

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR
EM IDADE PEDIÁTRICA**

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

Autor

Marta Alexandra da Costa Feio

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

**TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR
EM IDADE PEDIÁTRICA**

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

**NON-PHARMACOLOGICAL TECHNIQUES FOR
PAIN RELIEF IN PEDIATRIC AGE**

Specialized clinical skills development project in Child and Pediatric
Health Nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

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

Maria da Conceição Marinho de Sousa Ribeiro
Oliveira Reisinho
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Marta Alexandra da Costa Feio

Porto, 2024

RESUMO

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresenta o desafio de assistir as crianças/adolescentes e seus pais nos seus processos de vida e na gestão do seu processo de transição, permitindo ajudar a lidar com as transições que estão a vivenciar, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

É essencial o investimento no desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem eficaz, segura e de qualidade, de forma a garantir a melhor resposta às necessidades da criança e aos seus pais

Este relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e explana, de uma forma crítica e reflexiva o caminho realizado para a aquisição das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista como preconizado nos Regulamentos nº140/2019 e nº422/2018, através da concretização de atividades desenvolvidas nos estágios em contexto de cuidados diferenciados e em contextos de cuidados de saúde primários.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica inclui no seu perfil de competências a gestão diferenciada da dor da criança/adolescente, através da execução de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor. Esta temática é uma área do conhecimento específico do meu interesse e foi neste contexto que decorreu o projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, que neste mestrado fui incentivada a desenvolver.

No âmbito deste projeto, foram executadas técnicas não farmacológicas; observadas as técnicas não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros; realizada uma sessão de formação em serviço na Unidade de Cuidados na Comunidade sobre a conceção de cuidados de enfermagem perante uma criança com dor; sistematizadas vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação de cada técnica não farmacológica; discutidos três planeamentos de cuidados, tendo em conta o foco dor e a prescrição de técnicas não farmacológicas; e avaliadas e identificadas as necessidades de conhecimento da criança e pais, em relação ao uso das técnicas não farmacológicas.

Para a explanação da conceção de cuidados recorri à plataforma E4Nursing, criada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, e à plataforma de pesquisa EBSCOhost nomeadamente, nas bases de dados Medline Complete e Cochrane Complete, aos livros, normas e guias orientadores para a procura de evidência científica.

Assim, no presente relatório são expostas as implicações deste percurso de aprendizagem para

a prática de enfermagem e sugeridas algumas intervenções para a melhoria contínua da qualidade de cuidados. Este documento formal está organizado em três partes que, entre outros aspectos, reportam o trajeto de desenvolvimento do projeto delineado, a caracterização dos contextos onde decorreu a prática clínica, os estudos de caso desenvolvidos em cada contexto, bem como o nível de concretização das diferentes competências.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem; Dor; Intervenções Não Farmacológicas de alívio da dor.

ABSTRACT

Paediatric and Childcare Nursing presents the challenge of assisting children/adolescents and their parents in their life processes and in managing their transition process, allowing them to help deal with the transitions they are experiencing, improving the quality of care provided.

It is essential to invest in the development of skills to provide effective, safe and quality nursing care, in order to guarantee the best response to the needs of the child and their parents.

This report was prepared within the scope of the Master's Degree in Paediatric and Childcare Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto and explains, in a critical and reflective way, the path taken to acquire the common and specific skills of a Specialist Nurse as recommended in Regulations nº 140 /2019 and nº429/2018, through the implementation of activities developed in internships in the context of differentiated care and in primary health care contexts.

The Paediatric and Childcare Nursing includes in their skills profile the differentiated management of child/adolescent pain, through the implementation of non-pharmacological techniques for pain relief. This theme is an area of knowledge specific to my interest and it was in this context that the project to develop specialized clinical skills took place, which in this master's degree I was encouraged to develop.

Within the scope of this project, non-pharmacological techniques were implemented; observed the non-pharmacological techniques used by nurses; an in-service training session was held at the Community Care Unit on the design of nursing care for a child in pain; systematized advantages, disadvantages, recommendation criteria, non-recommendation criteria for each non-pharmacological technique; three care plans were discussed, taking into account the focus on pain and the prescription of non-pharmacological techniques; and the knowledge needs of children and parents were assessed and identified in relation to the use of non-pharmacological techniques.

To explain the design of care, I used the E4Nursing platform, created by the Escola Superior de Enfermagem do Porto, and the EBSCOhost research platform, namely, in the Medline Complete and Cochrane Complete databases, books, standards and guides for searching for scientific evidence.

Therefore, this report explains the implications of this learning path for nursing practice and suggests some interventions for continuous improvement in the quality of care. This formal document is organized into three parts, which, among other aspects, report the development

path of the outlined project, the characterization of the contexts where it took place clinical practice, case studies developed in each context, as well as the level of implementation of different skills.

Keywords: Skills; Nursing; Pain; Non-Pharmacological Pain Relief Interventions;

ABREVIATURAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

DM - Diabetes Mellitus

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EEESCP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Pública

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

E4Nursing - Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing

IMC - índice de Massa Corporal

ITU - Infecções do trato urinário

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

RN - Recém-Nascido

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória

SNC - Sistema Nervoso Central

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TCE - Traumatismo Crânioencefálico

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UDC - Unidade de Decisão Clínica

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. CASO CLÍNICO 1 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA	31
3.1. Enquadramento teórico	31
3.2. Clientes	33
3.3. Medicação	34
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	34
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	36
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	38
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	41
3.7. Especificação das intervenções	44
3.8. Síntese relativa ao caso	45
4. CASO CLÍNICO 2 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM PEDIATRIA	51
4.1. Enquadramento teórico	51
4.2. Clientes	55
4.3. Medicação	56
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	56
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	58
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	59
4.5. Domínios	59
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	60
4.6. Conceção de Cuidados	65
4.7. Especificação das intervenções	70
4.8. Síntese relativa ao caso	71
5. CASO CLÍNICO 3 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL	77
5.1. Enquadramento teórico	77
5.2. Clientes	81
5.3. Medicação	82
5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	82
5.4. Domínios	83
5.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	83
5.5. Conceção de Cuidados	85
5.6. Especificação das intervenções	90

5.7. Síntese relativa ao caso	93
6. CASO CLÍNICO 4 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS	99
6.1. Enquadramento teórico	99
6.2. Clientes	103
6.3. Medicação	103
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	104
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	107
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	108
6.5. Domínios	109
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	109
6.6. Conceção de Cuidados	114
6.7. Especificação das intervenções	119
6.8. Síntese relativa ao caso	121
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	127
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	155
9. BIBLIOGRAFIA	159

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Desenvolvimento da competência "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde", de acordo com as atividades realizadas.....	143
Tabela 2 - Desenvolvimento da competência "Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade", de acordo com as atividades realizadas.....	144
Tabela 3 - Desenvolvimento da competência "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem", de acordo com as atividades realizadas.....	145
Tabela 4 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Música".....	150
Tabela 5 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Distração".....	151
Tabela 6 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Presença e contacto dos pais".....	151
Tabela 7 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Gestão do ambiente".....	151
Tabela 8 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Relaxamento".....	152
Tabela 9 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Massagem".....	152
Tabela 10 - Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Posicionamento".....	152
Tabela 11 - Aspectos relacionados com a capacidade, a autoeficácia e os significados para a promoção do papel parental especial na gestão da dor, no cliente mãe/pai.....	153

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este documento, sob a forma de relatório de estágio, representa um elemento central do percurso realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), com vista à obtenção do grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), no ano letivo 2023/2024, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). No percurso de desenvolvimento de competências, foi realizado um "Estágio de Natureza Profissional com Relatório" (módulo I e módulo II).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021), preconiza-se a realização de um relatório, com o objetivo de descrever as atividades desenvolvidas, ao longo do estágio, e com vista à demonstração da aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este relatório procura representar o que emergiu das Unidades Curriculares "Estágio de natureza Profissional com relatório" (Módulo I - 15 ECTS e Módulo II - 30 ECTS), com particular enfoque no processo de desenvolvimento de competências, comuns e específicas, do Enfermeiro Especialista. O estágio de natureza profissional decorreu entre 29 de março de 2023 a 27 de junho de 2023 e de 18 de setembro de 2023 a 31 de janeiro de 2024, em quatro contextos clínicos: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Internamento em Pediatria, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

O relatório é constituído por oito capítulos. No primeiro capítulo, encontra-se esta introdução; o segundo capítulo descreve a caracterização dos diversos contextos clínicos (recursos físicos e humanos, métodos de trabalho, modelo de trabalho, projetos de melhoria contínua e protocolos orientados para a ação dos enfermeiros); o terceiro, quarto, quinto e sexto capítulos expressam os quatro casos clínicos que são representativos da conceção de cuidados nos referidos contextos clínicos; o sétimo capítulo recai sobre o desenvolvimento das competências do EEESIP, através das atividades concretizadas nos ensinos clínicos; no oitavo capítulo, será apresentada uma síntese final, com vista a uma análise crítico-reflexiva sobre os resultados do percurso de aprendizagem, ao longo do estágio e das aulas de orientação tutorial.

Para a concretização das atividades, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, através da plataforma de pesquisa EBSCOhost®, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), em livros, normas da Direção-Geral de Saúde (DGS) e protocolos. Para a documentação da conceção de cuidados e do presente relatório, utilizei a plataforma Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing (E4Nursing) criada pela ESEP.

Relativamente à documentação da conceção de cuidados e dado o carácter inovador da

plataforma E4Nursing, importa referir alguns aspetos e conceitos comuns, que são transversais aos casos clínicos documentados. Os dados de caracterização pessoais utilizados na documentação da conceção cuidados são fictícios, de modo a não ser possível a identificação dos clientes.

Para cada caso clínico foram documentadas 2 sessões e importa esclarecer que o conceito de sessão corresponde ao momento em que se realiza a documentação da conceção de cuidados relativa às necessidades dos clientes.

Os planos de cuidados são quatro e estão organizados por cada contexto clínico, sendo o primeiro relativo à conceção de cuidados realizado no SUP, o segundo no serviço de internamento em pediatria, o terceiro na USF e o quarto na UCIP.

Cada plano de cuidados está dividido por 8 capítulos: (1) Enquadramento teórico, onde são abordados os aspetos teóricos orientados especificamente ao caso clínico; (2) Clientes com referência a dados de caracterização; (3) Identificação dos clientes; (3) Medicação, onde se apresentam as prescrições médicas relacionadas com medicação e se discutem os aspetos de enfermagem a ter em consideração relativamente a cada medicamento prescrito; (4) Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica relativos às atitudes terapêuticas e sondas, drenos e cateteres; que foram necessários na satisfação das necessidades dos clientes e onde são abordados aspetos teóricos e discutidos aspetos de enfermagem a ter em consideração relativamente aos mesmos; (5) Domínios selecionados entendidos como os aspetos de saúde a partir dos quais foram recolhidos dados e a sua relação com o enquadramento teórico; (6) Conceção de cuidados onde ficam descritos os dados considerados para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), os objetivos e as intervenções de enfermagem; (7) Especificação das intervenções onde se apresentam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem prescritas; e (8) Síntese, onde são abordadas as prioridades nos cuidados prestados, os dados considerados relevantes para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar aspetos relacionados com o processo adaptativo, os resultados que se esperava que os clientes atingissem, os contributos das intervenções face aos diagnósticos e a expressão da parceria de cuidados.

Quanto aos conceitos e teorias utilizados no enquadramento teórico, existem alguns que são transversais a todos os casos clínicos: teoria das transições, teorias do desenvolvimento infantil, parceria de cuidados, informoterapia e literacia em saúde. Dada a sua transversalidade na conceção de cuidados, são sucintamente explanados de seguida realçando que nos casos clínicos o enquadramento teórico foi especificamente orientado para os clientes em questão.

TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Ao longo do percurso desenvolvimental, é fundamental que a criança conquiste os níveis anteriores de desenvolvimento e crescimento para que dominem e refinem as competências da etapa desenvolvimental seguinte e esta passagem de uma etapa para a outra implica uma transição (Sousa, 2014b).

Segundo Meleis et al. (2000), a transição diz respeito a um processo desencadeado por uma mudança ou eventos críticos no indivíduo ou ambiente, onde há uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro, pelo que o cliente, conforme o contexto e a situação, tendo de adquirir mestria. As transições são experienciadas ao longo do ciclo vital, em alguns casos de forma não propositada, noutros procuram-se intencionalmente através de eventos (Meleis, 2010).

A teoria das transições demonstra potencial para sustentar a investigação em enfermagem, sendo que com os resultados encontrados encontrou-se aplicação teórica da teoria, fornecendo elementos para orientar os cuidados de enfermagem (Carnaval et al., 2007; Naphapunsakul et al., 2007).

Os enfermeiros têm um papel essencial na prestação de cuidados aos clientes e famílias que estão em transição, na preparação dos clientes para futuras transições e na facilitação da aquisição de novas competências relacionadas com a saúde dos clientes e experiência de doença (Meleis & Trangenstein, 1994). Assim, é necessário compreender o processo de transição para que o enfermeiro consiga adequar as suas intervenções ao cliente e família, de forma a facilitá-la.

A teoria das transições compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições (podem ser facilitadoras ou inibidoras) e os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) da transição, que vão guiar as intervenções de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Quanto à natureza das transições, esta pode ser descrita pelo tipos, padrões e propriedades. Existem quatro tipo de transições em que os enfermeiros podem intervir de forma a facilitar o processo de transição: transição desenvolvimental, saúde-doença, situacional e organizacional (Meleis, 2012). Relativamente ao padrão da transição, este pode ser único, múltiplo, sequencial, simultâneo, com ou sem relação (Meleis et al., 2000).

As experiências das transições são definidas pelas suas propriedades, que incluem a consciencialização (consciencialização da transição que está a ser vivida e que mudanças e diferenças a transição trouxe ou vai trazer para a vida da pessoa); o envolvimento dos clientes no processo de transição (influenciado pelo conhecimento que a pessoa apresenta sobre este processo); o tempo de duração da transição; e os pontos e eventos críticos (momentos marcantes da vida da pessoa) (Meleis, 2000).

