23 (1), 57-65. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000100013>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mello, P., Carvalho, F. (2018). Febre e controle da temperatura. In Associação Brasileira de Medicina de Emergência, H. P. Guimarães, L. A. A. Borges (Eds.). *Promede Programa de Atualização em Medicina de Emergência: Ciclo 1, 2*, 97-118. Artmed Panamericana. <https://cdn.secad.com.br/wp-content/uploads/2020/03/Febre-e-Controle-de-Temperatura-PROME-DE.pdf>

Mendes, M., Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à prática dos enfermeiros. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%2520nos%2520cuidados%2520de%2520enfermagem%2520em%2520pediatria.pdf>

Menegueço, B. (2019). Viroses em crianças: 10 dúvidas mais comuns. <https://revistacrescer.globo.com/Crianças/Saude/noticia/2013/02/virose-em-criancas-10-duvidas-mais-comuns.html>

Merck, T., McElfresh, P. (2019). Family-Centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11.<sup>a</sup> ed., pp. 658-677). Elsevier.

Mettler, M., Kemper D. (2006). Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Study Health Technology Information*, 121, p. 373-83 <http://doi.org/10.1111/j.1479-8077.2005.00132.x>

Miguel, A. (2013). *Gestão moderna de projectos: Melhores técnicas e práticas*. FCA

Miranda, F. (2013). Validação do diagnóstico de enfermagem: eliminação urinária prejudicada com o foco lactentes.

Mitchell, D. (1994). Toward a definition of information therapy. Medical Informatics Fellow. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2247874/pdf/procascamc00001-0097.pdf>

Mitchell, William (1994). *City of bits: space, place and the infobahn*. MIT Press

Monroe, R. A. (2019). Health promotion of the preschooler and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). MO: Mosby Elsevier.

Montanholi, L., Daré, M., Castral, T., & Scochi, C (2022). Autorregulação e conforto materno ao recém-nascido em posição canguru versus sacarose submetidos a punções de calcâneo: ensaio clínico randomizado. *BrJP.*, outubro-dezembro, 5 (4), p. 311-319. <https://www.scielo.br/j/brjp/a/xmQmMjnNhvYt6qPf4ThbTLf/?format=pdf&lang=pt>

Monteiro, A., Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Eds. ), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1.<sup>a</sup> ed., p. 33-38). Lidel.

Murahovschi, J. (2003). Fever in pediatric office practice.

<https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000700007>

Murphy, K. (2014). *Imunobiologia de Janeway* (8.<sup>a</sup> ed.). Artmed Editora

Mustard, J. F. (2009). Early Human Development - Equity from the Start - Latin America. *Revista Latino Americana de Ciências Sociais, Niñez y Juventud*, 7 (2), 639-680.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2009000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000200004)

NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2015-2017. National Institute for health and care excellence. (2021). Feverish illness in children Assessment and initial management in children younger than 5 years.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/chapter/Recommendations#clinicalassessment-of-children-with-fever>

National Institute for Health and Care Excellence (2013 ). Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: Summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 22, 346, f2866. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2866>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23697671/>

Nesti, M, Goldbaum, M. (2007). A creches e pré-escolar e as doenças transmissíveis. *Journal Pediatric*. <https://doi.org/10.2223/JPED.1649>

Novato, T., S., Grossi, S., & Kimura, M. (2008). Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*. 21(4), 562-567.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400005>

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

O'Grady, N.P., Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AG, Rupp ME, Saint S, & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter. Related infections. Centers for disease control. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer conjunto N.º 01/2017 Conselho de enfermagem e mesa de colégio da especialidade de saúde infantil e pediátrica.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE\\_MCEESIP\\_ParecerConjunto\\_01\\_2017\\_ResponsavelTurno\\_Pediatria\\_Coleg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_MCEESIP_ParecerConjunto_01_2017_ResponsavelTurno_Pediatria_Coleg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). Apresentação da Ontologia de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/sess%C3%A3o-solen-e-apresenta%C3%A7%C3%A3o-da-ontologia-de-enfermagem/>

Oliveira, A. (2020). Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do doente. [https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt\\_1980-265X-tce-28-e20180109.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180109.pdf)

Oliveira, J. (2005). *Desenvolvimento psicossocial e estilos de vinculação: Convergência e divergência de percepções de satisfação na família*. (Tese de mestrado, FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Repositório Científico de Acesso Aberto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22930>

Organização Mundial da Saúde (2015). Facamp model United nations.