O processo de transição pode ser influenciado por condições facilitadoras e dificultadoras, sendo elas condições pessoais, comunitárias e sociais. Nas condições pessoais, pode-se identificar o significado que a pessoa atribui ao processo de transição, podendo ser positivo, negativo ou neutro, as crenças e atitudes culturais da pessoa e o estado socioeconómico. Para além destas, a experiência de transição é facilitada se houver uma preparação antecipada e esta está relacionada com o conhecimento sobre o que esperar ao longo de uma transição e que estratégias podem ser utilizadas para a facilitar (Davis, 2005; Meleis, 2005 como citado em

Sousa, 2014b). As condições comunitárias incluem os recursos que a comunidade oferece para facilitar (suporte de familiares, amigos e pares, as informações importantes recolhidas com os profissionais de saúde) ou inibir (estereótipos, falta de recursos) o curso de uma transição. Finalmente, as condições sociais abrangem o estigma e os papéis socialmente definidos, como por exemplo, a desigualdade de género (Meleis, 2010).

Estas condições têm impacto no processo e e resultados da transição, bem como, nos significados, expectativas, bem estar físico e emocional, nível de conhecimento de capacidades, ambiente e nível de planeamento e, por isso, as intervenções de enfermagem devem ser focadas: na prontidão para a transição; aquisição de novos conhecimentos e capacidades, para preparar a transição; e clarificação da definição de papéis (Cappleman, 2004; Sousa, 2014b).

No sentido de se avaliar o decorrer do processo de transição, utilizam-se os indicadores de processo, que compreendem padrões de resposta como o cliente sentir-se ligado, estar situado, interagir e desenvolver a capacidade e estratégias de coping para conseguir lidar com a situação. Para avaliar se o cliente atingiu a mestria de novas competências e o desenvolvimento de uma integridade fluída, utilizam-se os indicadores de resultado (Meleis & Shumacher, 1994; Davies, 2005).

As terapêuticas de enfermagem devem dar resposta às necessidades e mudanças que as transições trazem para o dia a dia do cliente, com o intuito de facilitar o processo de transição que a pessoa está a vivenciar, preparando as transições futuras e facilitando o desenvolvimento de novas competências relacionadas com as experiências de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

As teorias do desenvolvimento infantil explicam o crescimento e desenvolvimento da criança, durante a infância e centram-se em aspetos como o crescimento social, emocional e cognitivo (Kidd & Rodgers, 2019). Dentro destas, destaco a teoria cognitiva de Piaget, a teoria de desenvolvimento psicossocial de Erikson e a teoria de desenvolvimento psicosssexual de Freud.

Segundo Filho & Ponce (2005), a teoria cognitiva de Piaget diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, sendo este um processo ativo e interativo, construído pela pessoa em interação com o meio e onde há o desenvolvimento biológico e da inteligência, numa sequência pré-estabelecida (Filho & Ponce, 2005). Piaget descreve 4 estádios relativos ao desenvolvimento cognitivo: (1) estádio sensório-motor: dos 0 aos 2 anos, a criança desenvolve a inteligência prática, através de sensações e movimentos; (2) estádio pré-operatório: dos 2 aos 7 anos, a criança apresenta a capacidade de representar mentalmente e perceber simbolismos, torna-se egoísta, não percebendo o ponto de vista do outro, acabando por estender o egocentrismo a objetos e outros seres e desenvolve o pensamento mágico, utilizando a sua imaginação; (3) estádio das operações concretas: dos 7 aos 11/12 anos, a criança desenvolve o pensamento lógico e, por isso, tem capacidades para realizar operações mentais, compreende a existência e definição de conceitos; e (4) estádio das operações formais: dos 12 aos 16 anos, o adolescente

consegue realizar operações concretas e formais, desenvolve o pensamento abstrato e o raciocínio hipotético-dedutivo.

Quanto à teoria psicossocial de Erikson, este desenvolveu a sua teoria, baseada em estádios psicossociais para descrever alguns pontos de crise, ao longo do desenvolvimento humano, onde a pessoa ao tentar enfrentar estas crises, pode sair com um ego fortalecido ou frágil, sendo eles: (1) confiança vs. desconfiança básica: até aos 18 meses de idade, a criança vai se desenvolvendo através dos sentidos, estando relacionado com o comportamento das pessoas significativas da criança, que nesta fase está em causa a mutualidade do reconhecimento com a mãe para o surgimento do sentimento de confiança ou desconfiança, se a mãe apresentar um comportamento errático; (2) autonomia vs. vergonha e dúvida: 18 meses aos 3 anos, nesta fase a criança começa a explorar o meio envolvente e se for permitido à criança desenvolver as competências necessárias, ela ganha autonomia e independência, se a criança for superprotegida, pode desenvolver sentimentos de vergonha e dúvida; (3) iniciativa vs. culpa: 3 aos 5 anos, nesta fase, a criança começa a realizar atividades por iniciativa própria, ganhando estratégias para lidar com as adversidades do meio envolvente no entanto, quando são desvalorizadas as atividades infantis e há proibições sistemáticas, a criança pode desenvolver sentimentos de vergonha; (4) engenho vs. inferioridade: 5 aos 13 anos, nesta fase, o sentido de autonomia, confiança e independência aumentam e a criança desenvolve o sentido de responsabilidade, o que permite empenhar-se nas atividades, em função das suas capacidades contudo, se tal for desvalorizado, a criança pode desenvolver sentimentos de inferioridade; (5) identidade vs. confusão de papéis: 13 aos 21 anos, inicia-se a adolescência, levando a uma crise de identidade, uma vez que o adolescente se encontra entre a infância e a vida adulta porém se o adolescente não se identificar com a vida adulta, vai existir uma confusão de papéis, levando a sentimentos de frustração e receio de rejeição (Verissimo, 2002).

Segundo a teoria de desenvolvimento psicosssexual de Freud, a pessoa, desde o seu nascimento, desenvolve a sua personalidade humana pela maneira como a energia sexual se acumula (lívido instintiva ou “instintos sexuais”) e é descarregada, à medida que a pessoa vai amadurecendo e desenvolvendo, sendo que os primeiros 5 anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento da personalidade adulta (Freud, 1996 como citado em Couto, 2017).

Segundo Freud (1996) como citado em Couto (2017), existem 5 fases para o desenvolvimento psicosssexual: (1) Fase oral: do nascimento até 1 ano, o recém-nascido ou lactente vão desenvolver a líbido através da boca, uma vez que tendem a colocar qualquer objeto na boca para satisfazer o prazer; (2) Fase anal: 1 a 3 anos, nesta fase a criança estabelece um vínculo tanto com a capacidade de excreção como de retenção, que de algum modo, sente prazer; (3) Fase fálica: 3 a 6 anos, a criança descobre uma nova fonte de prazer, a masturbação, concentrando-se nos órgãos sexuais; (4) Fase da lactência: 6 anos à puberdade, nesta fase a líbido está adormecida e maior parte da energia e foco da criança, é centrada na aquisição de novas competências; e (5) Fase genital: da puberdade até ao adulto, onde se inicia a puberdade e existe a necessidade de obtenção de prazer através de relações amorosas, sendo que o instinto sexual é direcionado para o prazer adquirido através do outro.

PARCERIA DE CUIDADOS

No que diz respeito à parceria de cuidados, esta é um modelo específico de enfermagem pediátrica, descrita por Anne Casey e refere-se à importância do envolvimento ativo dos pais, nos cuidados prestados ao seu filho, planeados de acordo com as suas capacidades e vontade de envolvimento, no sentido de promover o exercício parental e responder às necessidades parentais e da criança, aquando a hospitalização desta (Coyne, 1996).

A parceria de cuidados assume a ideia de que os pais desejam e têm competências para serem cuidadores efetivos e de que os cuidados à criança doente devem ser prestados por eles, com o mínimo de intervenção possível por parte dos profissionais de saúde (Coyne, 2006 como citado em Sousa, 2014). Este modelo assenta em dois princípios: a prestação de cuidados de enfermagem à criança hospitalizada pode ser realizada pelos pais, com o apoio dos enfermeiros e os cuidados familiares podem ser realizados pelos enfermeiros, quando os pais estão ausentes (Casey, 1995 como citado em Sousa, 2014).

O objetivo da parceria de cuidados é satisfazer as necessidades de saúde da criança, com a mínima intervenção por parte dos profissionais (Charepe, 2004), sendo que os enfermeiros negociam os cuidados com os pais e só intervêm quando estes não têm as competências necessárias para prestar os cuidados à criança (Almeida, 2001 como citado em Sousa, 2014).

Segundo Sousa et al. (2023), para a determinação do tipo de padrão da parceria de cuidados, é necessário ter em atenção as intencionalidades terapêuticas da parceria, com vista a promover a parentalidade. As intencionalidades terapêuticas dizem respeito às intenções dos enfermeiros e expressão «Para quê?» deve ser estabelecida a parceria dos cuidados com os pais (Gomes, Trindade, & Fidalgo, 2009; Sousa et al., 2013).

Segundo Sousa et. al (2023), podem ser consideradas sete intencionalidades terapêuticas, sendo elas: (1) Promover o desempenho do papel parental desenvolvimental, durante a hospitalização; (2) Promover o desempenho do papel parental desenvolvimental (opcional) e promover a capacidade parental especial, face a cuidados transitórios, durante a hospitalização; (3) Promover o desempenho do papel parental especial de pais, face a cuidados complexos efetivos, durante a hospitalização; (4) Melhorar o desempenho do papel parental especial complexo, durante a hospitalização; (5) Reduzir a sobrecarga parental dos pais da criança com necessidades especiais efetivas, com a diminuição do desempenho durante a hospitalização; (6) Preparar os pais para o desempenho parental especial efetivo; e (7) Preparar os pais para promover a autonomia da criança.

A participação dos pais nos cuidados à criança traz benefícios, nomeadamente a redução dos efeitos traumáticos decorrentes da hospitalização, permite a união da família, a promoção da parentalidade, garante a perceção por parte da criança de segurança, afeto e apoio e mantém o lugar da criança/adolescente na família (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica apresenta um papel

essencial no desenvolvimento de uma relação de parceria com os pais, em qualquer contexto de saúde, com vista a promover a melhor condição de saúde possível para a criança/adolescente (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

INFORMOTERAPIA

A informoterapia consiste na prescrição oportuna e disponibilização da informação em saúde, baseada em conhecimento científico, tendo por objetivo responder às necessidades do indivíduo, apoiar as suas tomadas de decisão e mudança de comportamentos (Kemper & Mettler, 2002). É essencial para satisfazer as necessidades de conhecimento da criança e sua família e por isso, deve ser usada pelo enfermeiro para facilitar e contribuir para a vivência de uma transição saudável (Magalhães, 2013).

Por forma a que este processo seja possível, é indispensável que o enfermeiro obedeça a critérios para fornecer informação compreensível, livre de viés comercial e focada na decisão do cliente e, por isso, a informoterapia assenta em três pressupostos: transmissão de informação certa, à pessoa certa e na hora certa (Mitchell, 1994). O enfermeiro tem a responsabilidade de realizar intervenções do tipo ensinar, contratualizar, assistir e analisar por forma a providenciar literacia em saúde aos clientes, com a modificação do conhecimento, capacidade, consciencialização, significados e autoeficácia (Mancuso, 2008).

LITERACIA EM SAÚDE

De acordo com Kickbusch, Wait & Maaga (2006), a literacia em saúde é descrita como uma estratégia de capacitação para o indivíduo aumentar o controlo da sua saúde, a capacidade de procurar informação e assumir as responsabilidades, ou seja, a capacidade que o indivíduo possui para tomar decisões fundamentadas, nos seus contextos de vida.

Segundo Nutbeam (2009), a literacia é constituída por tarefas (tasks) e competências (skills), sendo que a literacia baseada nas tarefas diz respeito ao que o indivíduo consegue realizar e a literacia baseada em evidências ao nível de conhecimento e competências que ele deve possuir para realizar determinadas tarefas.

Nutbeam (2009) considera que existem três níveis de literacia, sendo eles a funcional (básica), interativa (comunicacional) e crítica. A literacia funcional refere-se às competências suficientes para ler e escrever. A literacia interativa diz respeito a competências cognitivas e de literacia mais robustas, que em combinação com as capacidades sociais permitem obter informação e significados através de várias formas de comunicação, podendo ser aplicada esta informação. A literacia crítica implica competências cognitivas avançadas, que em combinação com as capacidades sociais, podem ser usadas para analisar criticamente a informação e utilizar esta para exercer controlo sobre as situações que ocorrem ao longo da vida.

A literacia desempenha um papel fundamental na melhoria da condição de saúde, redução dos custos dos cuidados de saúde, aumento do conhecimento em saúde e menor utilização dos

serviços de saúde, sendo que uma maior literacia em saúde permite a aquisição de novos conhecimentos, maior autoeficácia e adoção de comportamentos de saúde positivos (Baker, 2006).

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS

Para o desenvolvimento das competências como futura EEESIP, foi sugerida a realização de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, direcionado para uma área relevante na prática e disciplina de enfermagem.

A escolha da temática emerge como motivação e interesse na área a abordar e, também, pela noção do impacto positivo causado pelas intervenções de enfermagem. Assim, a temática escolhida e abordada foi “Técnicas Não Farmacológicas de Alívio da Dor em Idade Pediátrica”.

Durante o módulo I, a par com o desenvolvimento de competências, também desenhei um projeto de desenvolvimento profissional, onde foram expostas as atividades a concretizar ao longo dos ensinamentos clínicos, relativamente à temática selecionada.

O EEESIP possui competências e conhecimentos para direcionar as suas intervenções no controlo da dor da criança, conseguindo dar resposta às necessidades desta e seus pais (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As intervenções de enfermagem devem ser focadas para o alívio da dor, para evitar que esta progrida para dor crónica e cause sofrimento desnecessário da criança e seus pais. As técnicas não farmacológicas especificam intervenções autónomas de enfermagem para controlar a dor e são essenciais para modificar o significado da experiência de dor que a criança está a vivenciar (Batalha, 2010; Meleis et al., 2000), apresentando-se como seguras, não invasivas e com baixo custo e, maioritariamente, sem efeitos secundários (Martin et al., 2019), sendo extremamente reconhecidas pelas crianças (Friêza, 2016).

Após a análise das várias técnicas não farmacológicas, percebi que existem algumas transversais a todas as faixas etárias pediátricas, nomeadamente a distração, o relaxamento, o posicionamento, a massagem, o contacto físico e presença dos pais, o uso da música e a redução da incidência das luzes e do ruído (gerir ambiente), e serão estas as técnicas incluídas no projeto.

De acordo com as competências do EEESIP e para responder às necessidades da criança com dor e seus pais, identifiquei os seguintes objetivos específicos, a serem desenvolvidos no módulo II, ao longo dos ensinamentos clínicos e aulas de orientação tutorial: Aprofundar conhecimentos sobre a dor; Aprofundar conhecimentos sobre técnicas não farmacológicas para o alívio da dor em idade pediátrica; Desenvolver capacidades de alívio da dor em idade pediátrica, através de técnicas não farmacológicas; Desenvolver competências de promoção da mestria parental no alívio da dor, através de estratégias não farmacológicas; Desenvolver

competências de promoção da mestria da criança/adolescente no alívio da dor, através de estratégias não farmacológicas; Melhorar competências no âmbito da conceção de cuidados com enfoque no alívio da dor em idade pediátrica usando técnicas não farmacológicas; Melhorar competências no âmbito da documentação dos cuidados com enfoque no alívio da dor em idade pediátrica usando técnicas não farmacológicas.

Para concretizar estes objetivos, delinee as seguintes atividades: Estudar sobre a fisiopatologia da dor e técnicas não farmacológicas em idade pediátrica; Refletir junto dos tutores a intervenção “Executar técnica não farmacológica de alívio da dor” em idade pediátrica; Desenvolver um algoritmo de decisão relativo à intervenção “Executar técnica não farmacológica de alívio da dor”; Executar técnicas não farmacológicas de alívio da dor; Analisar quais as técnicas não farmacológicas de alívio da dor em idade pediátrica a que os enfermeiros são mais sensíveis; Analisar as necessidades de conhecimento dos pais em relação à utilização das técnicas não farmacológicas, a partir da conceção de cuidados; Analisar as necessidades de conhecimento da criança/adolescente em relação à utilização das técnicas não farmacológicas, a partir da conceção de cuidados; Treinar a prescrição de intervenções, colheita de dados, enunciação de diagnósticos e definição de objetivos; Documentar os cuidados com recurso à plataforma E4nursing ao longo de diversas sessões com o mesmo caso clínico; Analisar a utilidade clínica de documentar as técnicas não farmacológicas na intervenção de enfermagem “executar técnicas não farmacológicas”.

Como medidas de controlo e monitorização do projeto, realizei o preenchimento de fichas de leitura e atividades; realizei a discussão semanal com as professoras orientadoras relativamente às atividades concretizadas por forma a manter o plano inicialmente traçado ou, em situação de desajuste, propondo novas atividades e/ou reformular os objetivos; realizei reuniões na última semana de cada estágio com as professoras orientadoras para discussão das atividades; e escrevi relatórios parcelares no fim de cada contexto clínico com a descrição das atividades realizadas e respetiva análise.

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

O ensino clínico foi realizado em quatro serviços distintos: Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento em Pediatria, Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Familiar) e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. No presente capítulo, será realizada uma abordagem a cada serviço, tendo em conta os seus recursos físicos e humanos, métodos de trabalho e modelo de trabalho em equipa, projetos de melhoria contínua e protocolos orientados para a intervenção dos enfermeiros.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (SUP)

O SUP presta atendimento urgente e emergente a clientes até aos 17 anos e 364 dias de vida e deve proporcionar resposta de proximidade à população da sua área, sendo que deve atender todas as crianças independentemente da doença apresentada, à exceção de situações referentes ou conseqüentes à gravidez (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014). O objetivo do SUP é a receção, diagnóstico e o tratamento de pessoas que sofreram um acidente ou que apresentem doenças súbitas, necessitando assim de um atendimento imediato a nível hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Uma emergência é uma situação clínica de início súbito que leva ao compromisso de uma ou mais funções vitais e uma urgência é uma situação clínica de instalação súbita, grave ou não grave, com risco de surgimento de falência das funções vitais (Direção-Geral de Saúde, 2001).

A maior preocupação da equipa de enfermagem é cuidar da criança e sua família com qualidade e segurança, tendo em atenção a promoção da saúde e a prevenção de complicações associadas à doença e, por isso, as intervenções de enfermagem serão maioritariamente relacionadas com a avaliação dos processos corporais (Vaz & Trigo, 2020).

Devido à elevada afluência de clientes que recorrem aos SUP, foi necessária a criação de um sistema de estabelecimento de prioridades, a triagem. A triagem tem como objetivo determinar a prioridade no atendimento, classificando os clientes consoante a gravidade da sua situação clínica e, conseqüentemente o seu tratamento (Vaz & Trigo, 2020). A triagem é baseada na avaliação da queixa/situação clínica do cliente e primeiro olhar crítico do enfermeiro, pelo que, segundo o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018), são os enfermeiros com esta especialidade que estão capacitados para cuidar da criança/adolescente e família nas situações de especial complexidade, pelo que devem ser estes a realizar a triagem nos SUP.

O estágio foi realizado num serviço de urgência pediátrico integrado num hospital na região Norte de Portugal. No decorrer do estágio, dado o carácter excecional, destaco que tive oportunidade de vivenciar uma situação de emergência.

Quanto aos seus recursos físicos, o serviço de urgência é composto por uma sala de triagem, duas salas de espera, uma sala de trabalho de enfermagem, quatro gabinetes médicos, uma sala para a realização de aerossóis/nebulizações, uma sala tipo “cantinho da amamentação”, uma sala de emergência e duas Unidades de Decisão Clínica (UDC), em que uma é utilizada para crianças e outra para adolescentes.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é constituída por 11 EEESIP, 4 enfermeiros de cuidados gerais, 1 enfermeiro chefe e 1 responsável de turno. De acordo com as dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019), é recomendado que a triagem seja realizada pelos EEESIP, o que se verificou no presente estágio. Também, é indicado que 50% dos enfermeiros apresentem formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) Pediátrico e formação avançada em trauma pediátrico, o que não se verificou no presente ensino clínico, pois os enfermeiros não apresentam formação nestas temáticas e apresentaram como uma desvantagem o facto de o serviço não proporcionar este tipo de formações.

No que diz respeito ao método de trabalho, em todos os turnos havia um enfermeiro que ficava apenas como responsável do turno e os restantes enfermeiros eram distribuídos por locais de trabalho: um para a sala de triagem, um para a UDC das crianças e um para a UDC dos adolescentes e sala de observação das restantes crianças, o que vai ao encontro das dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No SUP onde foi realizado o ensino clínico, não existem procedimentos ou protocolos que sistematizem as recomendações para as intervenções de enfermagem, nem projetos de melhoria contínua dos cuidados.

SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM PEDIATRIA

O objetivo do Serviço de Internamento em Pediatria é prestar cuidados de saúde e apoio social, quando ocorre um episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamento de doença crónica. Os serviços de internamento em pediatria estão centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e prestação de cuidados paliativos a crianças que se apresentem em situação de dependência, por forma a reintegrá-las no ambiente sociofamiliar (Portaria n.º 343/2015 do Ministério das Finanças e da Saúde, 2015).

Com a concretização do objetivo acima referido, estes serviços proporcionam e garantem à criança a prestação de cuidados de saúde, reabilitação, manutenção, conforto e apoio psicossocial; personalização dos cuidados prestados, com a identificação de um "gestor de caso", que fica responsável pelo acompanhamento do processo e pela articulação da

comunicação com os intervenientes necessários para a prestação de cuidados; o uso adequado de fármacos; uma alimentação adequada; a prestação de cuidados de higiene e conforto; um ambiente seguro, humanizado e promotor de autonomia; atividades promotoras de convívio e lazer; e a participação, ensino e treino dos familiares da criança (Portaria n.º 343/2015 do Ministério das Finanças e da Saúde, 2015).

O serviço de internamento em pediatria onde foi realizado o ensino clínico, está localizado num hospital na Região Norte. Este serviço corresponde a uma unidade de internamento médico e cirúrgico, pelo que tive oportunidade de prestar cuidados nestes âmbitos.

Quanto aos recursos físicos do serviço de internamento, este é constituído por 18 quartos, sendo que 4 quartos são de isolamento (1 com pressão positiva), 1 sala de trabalho de enfermagem, 1 de tratamentos, 1 sala de sujos, 1 armazém, 2 salas de convívio para as crianças, 1 copa para preparação de leites e 1 sala de arquivo.

No serviço de internamento do presente ensino clínico, encontram-se 12 EEESIP, 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e 4 enfermeiros de cuidados gerais. Segundo as dotações seguras para os cuidados de enfermagem, verifica-se que o praticado no internamento de pediatria vai de encontro ao indicado uma vez que, em todos os turnos cumprem com o rácio em que em cada 3 enfermeiros, 2 são EEESIP (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Relativamente ao método de trabalho, os enfermeiros eram distribuídos por número de crianças internadas, ficando cada enfermeiro responsável por todos os cuidados que essas crianças necessitavam. No entanto, apesar da metodologia de trabalho ser a recomendada, o rácio entre o número de enfermeiros e as crianças nem sempre era suficiente, pois no turno da manhã este deve ser de 1 enfermeiro para 3 crianças (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018) e, muitas vezes, verificava-se um enfermeiro para mais de três crianças.

O serviço de internamento em pediatria onde foi desenvolvido o estágio, apresenta procedimentos acerca das visitas às instalações do serviço, transfusão de hemoderivados, consentimento informado, manipulação, armazenamento e transporte de leite, circuitos e áreas de trabalho e circuito de preparação parentérica. O serviço não apresenta projetos de melhoria contínua dos cuidados.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP) - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC) E UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

Os CSP assumem um papel fundamental na promoção de saúde e prevenção da doença, na prestação de cuidados de saúde e acompanhamento e proximidade para as pessoas, articulando outros serviços para garantir a continuidade de cuidados (Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde, 2017).

Em 1971, foram criados em Portugal os Centros de Saúde (CS), através do Decreto-Lei nº417/71, de 27 de setembro e o Estado apresentava a responsabilidade de garantir o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde (Melo, 2021).

Ao longo do tempo, os CS sofreram uma evolução, podendo-se identificar três gerações, sendo que a terceira geração é a mais atual, onde os clientes têm direito a cuidados prestados por USF, UCC, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) e URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) (Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008).

A UCC desenvolve a sua atividade no âmbito da comunidade, com o objetivo de contribuir para a melhoria do estado de saúde da mesma, com vista a obter ganhos em saúde e, para isto, presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, quer em domicílio quer comunitário, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, 2009).

A USF é uma unidade de prestação de cuidados de saúde personalizados individuais e familiares, da população inscrita numa determinada área geográfica, tendo em vista assegurar a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde, 2007).

O estágio em CSP foi realizado maioritariamente em UCC, no entanto, foram realizados dois turnos numa USF, ambos num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região Norte. Na USF, tive oportunidade de realizar 6 consultas de saúde infantil.

Relativamente aos recursos físicos da UCC, esta é composta por 3 gabinetes de enfermagem, 1 ginásio, 1 sala para realização de reabilitação e 1 sala para realização de relaxamento.

A equipa de enfermagem da UCC é composta por 1 EEESIP, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Pública (EEESCP), 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e 1 enfermeira de cuidados de gerais.

Segundo as dotações seguras para os cuidados de enfermagem na saúde escolar (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018), é necessário um EEESIP, EEESCP ou EEESMP para cada 1500 alunos saudáveis e um EEESIP para cada 150 alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE). Os programas para a parentalidade (os que incluem a alimentação, segurança, desenvolvimento infantil e massagem infantil), devem ser realizados por um EEESIP. Quanto às parcerias como a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e Equipa Local de Intervenção (ELI), considera-se adequado 1 EEESIP por cada uma das parcerias. Comparando estes dados com o que é praticado na UCC em questão, o rácio de EEESIP são insuficientes, uma

vez que a EEESIP encontra-se responsável por 100 a 150 crianças com NSE, massagem infantil, um caso na ELI e também pelo projeto de capacitação das grávidas/casais para o Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico.

Relativamente aos projetos de melhoria contínua de cuidados, como referido anteriormente, é desenvolvido o projeto de capacitação das grávidas/casais para o Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico. No entanto, a unidade não apresenta procedimentos de melhoria contínua de cuidados.

Quanto à USF, esta é constituída por 3 gabinetes de enfermagem, 3 gabinetes médicos, 1 sala de tratamentos, 1 sala para vacinação e 1 sala de espera.

A equipa da USF é composta por 2 EEESIP e 1 enfermeira de cuidados gerais e, de acordo com as dotações seguras para os cuidados de enfermagem, cada USF deve dispor de 1 EEESIP por cada 200 crianças, o que se verifica na USF onde foi desenvolvido o estágio (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Na USF está a ser desenvolvido um projeto na área da SI, em parceria com outra USF, e diz respeito à capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico, dos pais e cuidadores. A unidade dispõe de um procedimento relativo à realização da consulta de saúde infantil desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de vida.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)

As UCIP são unidades de internamento de crianças, onde são prestados cuidados de saúde multidisciplinares e diferenciados, devido à gravidade da situação da criança, que precisa de cuidados de saúde mais frequentes e intervenção terapêutica mais especializada, muitas vezes com recurso a dispositivos, que vão auxiliar ao funcionamento dos órgãos (ventiladores, máquinas de diálise, entre outros) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2024).

A UCIP onde foi realizado o ensino clínico, está localizada num hospital da região Norte. Neste serviço, tive oportunidade de prestar cuidados a crianças que necessitavam de cuidados de elevada complexidade, pela gravidade da condição clínica.

Quanto aos recursos físicos, esta está dividida em duas alas: Unidade de Cuidados Intensivos Intermédios e UCIP e o ensino clínico foi realizado em ambas. Na UCIP, existem 7 camas e na unidade de cuidados intensivos intermédios existem 3 camas. Tanto a UCIP como a unidade de cuidados intermédios é do tipo “*open space*”, pelo que as camas não apresentam divisórias entre elas e existe um balcão de enfermagem no centro.

Relativamente aos recursos humanos, a UCIP é constituída por 20 EEESIP (incluindo a enfermeira-chefe), 1 EEER, 13 enfermeiros de cuidados gerais. Em todos os turnos, era destacado um enfermeiro para ser o responsável do turno. De acordo com as dotações seguras para os cuidados de enfermagem em contexto de intensivos pediátricos, verifica-se que vão ao

encontro do indicado uma vez que por cada 3 enfermeiros, 2 são EEESIP e existem sempre 2 EEESIP em permanência nas 24 horas (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

A UCIP onde desenvolvi o estágio, apresenta procedimentos acerca da inserção, manuseamento e manutenção do Cateter Venoso Central (CVC) e Cateter Arterial (CA), algaliação, aspiração de secreções. De momento, não estavam a ser implementados projetos relativos à área da SI.