[https://famun.com.br/2015/em/wp-content/uploads/2015/04/FAMUN-2015\\_OMS.pdf](https://famun.com.br/2015/em/wp-content/uploads/2015/04/FAMUN-2015_OMS.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2016). Literacia em Saúde.

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>

OMS (2018). Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo.

<https://www.paho.org/pt/noticias/1-8-2018-aleitamento-materno-nos-primeiros-anos-vida-salvaram-mais-820-mil-criancas>

Opperman, K. Cassandra (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. p. 415-451.

Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, série I, 1 (3).

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

<https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2021). Ordem dos Enfermeiros lança browser Ontologia de Enfermagem.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lan%C3%A7a-browser-ontologia-de-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. p. 85.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticeesip\\_vol\\_iii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas

no controlo da dor na criança, n.º 6.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf)

Orientação 004/2018 da Direção Geral de Saúde (2018). Febre na Criança e no Adolescente - Definição, Medição e Ensino aos familiares/cuidadores.

[https://www.sip-spp.pt/media/rhlp2c3s/febre-definic-a-o-medic-a-o-e-ensino-aos-familiares\\_cuidadores-2018-dgs.pdf](https://www.sip-spp.pt/media/rhlp2c3s/febre-definic-a-o-medic-a-o-e-ensino-aos-familiares_cuidadores-2018-dgs.pdf)

Orientação n.º 022/2012 de 18 de dezembro de 2012 da DGS (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).

<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>

Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12.ª ed. AMGH Editora Ltda.

Parecer do conselho de enfermagem n.º 95/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Referenciação de utentes/doentes.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5597/parecer-n%C2%BA-95-ce-19032018\\_referencia%C3%A7%C3%A3o-de-utentesdoentes\\_edoc\\_2017\\_22920\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5597/parecer-n%C2%BA-95-ce-19032018_referencia%C3%A7%C3%A3o-de-utentesdoentes_edoc_2017_22920_anonimizado.pdf)

Parecer n.º 6/2017 da Ordem dos Enfermeiros (2017). Aplicação de calor local em seroma provocado por infiltração de soroterapia.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6_2017.pdf)

Parecer n.º 10/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusrn%C2%BAplus10\\_2018\\_31082018\\_mceesip\\_dota%C3%A7%C3%B5espluseseguras\\_iniciativaplusdaplusmesa\\_alt\\_anonimiz.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusrn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5espluseseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf)

Parecer n.º 19/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>

Parreira, P. (2019). Impacto de um curativo e torniquete inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionadas a cateteres intravasculares periféricos: Um estudo intervencionista. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (18), 303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765818/>

Pereira, K. (2022). A Importância da equipe multidisciplinar na intervenção dos Atrasos no desenvolvimento infantil.

<https://revistamedicalys.com.br/a-importancia-da-equipe-multidisciplinar-na-intervencao-dos-atrasos-no-desenvolvimento-infantil/>

asos-no-desenvolvimento-infantil/

Perpétuo, J., Oliveira, M. (2016). A febre em idade pediátrica.

[http://metis.med.up.pt/index.php/A\\_febre\\_em\\_idade\\_pedi%C3%A1trica](http://metis.med.up.pt/index.php/A_febre_em_idade_pedi%C3%A1trica)

Perry, C. (2007). *Infection Prevention and Control*. Oxford: Blackwell Publishing

Pires, A. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 2, 5-20.

<http://sisifo.ie.ulisboa.pt/index.php/sisifo/article/view/48/54>

Pitoli, P., Duarte, B., Fragoso, A., Damaceno, D., & Marin, M. (2021). Fever in children: Parents' search for urgent and emergency services. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26 (2), 445-54.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>

Pölkki, T., Vehviläinen-julkunen, K., & Pietilä, A.M. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380715>

Pombeiro, E. (2012). Manutenção de cateteres vasculares periféricos: um desafio para a equipe de enfermagem. In W. Malagutti, & H. Roehrs (eds.), *Terapia intravenosa: atualidades*, p.117-129. Martinari.

[https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=28920&codigo=497](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=28920&codigo=497)

Programa Nacional de Vacinação da DGS (2023).

<https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/#o-que-e-o-programa-nacional-de-vacinacao>

Purssell, E. (2014). Fever in children-a concept analysis. *Journal of clinical nursing*.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12347>

Raffaelli, G., Orenti, A., Gambino, M., Rios, W., Bianchini, S., & Esposito, S. (2016). Fever and pain Management in childhood: healthcare providers' and parents' adherence to current recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (5), 499. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050499>.