Quanto ao método de trabalho, os enfermeiros eram distribuídos, consoante as unidades, 1 para a unidade de cuidados intermédios e os restantes pela UCIP e cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados até ao máximo de 2 crianças/adolescentes, de acordo com a sua situação clínica.

Após a explanação da caracterização dos contextos clínicos, considero importante refletir sobre dois aspetos, comuns a todos os locais de estágio, nomeadamente acerca dos métodos de trabalho e documentação da conceção de cuidados de enfermagem.

Relativamente à documentação da conceção de cuidados de enfermagem, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2014), esta diz respeito à informação que é concebida pelo enfermeiro na prestação de cuidados, com o objetivo de garantir a continuidade das intervenções de enfermagem, promovendo a segurança dos clientes. Nos contextos clínicos, são utilizados diferentes sistemas de registo de informação, sendo que no SUP e serviço de internamento de pediatria é utilizado o *Glintt*, nos CSP o *SClínico* e na UCIP o *BSimple*. Estes sistemas de informação utilizam a 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, apresentam acesso aos mesmos, através das suas credenciais para realizar o registo dos cuidados prestados aos clientes. Neste sentido, tive oportunidade de participar nestes momentos de registo, que se constituíram como momentos de reflexão sobre os cuidados planeados e prestados. No entanto, estes sistemas de registo de informação não espelham todas as intervenções de enfermagem que são realizadas, nem os dados necessários à identificação dos diagnósticos de enfermagem e nem ficam claros os objetivos tornando difícil a produção de indicadores de qualidade associados à ação dos enfermeiros. Assim, na minha opinião, fica redutor o que fica registado, dando ênfase da prática de enfermagem, na dimensão interdependente e não autónoma.

Dado o carácter inovador na disciplina e na profissão de enfermagem e, considerando que foi aprovada pela Ordem dos Enfermeiros, enquanto a representação do conhecimento em enfermagem, considero oportuno deixar algumas considerações teóricas sobre a Ontologia de enfermagem que fundamentam a minha posição face à documentação dos cuidados de enfermagem, em contexto clínico.

Ao longo do mestrado tive oportunidade de aprofundar conhecimento sobre a Ontologia de

Enfermagem. Fruto da reflexão efetuada em vários momentos, a seguir passo a explicar algumas considerações sobre as vantagens dos sistemas de informação passarem a incorporar a Ontologia de Enfermagem.

A ontologia descreve os conceitos, bem como os seus relacionamentos, que devem ser considerados por um agente ou uma comunidade destes e é através da ontologia que se representa o conhecimento (Gruber, 2009). A ontologia de enfermagem, de acordo com os momentos de conceção de cuidados, terá de admitir quatro classes de informação, sendo eles os dados que resultam de avaliação/evolução a partir do cliente, os diagnósticos, os objetivos e as intervenções de enfermagem (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2024). A ontologia de enfermagem representa o conhecimento de enfermagem, sendo que permite ao enfermeiro intervir no processo de transição que o cliente está a vivenciar, modificando os aspetos do processo adaptativo e, também permite intervir nos processos corporais, através da deteção precoce e prevenção de complicações e minimização do problema e, por isso, na minha opinião a ontologia de enfermagem expressa os cuidados prestados a cada cliente, dando ênfase a uma prática autónoma e segura.

Quanto aos métodos de trabalho, os cuidados de enfermagem prestados são feitos de forma individualizada, pelo que prevalece o método de trabalho individual. Segundo Ventura-Silva et al. (2021), o método de trabalho constitui-se como uma das bases do exercício profissional e a sua seleção é fundamental para garantir a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. De acordo com estes autores, existem quatro métodos de trabalho (funcional, individual, em equipa e o enfermeiro de referência) adotados pelos enfermeiros, sendo que todos estes métodos podem ter consequências negativas para o cliente, enfermeiros e instituição de saúde, especialmente se for usado o método funcional (diz respeito ao trabalho dividido por tarefa, de assistência fragmentada). Sendo assim, a opção deve ser sempre feita centrada no cliente, para garantir uma maior segurança e qualidade dos cuidados prestados. Relativamente aos contextos clínicos do estágio, utilizam um método de trabalho centrado no cliente, isto é, individual, à exceção do serviço de urgência, que utiliza um método de trabalho funcional, em que os enfermeiros são divididos por local de trabalho (um enfermeiro para a triagem, outro para a UDC das crianças e o outro para a UDC adolescentes e restantes crianças). No entanto, esta divisão vai de encontro ao que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no que diz respeito ao cumprimento das dotações seguras no SUP.

3. CASO CLÍNICO 1 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Maiara, na infância pré-escolar, com uma pneumonia bilateral vírica, veio transferida de outra instituição de saúde, por necessidade de oxigenoterapia contínua. Vem com CVP colocado e com saturação de oxigênio a 94% com oxigenoterapia por cateter binasal a 1L/min. Apresenta diminuição da atividade motora, rinorreia, tosse, dificuldade respiratória e hipertermia com 2 dias de evolução. Antes da hospitalização, a Maiara apresentava necessidades de saúde desenvolvimentais. A conceção de cuidados foi realizada após a sua admissão e a segunda sessão no momento em que apresentou hipertermia. A Maiara e sua mãe foram clientes dos meus cuidados durante um turno.

3.1. Enquadramento teórico

PNEUMONIA BILATERAL VÍRICA

A pneumonia é uma infecção aguda do trato respiratório inferior, mais precisamente no parênquima pulmonar (Guimarães, Magalhães & Reis, 2017). A pneumonia vírica é a mais frequente nas crianças e pode ser causada pelos seguintes agentes primários mais comuns: citomegalovírus, influenza, adenovírus e Vírus Sincicial Respiratório (VSR) (Johnson & Keogh, 2012) e o coronavírus (Guimarães, Magalhães & Reis, 2017).

Os sinais e sintomas que podem surgir são: tosse, mal-estar, febre, prostração, anorexia, dispneia e sinais de dificuldade respiratória (taquipneia, adejo nasal e tiragem), cefaleias, dor torácica e dor abdominal (Johnson & Keogh, 2012).

O tratamento da pneumonia depende de acordo com a sua etiologia, pelo que na pneumonia vírica a maior preocupação é o alívio dos sintomas, sendo que o objetivo do tratamento é a ventilação eficaz e a prevenção da desidratação, podendo se fazer recurso à administração de oxigênio, drenagem postural, antipiréticos para controlo da hipertermia, administração de líquidos, vigiar sinais de deterioração clínica e acompanhamento familiar (Conlon, 2019).

PROCESSO DA TRANSIÇÃO

A Maiara está a vivenciar duas transições, sendo elas a transição desenvolvimental, uma vez que se encontra na etapa desenvolvimental infância pré-escolar, e saúde-doença, pois apresenta uma pneumonia. Pode-se então dizer que o padrão das transições é múltiplo (está a vivenciar duas transições), em simultâneo (as duas ocorrem ao mesmo tempo) e não

relacionado (as transições não apresentam relação) (Meleis, 2012). Tendo em conta as necessidades da criança, a mãe da Maiara está a vivenciar duas transições, nomeadamente a transição desenvolvimental, uma vez que se encontra a desempenhar o papel parental relacionado com as necessidades desenvolvimentais da Maiara, e uma transição para a parentalidade especial, pois vai ter de desempenhar um papel parental especial face às necessidades especiais derivadas da doença que a Maiara apresenta. Assim sendo, o padrão das transições é múltiplo (está a vivenciar duas transições), em simultâneo (as duas ocorrem ao mesmo tempo) e não relacionado (as transições não apresentam relação) (Meleis, 2012).

Uma transição é definida pelas suas propriedades, que incluem a consciencialização (perceção que a criança/mãe têm sobre a vivência da transição e que alterações vai trazer para o seu quotidiano); o envolvimento da criança/mãe na transição; o tempo de duração da transição; e os pontos e eventos críticos (Meleis et al., 2000). O processo de transição pode ser influenciado por condições facilitadoras e condições dificultadoras, como as condições pessoais, sociais e comunitárias (Meleis, 2012). As condições pessoais referem-se ao significado que a pessoa atribui ao processo de transição, podendo ser positivo, negativo ou neutro; às crenças e atitudes culturais como, por exemplo, o estigma; ao estado socioeconómico; e à preparação prévia, ou seja, qual o conhecimento que a mãe apresenta sobre a transição e que estratégias pode adotar para vivenciá-la de forma saudável (Meleis, 2010). As condições sociais relacionam-se com o estigma, as instituições de natureza social e papéis socialmente atribuídos (Meleis, 2012). As condições comunitárias entendem-se como os recursos que a comunidade tem para oferecer, como o suporte familiar, círculo de amigos e os profissionais de saúde (Meleis et al., 2000).

Através dos indicadores de resultado, consegue-se avaliar a decorrência da transição, se esta está a ser saudável ou não e se o cliente se apresenta consciencializado da transição que está a vivenciar, se se verifica uma progressiva aquisição de conhecimentos, se o cliente desenvolve a capacidade de realizar as tarefas necessárias, se reformula significados dificultadores e se melhora a condição da autoeficácia (Meleis et al., 2000). Por isso, é importante avaliar os aspetos do processo adaptativo do papel parental, de forma a verificar se o cliente atingiu a mestria com a aquisição de novas competências e se esta se sente confortável no novo papel que desempenha, adquirindo uma integridade fluída (Meleis et al., 2010).

INFÂNCIA PRÉ-ESCOLAR

A infância pré-escolar envolve a união das aquisições biológicas, cognitivas, psicossociais e espirituais, ou seja, vai haver um controlo dos sistemas corporais, aumento da capacidade de atenção e memória, da interação com outras crianças e adultos e da experiência de separação dos pais (Monroe, 2019).

Na infância pré-escolar existe um refinamento da motricidade fina e grossa e da linguagem (Opperman & Cassandra, 2001). Relativamente à motricidade grossa, a criança com quatro anos, tem a capacidade de saltar com um só pé com agilidade e apanha uma bola com firmeza

e quanto à motricidade fina existe um refinamento das capacidades de desenhar e escrever, sendo que aos 4 anos, a criança já consegue copiar um quadrado e uma cruz (Monroe, 2019).

É fundamental que nesta fase de desenvolvimento sejam definidos limites e regras para a criança cumprir, pois esta está consciente dos comportamentos adequados e inadequados a ter, especialmente devido à punição ou recompensa. Na infância pré-escolar a evolução da linguagem da criança é influenciada tanto pela capacidade cognitiva como pelos modelos do seu ambiente, no entanto, as crianças tendem a utilizar o seu vocabulário mais rapidamente do que conseguem produzir palavras, podendo levar a problemas da fala (Monroe, 2014).

A criança em infância pré-escolar apresenta necessidades nutricionais específicas podendo estar mais propícia a desequilíbrios ou carências alimentares (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). A quantidade de alimentos que deve ser ingerida por uma criança de 4 anos deve ser de 1300 kcal (Food and Agriculture Organization; World Health Organization; United Nations University, 2001).

Nesta fase de desenvolvimento, a criança tem necessidade de estar segura e, caso isto não aconteça, a insegurança sentida em alguns contextos ou situações pode ser um fator para a criança desenvolver problemas comportamentais. As alterações ocorridas na rotina da criança e a sua presença em ambientes, que não lhe são familiares, podem levar a criança a se sentir insegura e stressada (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). É fundamental que os pais ofereçam conforto e amor para que a criança se sinta protegida nesta fase da sua vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

INFORMOTERAPIA

A informoterapia consiste na prescrição oportuna de informação de saúde, baseada em evidência científica atualizada e revista por peritos, para dar resposta às necessidades específicas de cada cliente, auxiliando-os na tomada de decisão e autogestão em saúde para alterar os seus comportamentos (Mitchell, 1994). É fundamental para satisfazer as necessidades de conhecimento da criança e sua família, pelo que deve ser utilizada pelo enfermeiro por forma a facilitar e contribuir para a vivência de uma transição saudável (Magalhães, 2013).

Esta terapia leva a um aumento da adesão dos clientes ao plano de tratamento, estabelecimento de uma relação terapêutica e facilita o acesso pessoa ao enfermeiro e vice-versa (Mettler & Kemper, 2006). Porém, 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).

3.2. Clientes

Cliente

Pré-escolar | Idade: 4 anos | Feminino

Mãe/Pai

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Figura parental principal: mãe.

27-09-2023 16:30 - Número de outros filhos: 2.

27-09-2023 16:30 - Filho(s) escolar, Filho(s) adolescente.

27-09-2023 16:30 - Papel parental não partilhado.

27-09-2023 16:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

27-09-2023 16:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

Mãe/Pai

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Figura parental principal: mãe.

27-09-2023 16:30 - Número de outros filhos: 2.

27-09-2023 16:30 - Filho(s) escolar, Filho(s) adolescente.

27-09-2023 16:30 - Papel parental não partilhado.

27-09-2023 16:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

27-09-2023 16:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

3.3. Medicação

Início

2023-09-27 16:30:00

2023-09-27 16:30:00

2023-09-27 16:30:00

Medicação

Paracetamol 225 mg mg SOS EV

Salbutamol 300 microgramas (3 puffs) 6/6h inalatória

Glucose a 5% em Cloreto de Sódio a 0,9% a 45 ml/h EV

Fim

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

GLUCOSE A 5% EM CLORETO DE SÓDIO A 0,9% IV

Grupo medicamentoso: Corretivo das alterações hidroeletrólíticas (Mymedfarma, 2017).

Indicação Terapêutica: Utilizada em situações de hiponatremia, desidratação e em casos onde o fornecimento de água e hidratos de carbono é preciso por restrição de líquidos e eletrólitos por vias de alimentação normais (UBM Medica Portugal, 2011).

Reações Adversas: Tromboflebites, flebites e hipertermia (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar pele e monitorizar temperatura corporal.

SALBUTAMOL INAL

Grupo medicamentoso: Antiasmático e broncodilatador (Infarmed, 2016).

Indicação Terapêutica: Com um rápido início de ação (5 minutos), está indicado na prevenção e alívio do broncoespasmo na pessoa com obstrução reversível das vias aéreas devido a asma, bronquite e enfisema (Mymedfarma, 2017).

Reações adversas frequentes: Cefaleia, taquicardia (Infarmed, 2016).

Cuidados de Enfermagem: Monitorizar dor e vigiar frequência cardíaca. Nos clientes pediátricos, a utilização de câmara expansora associada aos inaladores pressurizados são os dispositivos de eleição e os mais simples para serem utilizados, pois obtêm efeitos terapêuticos mais rápidos. Uma das dificuldades das crianças é a coordenação entre a ativação do inalador e a inalação, pelo que é recomendado o uso da câmara expansora para minimizar esta dificuldade. Para utilizar estes dispositivos, devem-se ter os seguintes cuidados (Aguiar et al., 2017):

- A criança tem de estar sentada ou semissentada;
- Retirar a tampa do inalador pressurizado, agitar durante 5 segundos e adaptar à câmara expansora;
- Adaptar a câmara expansora à face da criança, pressionando-a para a selar e de forma a cobrir a boca e o nariz na sua totalidade;
- Quando a criança realizar uma expiração, ativar o inalador e aguardar durante 10 segundo com a câmara expansora colocada ou 5 inspirações completas. Deve-se ter em atenção ao movimento da válvula da câmara expansora durante a respiração;
- Quando mais de um *puff*, deve-se retirar a câmara da boca da criança e aguardar 30 segundos até nova inalação;

PARACETAMOL IV

Grupo medicamentoso: Antipirético e analgésico (Infarmed, 2016).

Indicação Terapêutica: Usado para tratar a dor ligeira a moderada e febre de curta duração (B. Braun, 2019).

Reações Adversas: Reações cutâneas e hipotensão (Infarmed, 2016).

Cuidados de Enfermagem: Caso a Maiara se encontre com hipertermia e desconfortável, é necessária a administração de paracetamol, sendo que a sua ação antipirética se inicia 30 minutos após a administração e prolonga-se durante 6 horas, pelo que é essencial monitorizar a temperatura após os 30 minutos, para verificar o seu efeito. Vigiar pele e monitorizar tensão arterial.

Neste sentido, os domínios selecionados face aos cuidados de enfermagem a serem tidos em atenção devido aos efeitos secundários da medicação, foram: Pele e mucosas, Sistema cardiovascular, Sensações somáticas e Sistema termorregulador.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Oxigenoterapia

27-09-2023 16:30 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

27-09-2023 16:30 - Assegurar oxigenoterapia

27-09-2023 16:30 - Manter oxigenoterapia

27-09-2023 16:30 - Promover papel parental especial: gestão da oxigenoterapia

27-09-2023 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre oxigenoterapia

27-09-2023 16:30 - Dispositivo: Sonda de oxigénio - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-09-2023 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre oxigenoterapia

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre oxigenoterapia [Após informoterapia sobre oxigenoterapia]

27-09-2023 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre oxigenoterapia [Agora]

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da oxigenoterapia [Final do turno]

Sondas, Drenos e Cateteres

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Sonda de oxigénio

27-09-2023 16:30 - Características do dispositivo: Cateter nasal.

27-09-2023 16:30 - Assegurar funcionamento da sonda

27-09-2023 16:30 - Otimizar sonda de oxigénio

27-09-2023 16:30 - Cateter venoso periférico

27-09-2023 16:30 - Localização do cateter venoso periférico

27-09-2023 16:30 - Mão Direita(o)

27-09-2023 16:30 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico, 24G.

27-09-2023 16:30 - Ausência de dor.

27-09-2023 16:30 - Ausência de calor.

27-09-2023 16:30 - Ausência de rubor.

27-09-2023 16:30 - Ausência de tumefação.

27-09-2023 16:30 - Ausência de exsudado.

27-09-2023 16:30 - Ausência de infiltração.

27-09-2023 16:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [1x turno]

27-09-2023 16:30 - Assegurar funcionamento do cateter

27-09-2023 16:30 - Otimizar cateter venoso periférico [Antes da administração de fluidoterapia]

27-09-2023 16:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1x turno]

27-09-2023 16:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

27-09-2023 16:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Na admissão]

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

Oxigenoterapia por Sonda de Oxigénio

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigénio suplementar quando existe insuficiência respiratória. A administração de oxigénio pode ser feita através por vários dispositivos, nomeadamente cânula nasal, máscara facial, tenda hood, tenda facial ou ventilador, sendo que a escolha do sistema de administração depende do débito de oxigénio a administrar e da capacidade da criança em o aceitar (Conlon, 2019).

A oxigenoterapia por cânula nasal permite a administração de concentrações de oxigénio baixas ou médias (22 a 40%), a criança consegue falar e alimentar-se e a equipa de saúde consegue obter uma observação completa da criança, pois o nariz e a boca encontram-se desobstruídos. Antes da administração de oxigénio, é importante garantir a sua humidificação, uma vez que

este é armazenado em cilindros ou tanques (Conlon, 2019).

Cateter Venoso Periférico

O cateter venoso periférico (CVP) é um dispositivo invasivo utilizado para se obter um acesso à rede venosa, através da cateterização de uma veia periférica, permitindo a administração de terapêutica por via intravenosa (Santos, 2014). Assim, é necessário ter-se cuidados específicos na escolha do CVP, sua inserção, fixação, manutenção, remoção e prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012 citado por Santos, 2014). Para se escolher o CVP, é preciso ter em conta a idade da criança, a terapêutica que se vai administrar e o calibre da veia escolhida, pelo que no caso da Maiara foi escolhido o cateter com calibre 24G, pois as veias periféricas da Maiara são pequenas e quanto menor o calibre do CVP, menor o tamanho da agulha (Conselho de Enfermagem de Alagoas, 2020).

É possível que ocorram complicações devido à cateterização venosa periférica, por exemplo, quando os cuidados de enfermagem não vão ao encontro das evidências científicas, sendo que pode surgir flebite, tromboflebite, infiltração, oclusão, extravasamento, hematoma, infecção local e tração do cateter (Monteiro et al., 2021). Para o CVP se manter permeável, é necessária uma lavagem regular e, por isso, deve-se realizar um flushing com um volume de cloreto de sódio a 0,9% duas vezes o volume do cateter e dispositivo complementar, que no caso de apresentar apenas o CVP, são 3 ml de cloreto de sódio (Gorski et al., 2021; Registered Nurses Association Ontario, 2008). Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção da colonização do local de inserção do CVP, como: higienizar as mãos antes da inserção e manipulação do cateter, utilizar luvas, desinfetar a pele da criança na colocação e manuseamento do cateter, vigiar o local de inserção e condições do cateter, controlar o tempo de permanência do cateter, utilizar solução asséptica (clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%) no local de inserção do cateter e na manipulação do obturador e substituir os pensos e sistemas de soros (Aboelela, Stone, & Larson, 2006; Santos, 2014; Silveira, 2018).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-09-2023 16:30	Sistema respiratório	
27-09-2023 16:30	Termorregulação	
27-09-2023 16:30	Infância pré-escolar	
27-09-2023 16:30	Atitudes terapêuticas	
27-09-2023 16:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
27-09-2023 16:30	Consciência	
27-09-2023 16:30	Apetite	
27-09-2023 16:30	Sensações somáticas	
27-09-2023 16:30	Sistema cardiovascular	

Início	Domínios	Fim
27-09-2023 18:00	Eliminação intestinal	
27-09-2023 18:00	Pele e mucosas	
27-09-2023 18:00	Volume de líquidos	

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

DOMÍNIOS: Sistema respiratório, Volume de líquidos, Termorregulação, Appetite e Sensações Somáticas

A ventilação consiste num processo do **sistema respiratório** em que existe a deslocação do ar para dentro e fora dos pulmões, com frequência e ritmo respiratórios determinados e está associada à profundidade inspiratória e força expiratória (International Council of Nurses, 2019).

Existem dois mecanismos principais que vão influenciar o processo da respiração, sendo eles a *compliance* e a resistência. A *compliance* refere-se à facilidade com que os pulmões e o tórax se expandem e a resistência determina-se pelo calibre das vias aéreas, isto é, se o calibre das veias diminui, a resistência pulmonar aumenta exponencialmente. Qualquer fator que provoca o aumento da resistência pulmonar, provoca um aumento do esforço respiratório (presença de polipneia, adejo nasal e tiragem) e no caso da pneumonia, vai haver um aumento do esforço respiratório para compensar o aumento da resistência pulmonar (Conlon, 2019).

A **termorregulação** é um processo do sistema regulador, que leva a que mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, controlem a produção e perda de calor, associando-se à pele e temperatura corporal (International Council of Nurses, 2019).

Quando existe uma invasão do organismo por microrganismos com potencial patogénico, a temperatura corporal aumenta, pois vai haver destruição dos tecidos com consequente produção de substâncias pirógenas, levando à ativação de mediadores imunológicos e aumento da atividade metabólica (Jaimes et al., 2020)

Como a pneumonia é uma doença que pode provocar **hipertermia** e a Maiara apresentou hipertermia antes da sua entrada no serviço de urgência, é importante monitorizar a temperatura corporal, para evitar o desconforto da criança e o risco de desidratação (Rodgers, 2019b).

O **apetite** caracteriza-se por um status, onde existe uma sensação de desejo em satisfazer as necessidades do organismo em nutrientes ou de um tipo específico de alimentos (International Council of Nurses, 2019). Existem várias causas que levam à diminuição ou perda de apetite (anorexia), sendo uma delas as infeções respiratórias, como a pneumonia. Com a insuficiência respiratória, vai existir diminuição da atividade física geral, o que leva a uma diminuição da

perda do apetite (Conlon, 2019).

Devido ao aumento da temperatura corporal e diminuição do apetite, que pode levar à diminuição da ingestão de líquidos, existe a probabilidade de ocorrer desidratação, pelo que é fundamental vigiar a presença dos sinais de **desidratação**.

A **dor** pode ser definida pela percepção comprometida, em que existe "um aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (International Council of Nurses, 2019).

A dor é reconhecida como o 5º sinal vital (Ordem dos Enfermeiros, 2008) e sabe-se que uma grande parte dos procedimentos realizados em contexto de serviço de urgência provoca ou aumenta a dor e, por isso, é fundamental identificar este aspeto antecipadamente (Baptista, 2017). Também, a pneumonia sendo uma infeção que se aloja nos pulmões, estando estes localizados na caixa torácica, pode provocar dor no tórax, pelo que é importante estarmos atentos a manifestações de dor por parte da criança.

Assim sendo, selecionei estes domínios por serem sinais e sintomas associados à pneumonia ou seus sinais e sintomas. A sua seleção permite a recolha de dados que permitam identificar ou negar a presença de aumento respiratório, hipertermia, dor e aumento, diminuição do apetite ou desidratação.

DOMÍNIO: Sistema cardiovascular

Um dos efeitos adversos da utilização do salbutamol é a taquicardia (Infarmed, 2016). Segundo a International Council of Nurses (2019), a taquicardia é uma arritmia, que consiste no batimento cardíaco rápido ou frequência cardíaca alta. Para uma criança com 4 anos, o batimento cardíaco normal é de 60 a 140 batimentos/min (Matsuno, 2012).

O sistema cardiovascular é um domínio que para ser caracterizado é necessário recolher dados acerca das características e ritmo do batimento cardíaco, com avaliação do pulso periférico, pelo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema, neste caso a taquicardia.

DOMÍNIO: Infância pré-escolar

A infância pré-escolar corresponde à idade cronológica em que a criança se encontra (Rodgers, 2019a). Na ontologia de enfermagem, associado a este domínio, é possível a avaliação da especificação dos focos associados à promoção do papel parental na medida em que se pretende avaliar os aspetos facilitadores e dificultadores da transição, que têm implicação no desenvolvimento da criança e nos quais o enfermeiro pode ter intervenção orientada para o

indicador de resultado de mestria (Meleis et al., 2000).

DOMÍNIO: Consciência

Segundo o International Council of Nurses (2019), a consciência é descrita como um "Status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior".

A consciência pode ser composta pelo estado de vigília e o conhecimento da consciência, sendo que o estado de vigília expressa-se pela capacidade que a pessoa apresenta em responder adequadamente a estímulos verbais e dolorosos e o conhecimento da consciência pela capacidade que a pessoa possui para responder acertadamente a questões relacionadas com a sua pessoa, espaço e o tempo (Thelan et al., 1993 como citado em Feijó, 2015).

Existem duas causas que levam à alteração da consciência, nomeadamente causas resultantes da lesão ou doença primária do cérebro e causas resultantes de condições sistémicas que secundariamente afetam o cérebro, como a insuficiência respiratória (Thelan et al., 1993 como citado em Feijó, 2015). A pneumonia provoca insuficiência respiratória, pelo que vai haver uma diminuição de oxigénio na circulação sanguínea, podendo levar a uma diminuição da oxigenação cerebral e consequente perda de consciência (Saliba, 2020).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Consciente.

27-09-2023 16:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

Sensações somáticas

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Sem manifestação de dor.

27-09-2023 16:30 - Determinar sinais de dor

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de dor

27-09-2023 18:00

27-09-2023 18:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

27-09-2023 18:00 - Dor

Apetite

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Não ingeriu as refeições.

27-09-2023 16:30 - Apetite diminuído.

27-09-2023 16:30 - Paladar conservado.

27-09-2023 16:30 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Após refeições]

27-09-2023 16:30 - Determinar evolução do apetite

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução do apetite [Antes das refeições]

27-09-2023 16:30 - Melhorar apetite

27-09-2023 16:30 - Planear dieta

Sistema respiratório

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Frequência respiratória: 52 ciclos/min.

27-09-2023 16:30 - Ritmo respiratório regular.

27-09-2023 16:30 - Movimento respiratório simétrico.

27-09-2023 16:30 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

27-09-2023 16:30 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

27-09-2023 16:30 - Sem adejo nasal.

27-09-2023 16:30 - Saturação do oxigénio no sangue

27-09-2023 16:30 - Periférico(a): 95 %.

27-09-2023 16:30 - Coloração da mucosa: pálidas.

27-09-2023 16:30 - Não comunica falta de ar.

27-09-2023 16:30 - Reflexo da tosse: presente.

27-09-2023 16:30 - Expele as secreções das vias aéreas.

27-09-2023 16:30 - Sons respiratórios: normais.

27-09-2023 16:30 - Secreções em moderada quantidade.

27-09-2023 16:30 - Secreções fluídas.

27-09-2023 16:30 - Secreções amareladas.