Ramos, M., Canavarro, M., Pedrosa, A., Oliveira, C., & Monteiro, S. (2005). Adaptação paterna para a parentalidade. *Federação Española de Asociaciones de Psicología*. 10 (2).

[https://www.researchgate.net/publication/28083177\\_A\\_adaptacao\\_paterna\\_na\\_transicao\\_para\\_a\\_parentalidade](https://www.researchgate.net/publication/28083177_A_adaptacao_paterna_na_transicao_para_a_parentalidade)

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1.ª Ed. , pp. 118-134). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da

Ordem dos enfermeiros

(2019). [https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot\\_3.pdf](https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf)

Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem n.º 743/2019, de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros (2019).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

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

Especialista. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro. Diário da República, 2.ª série.º 133.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Regulamento n.º 705/2021 (2021). Diário da República n.º 144/2021, 2ª Série. Regulamento dos Cursos de Mestrado em

Enfermagem. <https://dre.tretas.org/dre/4604716/regulamento-705-2021-de-27-de-julho>

Remondes-Costa, S. (2015). O cancro no seio da família. In C. MAIA, , O. M. Fernandes (Eds.). *A família portuguesa no século XXI* (pp. 231-243). Edições Parsifal

Resende, A. (2023). A condição crónica pediátrica: Intervenções de enfermagem à criança com coagulopatia congénita e família. Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49014/1/MESIP\\_10995\\_original.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49014/1/MESIP_10995_original.pdf)

Resumo das características do medicamento (2023). Paracetamol.

[https://ben-u-ron.pt/wp-content/uploads/2023/08/Paracetamol-ben-u-ron\\_RCM.pdf](https://ben-u-ron.pt/wp-content/uploads/2023/08/Paracetamol-ben-u-ron_RCM.pdf)

Ribeiro, M. F., Passos, C., & Pereira, P. (2018). Motivação organizacional: Fatores precursores da motivação do colaborador. *Gestão e Desenvolvimento*, (26), 105-131.

<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2018.657>

Rios, A (2003). Técnicas de sucção nutritiva para recém-nascido prematuro. In I. J. Rios (Ed.). *Conhecimentos essenciais para atender bem em Fonoaudiologia Hospitalar* (pp. 83-86). Pulso Editorial.

Rodrigues, S., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. (2012). Nurses' lifelong learning - Adaptation and validation of the Jeerson Scale. *Cadernos de Saúde*, 5 (1-2), 71-77.

<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2831/2735>

Romeu, C., & Rossit, R. (2022). Trabalho em equipe interprofissional no atendimento à criança com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 28 (4), 639-654. <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0114>

Roteiros de pediatria (2017). Sinais vitais em Pediatria.

<https://www.roteirosdepediatria.com/sinais-vitais>

Rugolo, L. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria by Sociedade Brasileira de Pediatria*, 81(1), 101-110.

<https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000200013>

Salgado, M. (2012). Critérios de alerta na criança com febre.

[https://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes\\_Curso\\_Verao\\_2012/Febre\\_Texto\\_Apoio\\_Pais.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes_Curso_Verao_2012/Febre_Texto_Apoio_Pais.pdf)

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5.<sup>a</sup> ed. Penso Editora.

Sanders, M., Markie-dadds, C., Tully, L., & Bor, W. (2000). The Triple P – Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (4), p. 624-640. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.624>

Santos, J., Lima, M. (2011). Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 32 (4), p. 695-702.

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>

Santos, L. (2019). Imunidade. *Revista crescer*.

<https://revistacrescer.globo.com/Crianças/noticia/2019/05/9-maneiras-de-fortalecer-imunidade-d-o-seu-filho.html>

Saraiva, H., Sousa, A (2022). *Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lidel

Schmitt, B. (1980). Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. 134 (2), 176-181.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7352443/>

Schumacher, K., Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 26 (2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sedrez, E., Monteiro, J. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

<https://www.scielo.br/rjreben/a/MJ7FdLTXpHbHjLYGSY3rcNx/?format=pdf&lang=pt>

Seeley, R. (2016). *Anatomia e Fisiologia*. Mcgraw-Hill.

Sheridan, H., Alamy. (2021). Childhood fever: assessment in primary care. *The pharmaceutical journal*.

<https://pharmaceutical-journal.com/article/ld/childhood-fever-assessment-in-primary-care>

Sheridan, M., Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's from birth to five years: children's developmental progress*. 4.<sup>a</sup> ed. Routledge.