27-09-2023 16:30 - Ventilação comprometida

27-09-2023 16:30 - Determinar evolução da ventilação

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução da ventilação

27-09-2023 16:30 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [Agora]

27-09-2023 16:30 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [Agora e SOS]

27-09-2023 16:30 - Melhorar ventilação

27-09-2023 16:30 - Posicionar para otimizar a ventilação

27-09-2023 16:30 - Promover papel parental especial: gestão da ventilação

27-09-2023 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão da ventilação

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão da ventilação [Após informoterapia sobre gestão da ventilação]

27-09-2023 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre resposta à medicação [Agora]

27-09-2023 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre efeitos secundários da medicação [Agora]

27-09-2023 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso [Agora]

27-09-2023 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso através de informoterapia [Agora]

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da ventilação [Final do turno]

Sistema cardiovascular

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Localização do Pulso

27-09-2023 16:30 - Antebraço Esquerda(o)

27-09-2023 16:30 - Frequência do pulso: 90 pulsações por minuto.

27-09-2023 16:30 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

27-09-2023 16:30 - Pulso rítmico.

27-09-2023 16:30 - Pulso simétrico.

27-09-2023 16:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

27-09-2023 16:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Após administração de salbutamol]

Pele e mucosas

27-09-2023 18:00

27-09-2023 18:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

27-09-2023 18:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

27-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

Termorregulação

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Temperatura corporal periférica

27-09-2023 16:30 - Região axilar: 36.20 °C.

27-09-2023 18:00

27-09-2023 18:00 - Temperatura corporal periférica

27-09-2023 18:00 - Região axilar: 38.50 °C.

27-09-2023 18:00 - Hipertermia

27-09-2023 18:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

27-09-2023 18:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e SOS]

27-09-2023 18:00 - Referenciar hipertermia ao médico [Agora e SOS]

27-09-2023 18:00 - Prevenir desidratação

27-09-2023 18:00 - Gerir hidratação

27-09-2023 18:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal

27-09-2023 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MANTEVE].

27-09-2023 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-09-2023 18:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal

27-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Após informoterapia sobre controlo da temperatura corporal]

27-09-2023 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Agora]

27-09-2023 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Agora]

27-09-2023 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Agora]

27-09-2023 18:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal [Final do turno]

Volume de líquidos

27-09-2023 18:00

27-09-2023 18:00 - Turgor da pele normal.

27-09-2023 18:00 - Pele hidratada.

27-09-2023 18:00 - Ausência de olhos encovados.

Infância pré-escolar

27-09-2023 16:30

27-09-2023 16:30 - Infância pré-escolar

3.7. Especificação das intervenções

Posicionar para otimizar a ventilação

- Elevar a cabeceira da cama a 45º

Ensinar mãe/pai sobre oxigenoterapia

- Conceito de oxigenoterapia
- Débito de oxigénio
- Necessidade de oxigenoterapia
- Dispositivos de administração de oxigénio

Otimizar sonda de oxigénio

- Verificar se a sonda se encontra nas narinas
- Verificar se existem lesões nas narinas provocadas pela sonda

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Observar abertura ocular
- Observar resposta verbal
- Observar resposta motora

Ensinar mãe/pai sobre resposta à medicação

- Benefícios da administração do salbutamol: broncodilatação das vias respiratórias, ação num curto período de tempo

Ensinar mãe/pai sobre efeitos secundários da medicação

- Efeito secundário do salbutamol: cefaleia

Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso

- O que é o salbutamol

Ensinar mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Necessidade de se utilizar câmara expansora para administração do salbutamol
- Como se faz a administração do salbutamol por câmara expansora

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal axilar.

Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Valor acima do qual se considera hipertermia na avaliação da temperatura corporal na axila.

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

- Administrar antipirético quando a criança se encontra desconfortável e queixosa.

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

- Estratégia não farmacológica de controlo da temperatura: gestão da temperatura do ambiente.
- Estratégia não farmacológica de controlo da temperatura: gestão da quantidade de roupa, conforme o conforto da criança.

3.8. Síntese relativa ao caso

Prioridades

Neste caso, os cuidados de enfermagem estão centrados na identificação de sinais de complicação, na melhoria da condição clínica e prevenção de complicações derivadas da condição respiratória da criança e na promoção do papel parental especial relacionados com a hiperventilação e hipertermia, para que a mãe consiga ser autónoma nos cuidados prestados à sua filha.

Foi oportuno iniciar a avaliação do conhecimento que a mãe apresentava sobre oxigenoterapia porque ela estava preocupada e questionou acerca desta, pelo que considerei pertinente a promoção do papel parental especial para tranquilizar a mãe. No entanto, visto ela não ter conhecimento sobre a oxigenoterapia, considerei que não era oportuno avaliar a capacidade

que ela possuía para gerir a sonda de oxigénio.

Considerei oportuno promover o papel parental especial através da avaliação do conhecimento que a mãe apresentava acerca da gestão da ventilação, com administração de salbutamol por câmara expansora, pois a mãe fez questões acerca da medicação e sua administração. No entanto, não foi realizada a avaliação da capacidade da mãe para a gestão da ventilação porque a medicação foi iniciada no serviço de urgência e não se previa a necessidade da mesma no domicílio.

Não iniciei a avaliação do desenvolvimento psicomotor e físico da criança e do conhecimento que esta e sua mãe apresentam, pois dada a condição da criança e contexto clínico, a mãe encontrava-se extremamente preocupada com a condição respiratória da criança. Quanto à criança, esta encontrava-se com diminuição da atividade física e dificuldade respiratória e, por isso, não conseguia comunicar, pelo que não foi possível iniciar a recolha de dados que caracterizam o conhecimento, capacidade e significados que a criança apresenta em relação ao seu desenvolvimento.

Quanto aos autocuidados, não foi oportuno realizar a sua avaliação, devido à condição clínica da criança, que se apresentava no leito na UDC, com dificuldade respiratória, diminuição da atividade física e a cumprir oxigenoterapia.

Num segundo momento, considerei oportuno promover o papel parental especial para o controlo da temperatura corporal porque a mãe demonstrou falta de conhecimento acerca das estratégias não farmacológicas a serem utilizadas e sobre o valor a partir do qual considera-se hipertermia, pelo que após esta se demonstrar disponível para aprender, foram realizadas intervenções do tipo ensinar, com o intuito de desenvolver a mestria para o papel parental, para realizar os cuidados à filha no domicílio.

Para promover o papel parental especial, após verificar que a mãe apresentava conhecimento acerca da oxigenoterapia, foi oportuno iniciar a avaliar a capacidade que a mãe possui para otimizar a sonda de oxigénio para promover autonomia nos cuidados a prestar à criança e haver vigilância contínua de lesões que podem ser provocadas pelo uso da sonda de oxigénio.

Dados considerados relevantes para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar

É essencial avaliar as necessidades de aprendizagem dos pais para posteriormente iniciar-se intervenções do tipo ensinar, dando resposta a estas necessidades. Esta avaliação permitiu-me descobrir o que a mãe sabia sobre estas necessidades e o que precisava de aprender. Para que a avaliação das necessidades da criança e sua mãe fosse efetiva, foi essencial selecionar critérios para identificar estas necessidades e a disponibilidade da mãe para melhorar a condição de aspetos adaptativos, que neste caso é o conhecimento e a capacidade.

Sendo assim, para o conhecimento, utilizei como critérios: o que a mãe sabia; o que necessitava

de aprender; o que achava necessário aprender; e a disponibilidade da mãe e para aprender (mostrou-se interessada, realizou questões sobre os assuntos e permitiu a disponibilização de informação (informoterapia).

Para a capacidade, utilizei como critérios: o que conhecimento facilitador sobre a oxigenoterapia; o que necessitava de melhorar; e a disponibilidade para melhorar a sua capacidade (mostrou-se interessada para melhorar a sua capacidade).

Resultados esperados face aos diagnósticos

Em relação aos diagnósticos associados aos processos corporais (ventilação comprometida, apetite comprometido), tive como intenção contribuir para a evolução positiva da condição, por forma a que as minhas intervenções de enfermagem levassem à normalização dos valores face à idade da criança, em cada diagnóstico.

Quanto aos diagnósticos associados com a promoção do papel parental especial, tive como intenção contribuir para a melhoria dos aspetos, que necessitavam de ser melhorados e era o momento próprio para intervir, levando à mestria. Para isso, para cada diagnóstico, defini os resultados esperados.

Promoção do papel parental especial - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre oxigenoterapia

- A mãe refere o que é a oxigenoterapia
- A mãe refere o cateter binasal como um dispositivo para administração de oxigenoterapia
- A mãe refere a necessidade da administração de oxigenoterapia

Promoção do papel parental especial - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão da ventilação

- A mãe verbaliza a função do regime medicamentoso (salbutamol)
- A mãe verbaliza o efeito adverso do regime medicamentoso (salbutamol): cefaleia
- A mãe verbaliza o que é o regime medicamentoso (salbutamol)
- A mãe verbaliza sobre o método de administração do salbutamol por câmara expansora
- A mãe verbaliza os sintomas da ventilação comprometida

Promoção do papel parental especial - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal

- A mãe verbaliza o valor acima da qual se considera hipertermia na avaliação da temperatura corporal na axila
- A mãe verbaliza as estratégias não farmacológicas que pode usar para controlo da termorregulação: Gestão da quantidade da roupa, conforme o conforto da criança e gestão da temperatura do ambiente
- A mãe verbaliza que se deve administrar o antipirético quando a criança se encontra desconfortável e queixosa.

Promoção do papel parental especial - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda de oxigénio

- A mãe consegue colocar a sonda de oxigénio nas narinas da criança
- A mãe consegue vigiar narinas para prevenir presença de lesões

Contributos das Intervenções

Numa primeira fase, para contribuir para a melhoria da condição clínica da criança, são utilizadas intervenções do tipo **executar, planejar, posicionar, manter, otimizar** e, também, intervenções do tipo **otimizar**, relacionadas com a administração de terapêutica e oxigénio. Por exemplo, a intervenção posicionar a cabeceira da cama a 45º permitiu melhorar a ventilação e dar conforto à criança.

A avaliação da evolução possibilita a avaliação e a vigilância sistemática da condição clínica da criança, através de intervenções do tipo **avaliar**. Estas intervenções permitem determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram os indicadores de resultado delineados e verificar se não é necessário realizar mudanças ou adaptações no processo e consequente referência para o médico. Por exemplo, a avaliação da evolução da temperatura corporal permitiu verificar se as intervenções realizadas para diminuir a temperatura corporal foram realizadas com sucesso.

Após a avaliação da condição clínica e se se verificar compromisso da mesma, é necessário utilizar intervenções do tipo **referenciar**, sendo precisa a colaboração por parte do médico. Por exemplo, após avaliar a temperatura corporal, verifiquei que a criança estava com hipertermia e fui informar o médico para ele estar ia par da situação da criança.

As intervenções do tipo **ensinar** possibilitam fornecer informação sistematizada, através da informoterapia, sobre as necessidades de conhecimento que a mãe apresenta, facilitando o processo de transição, permitindo a aquisição da mestria. Por exemplo, a mãe não apresentava conhecimento sobre o controlo da temperatura, pois não soube dizer o valor a partir da qual se considera hipertermia, quando a avaliação da temperatura corporal é feita na axila, pelo que, após esta se mostrar interessada em saber mais e questionou qual o valor, expliquei que se considera hipertermia quando a avaliação da temperatura corporal axilar é superior ou igual a 37,6ºC.

Quando a mãe necessita de desenvolver capacidades para assegurar o papel parental especial, são usadas intervenções do tipo **instruir** para capacitar a mãe no que não sabe realizar. Após isto, é necessário que a mãe treine e demonstre se é capaz de realizar o que foi instruído, através de intervenções do tipo **treinar**. Por exemplo, como a mãe apresentou dificuldades em otimizar a sonda de oxigénio, demonstrei como se o faz e posteriormente a mãe teve oportunidade de ser ela a realizar esta intervenção.

Estabelecimento do timing de avaliação do objetivo final

O tempo de permanência das crianças no serviço de urgência pediátrica é reduzido pelo que a decisão do timing de avaliação final de cada diagnóstico deve ter este aspeto em conta. É importante dar tempo à mãe da criança para assimilar e compreender as informações e instruções fornecidas para que deixe de haver necessidades de conhecimento e capacidade. No entanto, o facto de a criança se encontrar num serviço de urgência e a sua permanência neste ser reduzida, o tempo para avaliar o objetivo final é limitado.

O timing estabelecido para a avaliação do objetivo final foi o final do turno. Decidi que após informoterapia, instruir e realizar intervenções do processo adaptativo face ao objetivo, faria sentido avaliar o conhecimento e capacidade acerca das necessidades que a mãe apresentava, dado o curto tempo de permanência da criança no serviço de urgência. Após isto, para dar tempo à mãe de assimilar as informações fornecidas e ser eu a realizar a avaliação do objetivo final, decidi fazê-lo no final de turno. Também foi tido em conta o facto de a mãe ter priorizado sempre a condição clínica da criança.

4. CASO CLÍNICO 2 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM PEDIATRIA

Carolina, na fase da adolescência, realizou uma apendicectomia por via laparoscópica. Aguarda 1ª micção espontânea. Tem indicação para realizar levante e dieta geral. Apresenta uma ferida cirúrgica na zona umbilical. A Carolina antes do internamento, apresentava necessidades de saúde desenvolvimentais. A conceção de cuidados foi realizada após primeiro contacto com a adolescente e sua mãe e a segunda sessão no final do turno. A Carolina e sua mãe foram clientes dos meus cuidados durante um turno.

4.1. Enquadramento teórico

APENDICECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA

A apendicite aguda resulta da infeção e inflamação do apêndice, constituindo-se como uma emergência médica cirúrgica para evitar complicações, sendo uma infeção comum na pediatria (Porto et al., 2023). Esta inflamação apresenta sintomas, que podem durar entre 24 a 48 horas, tais como: dor periumbilical tipo cólica, vômitos e náuseas, anorexia, hipertermia e á medida que o quadro evolui para peritonite, existe a migração da dor abdominal para a região da fossa ilíaca direita (Stringer, 2017).

O tratamento da apendicite aguda é cirúrgico, existindo as seguintes opções para a sua realização: apendicectomia convencional (cirurgia aberta) ou apendicectomia por via laparoscópica (pequenas incisões no abdómen). A apendicite por via laparoscópica tem demonstrado uma significativa vantagem em relação à cirurgia convencional, pois permite uma redução no tempo de internamento da criança, na dor pós-operatória, na taxa de complicações após cirurgia e mortalidade, redução das cicatrizes visíveis e dos custos (Porto et al., 2023).

A realização de uma apendicectomia por via laparoscópica implica 3 ou 4 pequenas incisões (cortes) no abdómen - feridas cirúrgicas- que segundo o International Council of Nurses (2019), referem-se a uma incisão de tecido por um instrumento cirúrgico cortante, para criar uma abertura num local do corpo ou órgão, levando à drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem existir quaisquer sinais de infeção ou conteúdo purulento. No final da cirurgia, são colocados pontos ou agrafos para fechar os cortes e promover a cicatrização das feridas, por primeira intenção (Domene, Volpe & Heitor, 2014).

Segundo Kremer et al. (2017), para promover a cicatrização das feridas cirúrgicas, é fundamental ter em atenção a alguns aspetos, nomeadamente:

- Vigiar características do penso da ferida: Presença, cor e quantidade de exsudado;
- Evitar esticar a pele circundante à ferida cirúrgica;
- Não realizar esforço físico intenso durante 15 dias após cirurgia;
- Após retirada de pontos/agafos, massajar em movimentos circulares, pelo menos, 2x/dia cicatriz com creme hidratante ou creme cicatrizante;
- Evitar exposição solar da cicatriz e caso esta seja exposta, utilizar protetor solar com fator 50+.

Uma das complicações da ferida cirúrgica, é a infeção desta, que pela presença de microrganismos provoca alteração e atraso do processo de cicatrização, sendo que podem surgir sinais e sintomas como dor, edema, calor no local da ferida, febre, aumento da sensibilidade e presença de conteúdo purulento (Rodrigues, Santos, & Coqueiro, 2018). Outras complicações associadas à ferida cirúrgica são o seroma, hemorragia e deiscência (Borges et al., 2016).

ADOLESCÊNCIA

Conforme a literatura, a idade do adolescente sofre algumas controvérsias em relação ao seu início e término. Porém, no presente caso clínico irá ser usada a definição da Organização Mundial da Saúde, sendo que a adolescência corresponde à faixa etária entre os 10 e 19 anos e pode ser dividida em duas fases: dos 10 aos 14 anos e dos 14 aos 19 anos (World Health Organization, 2006).

Na fase da adolescência, o indivíduo atinge a sua maturidade física e intelectual, apresenta autonomia e iniciativa para tomar decisões educacionais e ocupacionais, desenvolve formas de raciocínio mais complexas e ocorrem alterações na maturidade biológica, desenvolvimento cognitivo e psicológico (Derouin, 2019).

As alterações físicas que surgem no adolescente, são as que ocorrem durante a puberdade, sendo esta um processo de maturação hormonal e de crescimento, que permite ao adolescente tornar-se fisicamente capaz de se reproduzir sexualmente. Estas alterações decorrem do crescimento ósseo e muscular e desenvolvimento sexual (Opperman & Cassandra, 2001).

É na puberdade que ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais, sendo que o mais importante nas raparigas é o aparecimento da menarca e nos rapazes a primeira ejaculação, no entanto, ocorrem outras alterações corporais como aumento da altura corporal (8-10 cm/ano nas raparigas e 10-12 cm/ano nos rapazes), o crescimento de pelos, aumento dos níveis de motivação sexual, desenvolvimento mamário, aumento testicular, entre outros (Lissauer & Clayden, 2001 como citado em Baptista et al., 2020).

Na fase da adolescência, o indivíduo desenvolve o raciocínio, sendo capaz de chegar às suas

próprias conclusões e desenvolvendo a capacidade de resolução de problemas e tomada de decisão. É também nesta fase, que o adolescente desenvolve e descobre a sua identidade e autoconceito, sendo que mostram-se interessados e preocupados com a sua imagem corporal e experenciam sentimentos de atração (Derouin, 2019).

Na adolescência, verificam-se alterações nos relacionamentos que os adolescentes estabelecem com os outros, nomeadamente com os pais, em que o adolescente procura e luta pela sua autonomia e independência, exigindo maior privacidade e, por isso, a autoridade dos pais é reexaminada (Baptista et al., 2020). Com o aparecimento de relações amorosas, o adolescente passa a ter oportunidade de aplicar as suas capacidades de comunicação, negociação e resolução de conflitos (Chulani & Gordon, 2014).

PROCESSO DE TRANSIÇÃO

No presente caso clínico, a Carolina encontra-se a vivenciar uma transição desenvolvimental pela sua etapa de desenvolvimento, a adolescência, e uma transição saúde/doença, por ter sido submetida a uma apendicectomia, pelo que se pode caracterizar como uma transição de padrão múltiplo, simultânea e não relacionada (Meleis et al., 2000). Quanto à sua mãe, esta está a vivenciar uma transição do tipo desenvolvimental pelo papel parental que desempenha e uma transição situacional por apresentar necessidade de desenvolver um papel face às necessidades especiais da Carolina, ou seja, um papel parental especial face a cuidados especiais e, por isso, trata-se de uma transição múltipla, simultânea e não relacionada (Meleis et al., 2000).

A transição pode ser definida pelas suas propriedades, que incluem a consciencialização (perceção que a adolescente e seus pais têm sobre a transição e 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 que, no caso da Carolina a hospitalização representa um evento crítico (Meleis, 2010).

O processo de transição pode ser facilitado ou dificultado por influência de condições facilitadoras ou dificultadoras, sendo elas as condições pessoais, comunitárias e sociais (Meleis, 2012). As condições pessoais referem-se ao significado que a pessoa atribui ao processo de transição, podendo este ser neutro, positivo ou negativo; às crenças e culturas que o indivíduo apresenta; ao estado socioeconómico, que pode ser baixo ou alto; à preparação prévia, isto é, o conhecimento e expectativas que a adolescente e seus pais possuem em relação ao processo de transição, que no presente caso clínico existia falta de preparação prévia. O suporte de familiares e amigos e, também, o apoio dos profissionais de saúde é uma condição facilitadora, no sentido em a distância da residência da adolescente ao hospital era considerável e a família apresentava apoio por parte dos familiares para que os pais pudessem acompanhar a sua família.

Através dos indicadores de processo, é possível perceber-se como é que a transição está a

decorrer, isto é, se o indivíduo tem adquirido progressivamente conhecimentos e capacidades, se atribui significados e crenças aos aspetos da transição e se se sente capaz de lidar com a transição com eficácia (Meleis et al., 2000). Por isso, é importante avaliar os aspetos do processo adaptativo do adolescente e processo adaptativo dos pais ao papel parental, de forma a verificar se os clientes atingiram a mestria com a aquisição de novas competências e se estes se sentem confortáveis no novo papel que desempenham, adquirindo uma integridade fluída (Meleis et al., 2010).

HOSPITALIZAÇÃO E PARCERIA DE CUIDADOS

A hospitalização de uma criança constitui-se como um momento crítico e stressante quer para esta como para a sua família (Tavares, 2020). A criança é retirada do seu ambiente familiar e social e é colocada num ambiente desconhecido, na qual se torna alvo de procedimentos técnicos, muitas vezes invasivos, que podem causar dor e desconforto, podendo levar a sintomas como ansiedade, anorexia, alterações do humor, perda da autoestima, desenvolvimento de fobias, inseguranças e dificuldade de adaptação psicossocial e dificuldade na recuperação (Rodrigues, Fernandes, & Marques, 2020).

Relativamente à família da criança, esta também sofre com as mudanças que interferem com a dinâmica familiar, uma vez que, existe a necessidade de permanecer diariamente no hospital, levando muitas vezes ao abandono do trabalho, afastamento dos outros filhos, caso existam e aumento do sentimento de tensão e preocupação em relação ao estado de saúde da criança (Pontes et al., 2022). No entanto, a família assume um papel fundamental na hospitalização da criança, pois a sua participação ativa e contínua tem influência no tratamento e recuperação da mesma, minimizando ou eliminando os efeitos da hospitalização (Schneider & Medeiros, 2011).

Assim sendo, o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da parceria de cuidados com a criança e sua família, proporcionando o seu envolvimento no processo de cuidar e uma comunicação ativa entre os profissionais de saúde e o binómio criança-família, promovendo o seu bem-estar e uma experiência positiva de hospitalização para a criança e sua família (Pontes, et al., 2022).

A parceria de cuidados é um modelo de enfermagem pediátrica que se refere ao envolvimento ativo dos pais, pelos profissionais de saúde, nos cuidados prestados ao seu filho, sendo que estes cuidados são negociados de acordo com as capacidades e vontade de envolvimento dos pais (Coyne, 1996). Neste modelo, o enfermeiro capacita a criança/adolescente e sua família para que esta desenvolva competências que já possuem e adquiram novas para satisfazer as necessidades da criança/adolescente e da família. Para isto, a parceria de cuidados deve iniciar-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 (Charepe, 2004), sendo que para o presente caso clínico são utilizadas as seguintes

intencionalidades terapêuticas (Sousa et al., 2023):

- Promover durante a hospitalização a capacidade parental face a cuidados especiais;
- Preparar os pais para promover a autonomia da adolescente.

Com a primeira intencionalidade terapêutica, pretende-se promover o desempenho do papel parental desenvolvimental, através do suporte aos pais e facilitar a transição da parentalidade que, ao incorporar atividades complexas, se torna uma parentalidade face a cuidados especiais e que não se necessita de manter aquando o regresso a casa; com a segunda intencionalidade terapêutica, pretende-se auxiliar os pais a não substituir o seu filho naquilo que ele é capaz ou tiver de realizar, potencializando o seu desenvolvimento na saúde e doença, com vista à promoção ou manutenção da autonomia do adolescente para a gestão da doença e dos autocuidados (Sousa et al., 2023).

INFORMOTERAPIA E LITERACIA EM SAÚDE

A informoterapia consiste na prescrição oportuna e disponibilização da informação em saúde, baseada em evidência científica, com o intuito de responder às necessidades dos indivíduos, apoiar as suas tomadas de decisão e mudança de comportamentos (Kemper & Mettler, 2002). É fundamental para satisfazer as necessidades de conhecimento da adolescente e sua família, pelo que deve ser usada pelo enfermeiro para facilitar e contribuir para a vivência de uma transição saudável (Magalhães, 2013).

A literacia em saúde é descrita como uma estratégia de capacitação para o indivíduo aumentar o controlo da sua saúde, a capacidade de procurar informação e assumir as responsabilidades, ou seja, é a capacidade que o indivíduo possui para tomar decisões fundamentadas, nos seus contextos de vida (Kickbusch, Wait & Maaga, 2006).

A informoterapia e a literacia desempenham um papel fundamental na melhoria da condição de saúde, redução dos custos dos cuidados de saúde, aumento do conhecimento em saúde e menor utilização dos serviços de saúde, sendo que uma maior literacia em saúde permite a aquisição de novos conhecimentos, maior autoeficácia e adoção de comportamentos de saúde positivos (Baker, 2006).

Assim sendo, face às necessidades de conhecimento expressadas pela adolescente e sua mãe, foram tidos em conta os pressupostos da informoterapia: transmissão de informação certa, à pessoa certa e na hora certa (Mitchell, 1994), para a disponibilização da informação e para as necessidades de capacidade, foram tidas em conta as tarefas e competências desenvolvidas pela mãe, com vista à sua capacitação.

4.2. Clientes

Cliente

Adolescente | Idade: 15 anos | Feminino

Mãe/Pai

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Figura parental principal: mãe.

04-11-2023 22:30 - Distância casa/hospital: 90 km.

04-11-2023 22:30 - Número de outros filhos: 2.

04-11-2023 22:30 - Filho(s) pré-escolar, Filho(s) escolar.

04-11-2023 22:30 - Papel parental não partilhado.

04-11-2023 22:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

04-11-2023 22:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-04 22:30:00	Amoxicilina + Ácido Clavulânico 2000 mg/200 mg Ev 8/8h	
2023-11-04 22:30:00	Paracetamol 1 g EV 8/8h	
2023-11-04 22:30:00	Soro Poli-eletrolítico com Glucose a 5% a 80ml/h EV (sem horário)	
2023-11-04 22:30:00	Cetorolac 9 mg EV SOS	
2023-11-04 22:30:00	Ondasetron 6 mg EV SOS	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

AMOXACILINA + ÁCIDO CLAVULÂNICO

Grupo medicamentoso: Penicilina semissintética com atividade de largo espectro contra Gram positivos e Gram negativos (Mymedfarma, 2017).

Indicação Terapêutica: Profilaxia de infeções que podem estar associadas a intervenções

cirúrgicas (UBM Medica Portugal, 2011).

Reações Adversas frequentes: Candidíase mucocutânea e diarreia (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar pele e mucosas e eliminação intestinal.

PARACETAMOL

Grupo medicamentoso: Antipirético e Analgésico (Infarmed, 2016).

Indicação terapêutica: Usado para tratar a dor ligeira a moderada, especialmente após a cirurgia e febre de curta duração (B. Braun, 2019).

Reações Adversas: Reações cutâneas e hipotensão (Infarmed, 2016).

Cuidados de Enfermagem:

- Caso a Carolina apresente dor, o início do alívio da dor ocorre 5 a 10 minutos após a administração do paracetamol, sendo que efeito máximo é atingido após 1 hora e a sua duração é de 4 a 6 horas, pelo que é essencial monitorizar a dor após os 60 minutos, para verificar o seu efeito;
- No caso de a Carolina apresentar hipertermia, é necessário a administração de paracetamol, sendo que a sua ação antipirética se inicia 30 minutos após a administração e prolonga-se durante 6 horas, pelo que é essencial monitorizar a temperatura após os 30 minutos (B. Braun, 2019);
- Vigiar pele e monitorizar tensão arterial.

SORO POLIELETROLÍTICO COM GLICOSE A 5%

Grupo medicamentoso: Corretivo das alterações hidroeletrolíticas (Mymedfarma, 2017).

Indicação Terapêutica: utilizada em situações de hiponatremia, desidratação e em casos onde o fornecimento de água e hidratos de carbono é preciso por restrição de líquidos e eletrólitos por vias de alimentação normais (UBM Medica Portugal, 2011).

Reações adversas: Tromboflebites, tromboses venosas, hipertermia, dor no local da inserção do cateter, extravasamento (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar pele, monitorizar temperatura corporal e monitorizar dor.