Shonkoff, P., Wood, L., Dobbins, I., Earls, F., Garner, S., & McGuinn L. (2012). The Lifelong

Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*. 129 (1), p. 232-46. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

Silva, A., Oliveira, E., & Mak, R. (2019). Infecção do trato urinário em pediatria: uma visão geral. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.10.006>

Silva, C. (2005). Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência. Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. <https://core.ac.uk/download/pdf/70646923.pdf>

Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S., Carvalho, A., & Teixeira, A. (2022). Manual de saúde e infantil. [https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2022/08/Manual\\_Saude\\_Infantil\\_Juvenil.pdf](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf)

Smeland, A., Rustøen, T., Næss, T., Nybro, L., Lundeberg, S., Reinertsen, H., & Twycross, A. (2019). Children's views on postsurgical pain in recovery units in Norway: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 28, p. 2157-2170. <https://doi.org/10.1111/jocn.14788>

SNS (2023). Amamentação. Soares, G. (2013). O Comportamentalismo de Pavlov, Watson e Skinner. <http://psicologiadeducacao-portfolio.blogspot.com/2013/02/o-comportamentalismo-de-pavlov-watson-e.html>

Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem*. (Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar) Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/7175>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016). Nascer prematuro em Portugal. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2001). Alimentação e nutrição do lactente. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao\\_Nutricao\\_Lactente.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2008). Critérios de Alerta na Criança com Febre. [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes\\_Curso\\_Verao\\_2012/Febre\\_Texto\\_Apoio\\_Pais.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes_Curso_Verao_2012/Febre_Texto_Apoio_Pais.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). Amigdalite. <https://www.sip-spp.pt/media/iy3l3aw2/amigdalite-2012-dgs.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2018). Doenças infecciosas em crianças. [https://www.spp.pt/UserFiles/File/Pais/doencas\\_infecciosas\\_SAPO\\_dramariajoaobrito\[1\].pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/File/Pais/doencas_infecciosas_SAPO_dramariajoaobrito[1].pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2022). Obstipação. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria(2021). Convulsões Febris.

[http://criancaefamilia.spp.pt/media/138553/Convulsoes\\_Febris.pdf](http://criancaefamilia.spp.pt/media/138553/Convulsoes_Febris.pdf)

Sousa, P. (2009). Hospitalização: Efeitos na criança e estratégias de enfermagem. ESEP

Sousa, P. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: Uma revisão da literatura. *Revista Oncológica SPEO*, 10, 11-27.

<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/11580/12366>

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. [Tese de doutoramento não publicada]. Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.

<http://hdl.handle.net/10400.14/13972>

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos De Saúde*, 15 (1), p. 4-17.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Souza, J. M., Veríssimo, M. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), p. 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Souza, M., Damião, E., Buchhorn, S., & Rossato, L. (2021). Manejo não farmacológico da febre e hipertermia da criança: revisão integrativa. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00743>

Souza, S. (2014). Avaliação da educação infantil: Propostas em debate no Brasil. *Interacções*, n.º 32. <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/33550/html>

Sprinthall, N., & Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian

Strapasson, R., & Nedel, M. (2010). Puerpério imediato: Desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31 (3), 521-528. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016>

Sullivan, J., Farrar, H., Therapeutics, t. S., & Drugs, C. (2011). Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*, 127 (3). <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3852>

Tan, E, Beck, S., Haskell, L., Mackean, A., Rogan, A., Than, M., & Dalziel, S. (2022). Paediatric fever management practices and antipyretic use among doctors and nurses in New Zealand emergency departments. *Emergency Medicine Australasia*, 34, p. 943-953. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14022>

Tavares, P. (2020). No contexto do internamento. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*, 95-103. Lidel

Teixeira, Sebastião. (2013). *Gestão das organizações*. 3ª ed. Escolar Editora

Thomas, R. K. (2006). *Health communication*. Springer Science

Thompson, H.J., Kagan, S.H. (2011). Clinical management of fever by nurses: doing what works. *Journal of Advanced Nursing*. 67 (2), 359-70.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05506.x>

UNICEF (2012). Manual de aleitamento materno.

<https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278- 295. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Walter, J., Hanna-Jumma, S., Carraretto, M., Forni, L. (2016). The pathophysiological basis and consequences of fever. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1375-5>

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018).

Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

World Health Organization (2017). Newborns: reducing mortality.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>