CETOROLAC

Grupo medicamentoso: Analgésico, Antipirético e Anti-inflamatório (Mymedfarma, 2017).

Indicação Terapêutica: Usado no tratamento a curto prazo da dor aguda, de intensidade moderada a grave no pós-operatório (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2014).

Reações Adversas muito frequentes: Náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia (Infarmed, 2018).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar presença de náuseas e vômitos, monitorizar dor e vigiar eliminação intestinal.

ONDASETRON

Grupo medicamentoso: Antiemético (Infarmed, 2022).

Indicação Terapêutica: Indicado na prevenção e tratamento de náuseas e vômitos do pós-operatório (UBM Medica Portugal, 2011).

Reações Adversas muito frequentes: Obstipação ou diarreia e hipertermia (Infarmed, 2022).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar eliminação intestinal e monitorizar temperatura corporal.

Relativamente aos efeitos adversos das medicações prescritas, existem um conjunto de aspetos de enfermagem e vigilâncias a considerar, que estão expressos nos seguintes domínios: Sensações somáticas, termorregulação, digestão, eliminação intestinal e pele e mucosas.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Cateter venoso periférico

04-11-2023 22:30 - Localização do cateter venoso periférico

04-11-2023 22:30 - Braço Direita(o)

04-11-2023 22:30 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico, 20G.

04-11-2023 22:30 - Ausência de dor.

04-11-2023 22:30 - Ausência de calor.

04-11-2023 22:30 - Ausência de rubor.

04-11-2023 22:30 - Ausência de tumefação.

04-11-2023 22:30 - Ausência de exsudado.

04-11-2023 22:30 - Ausência de infiltração.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Após administração de medicação pelo CVP]

04-11-2023 22:30 - Assegurar funcionamento do cateter

04-11-2023 22:30 - Otimizar cateter venoso periférico [Antes e após administração de medicação]

04-11-2023 22:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Antes e após administração de medicação]

pelo CVP]

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

CATETER VENOSO PERIFÉRICO

O cateter venoso periférico (CVP) é um dispositivo invasivo usado com o intuito de se obter um acesso à rede venosa, através da cateterização de uma veia periférica, possibilitando a administração de terapêutica por via intravenosa (Santos, 2014). No entanto, é necessário adotar cuidados específicos na escolha do CVP, sua inserção, fixação, manutenção, remoção e prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012 citado por Santos, 2014). Para se escolher o CVP, é preciso ter em conta a idade da criança, a terapêutica a administrar e o calibre da veia escolhida, pelo que no caso da Carolina foi escolhido o cateter com calibre 20G, pois as veias periféricas da adolescente são maiores e quanto maior o calibre do CVP, maior o tamanho da agulha (Conselho de Enfermagem de Alagoas, 2020).

Devido à cateterização venosa periférica, existe a possibilidade de ocorrerem complicações como, por exemplo quando os cuidados de enfermagem não ao encontro das evidências científicas, sendo que pode surgir flebite, tromboflebite, infiltração, oclusão, extravasamento, hematoma, infecção local e tração do cateter (Monteiro et al., 2021). Para o CVP se manter permeável, é necessária uma lavagem regular e, por isso, deve-se realizar um flushing com um volume de cloreto de sódio a 0,9% duas vezes o volume do cateter (Gorski et al., 2021; Registered Nurses Association Ontario, 2008).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prevenção da colonização do local de inserção do CVP, como adotar as seguintes medidas: higienizar as mão antes da inserção e manipulação do cateter, utilizar luvas, desinfetar a pele da criança na colocação e manuseamento do cateter, vigiar o local de inserção e condições do cateter, controlar o tempo de permanência do cateter, utilizar solução asséptica (clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%) no local de inserção do cateter e na manipulação do obturador e substituir os pensos, quando sujos ou molhados e sistemas de soros de 4 em 4 dias, no caso da medicação que a cliente apresentava (Aboelela, Stone, & Larson, 2006; Santos, 2014; Silveira, 2018).

No presente contexto clínico, a prática dos enfermeiros na manipulação e manutenção dos cateteres venosos periféricos vai de encontro às recomendações descritas na literatura supramencionada.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-11-2023 22:30	Sensações somáticas	
04-11-2023 22:30	Sistema cardiovascular	
04-11-2023 22:30	Eliminação intestinal	
04-11-2023 22:30	Eliminação urinária	
04-11-2023 22:30	Pele e mucosas	
04-11-2023 22:30	Adolescência	
04-11-2023 22:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-11-2023 22:30	Alimentar-se	
04-11-2023 22:30	Cuidar da higiene pessoal	
04-11-2023 22:30	Virar-se	
04-11-2023 22:30	Sentar-se	
04-11-2023 22:30	Andar	
04-11-2023 22:30	Vestir-se ou despir-se	
04-11-2023 22:30	Erguer-se	
04-11-2023 22:30	Transferir-se	
04-11-2023 22:30	Digestão	
04-11-2023 22:30	Apetite	
04-11-2023 22:30	Termorregulação	
04-11-2023 22:30	Sono	
04-11-2023 22:30	Desenvolvimento psicomotor	
04-11-2023 22:30	Desenvolvimento físico	

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

DOMÍNIO: Sono

A hospitalização contribui significativamente para a qualidade e quantidade do sono nas crianças, sendo que o distúrbio do sono pode iniciar-se desde o primeiro dia de internamento (Anggerainy, Wanda, & Nurhaeni, 2019). Existem três categorias responsáveis pelos distúrbios do sono em unidades de internamento: o barulho; o desconforto e ansiedade; e as intervenções dos profissionais de saúde, como por exemplo, a monitorização da temperatura corporal (Meltzer et al., 2012 como citado em Anggerainy et al., 2019). Por isso, é fundamental que o enfermeiro seja sensível a estes aspetos para que possa direcionar as suas intervenções por forma a promover uma melhoria da qualidade e quantidade do sono.

No sentido de negar a hipótese diagnóstica de uma perturbação na quantidade e qualidade do sono e por me encontrar a realizar um turno da noite, faz sentido selecionar este domínio.

DOMÍNIO: Sensações Somáticas

Após a realização de uma cirurgia, o indivíduo pode manifestar dor, uma vez que pode ocorrer lesão dos tecidos (pele, músculo, ligamentos, tendões, vísceras) (International Association for the Study of Pain, 2011). A dor tem impacto na condição de saúde da criança sendo que, pode dificultar o processo de alta, o retorno às atividades de vida diárias, contribuir para a evolução da dor para cronicidade e, também, contribuir para o aumento da morbidade e mortalidade (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, 2013).

A utilização de estratégias não farmacológicas permite lidar com a dor, podendo contribuir para a redução da sua percepção, tornando-a mais tolerável e, também, reduzir a ansiedade (Gil, 2011). Podem ser utilizadas de forma isolada ou combinadas com estratégias farmacológicas e permitem modificar o significado que o indivíduo atribui à dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss (2010) e Yu et al. (2023), as estratégias não farmacológicas recomendadas para se realizar no adolescente são a massagem, a distração, o humor, a imaginação guiada, o uso de música, a acupuntura, a disponibilização de informação prévia, o reforço positivo, a crioterapia, a aromaterapia, a crioterapia, o relaxamento, a hipnose, a atividade física, o posicionamento, o gerir ambiente, o contacto físico e presença dos pais e a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS).

Em unidades de internamento, são realizados por parte dos profissionais de saúde procedimentos, que podem provocar ou aumentar a dor (Batalha, 2010), pelo que é necessário avaliar a presença ou ausência de manifestações de dor por parte da adolescente e, por isso, faz sentido selecionar este domínio.

A administração do soro polieletrólítico com glicose a 5%, por via intravenosa, tem como efeito adverso dor no local de inserção do cateter e o cetoalose abdominal, pelo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema.

DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular é composto pelo coração e vasos sanguíneos e tem como função garantir a circulação do sangue pelo corpo humano (Aaronson, Ward, & Connolly, 2020).

Devido ao desgaste cirúrgico, os indivíduos podem manifestar diversas alterações durante o pós-operatório, nomeadamente a dor. A dor pode ser manifestada através da alteração dos valores dos sinais vitais, como a tensão arterial e frequência cardíaca e, por isso, é necessário entender se a razão dos valores alterados advém da presença de dor ou de complicações pós cirúrgicas (Miranda et al., 2011), sendo exemplos de complicações alterações da pressão arterial (hipo ou hipertensão) e a hemorragia (Sousa, 2012).

Sendo assim, no período do pós-operatório imediato, é fundamental que a equipa de saúde esteja atenta e acompanhe o indivíduo para garantir a segurança do mesmo e, por isso, a estabilidade dos sinais vitais é essencial para a condição de saúde da pessoa (Cecílio, Peniche,

& Popov, 2014), sendo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese de complicações pós-cirurgia.

A administração do paracetamol, por via intravenosa, tem como efeito adverso a hipotensão, pelo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema.

DOMÍNIO: Eliminação Urinária

A eliminação urinária é fundamental para o funcionamento fisiológico do organismo, sendo que através desta ocorre a eliminação de substâncias orgânicas e inorgânicas, decorrentes do metabolismo das células e dos alimentos (Baptista, 2002).

Nas cirurgias abdominais e pélvicas, é indicado utilizar o cateter vesical nos indivíduos submetidos a bloqueio do neuro-eixo, de forma a prevenir complicações, nomeadamente a retenção urinária (Ercole et al., 2013). Após a cirurgia, é retirado o cateter vesical e aguarda-se pela primeira micção espontânea com vista a negar a hipótese de retenção urinária (Fernandes, Costa, & Saraiva, 2007).

É fundamental vigiar se a adolescente apresenta a primeira micção espontânea após a cirurgia e, posteriormente, a frequência das micções para negar a hipótese diagnóstica de um problema, que neste caso é a retenção urinária.

DOMÍNIO: Eliminação Intestinal

A eliminação intestinal está englobada no aparelho digestivo e consiste no processo de excreção dos produtos de degradação resultantes da digestão, pelo organismo. A porção dos alimentos que não é absorvida por parte do organismo, atravessa o tubo digestivo e é expulsa sob a forma de fezes, denominando-se este processo por defecação (Alexandre, 2012). Quando existe um compromisso neste processo, este podem levar a incontinência, obstipação e diarreia (Hoeman, 2011). A diarreia é causada pelo transporte anormal de água e eletrólitos, resultante de perturbações nas funções digestiva, absorção e secretória (Rodgers, 2019b) e é definida como um aumento da frequência das dejeções ou diminuição da consistência das fezes (Florez, Niño-Serna, & Beltrán-Arroyave, 2020).

A administração do paracetamol, cetorolac e amoxicilina + ácido clavulânico, por via intravenosa, têm como efeito adverso a diarreia e o ondansetron diarreia ou obstipação, pelo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema.

DOMÍNIO: Pele e Mucosas

O domínio pele e mucosas corresponde a um componente do sistema tegumentar e refere-se à "superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta,

hidratada, macia e com temperatura adequada" (International Council of Nurses, 2019).

A ferida consiste numa interrupção na continuidade da pele e comprometimento da integridade desta, sendo que também pode ser definida como uma deformidade ou lesão superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crónica (Menoita, 2015).

Uma vez que a adolescente realizou uma cirurgia e apresenta uma ferida cirúrgica, é necessário avaliar o conhecimento e realizar intervenções do tipo "ensinar" à adolescente e sua mãe para realizarem a gestão da cicatrização da ferida e, por isso, faz sentido seleccionar este domínio.

A administração de:

- Amoxicilina + ácido clavulânico, por via intravenosa, tem como efeito adverso a candidíase mucocutânea;
- Paracetamol, por via intravenosa, tem como efeito adverso reações cutâneas;
- Soro polieletrólítico com glicose a 5%, por via intravenosa, tem como efeito tromboflebites, tromboses venosas e extravasamento;

Por isso, faz sentido escolher estes domínios, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema.

DOMÍNIO: Adolescência

A adolescência é um período do desenvolvimento e corresponde à idade cronológica em que a adolescente se encontra (Derouin, 2019). Na ontologia de enfermagem (2023), associado a este domínio, é possível a avaliação da especificação dos focos com a promoção do papel parental desenvolvimental na medida em que se pretende avaliar os aspetos facilitadores e dificultadores da transição, que têm implicação no desenvolvimento da adolescente e nos quais o enfermeiro pode ter intervenção orientada para o indicador de resultado de mestria (Meleis et al., 2000).

DOMÍNIOS: Autocuidados (Alimentar-se, Cuidar da higiene pessoal, Virar-se, Sentar-se, Andar, Vestir-se ou Despir-se, Erguer-se, Transferir-se)

Os autocuidados referem-se a atividades que podem ser executadas pelo próprio indivíduo e permitem-lhe lidar com as necessidades básicas e atividades de vida diária, permanecer operacional e cuidar do que é preciso para se manter (International Council of Nurses, 2019).

Na fase da adolescência, uma tarefa desenvolvimental essencial é a conquista da autonomia, sendo que este conceito é complexo e abrange várias dimensões, como a emocional, cognitiva e funcional (Yeh & Yang, 2006) e, portanto é expectável que o adolescente consiga realizar todos os seus autocuidados autonomamente (Derouin, 2019).

Sendo assim, este domínio foi seleccionado, no sentido de se perceber se a condição clínica da adolescente tem impacto sobre os autocuidados desta.

DOMÍNIO: Termorregulação

Quando microrganismos com potencial patogénico invadem o organismo, vai haver destruição dos tecidos com consequente produção de substâncias pirógenas, o que leva à ativação de mediadores imunológicos, aumento da atividade metabólica e, consequentemente, aumento da temperatura corporal (Jaimes et al., 2020).

Uma das complicações da apendicectomia é a infeção pós-operatória, que normalmente surge do local cirúrgico e pode levar a um aumento da morbilidade e mortalidade, assim como, aumento do tempo de permanência no internamento (Owens & Stoessel, 2008). Assim sendo, caso exista uma infeção, a temperatura corporal vai aumentar, pelo que faz sentido escolher este domínio no sentido de negar a hipótese diagnóstica de hipertermia.

A administração de soro polieletrólítico com glicose a 5% e o ondansetron, por via intravenosa, têm como efeito adverso a hipertermia, pelo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema.

DOMÍNIO: Digestão

A digestão é a preparação inicial dos alimentos para o corpo os utilizar, sendo que em associação com a absorção e o metabolismo, vai possibilitar que o corpo converta os nutrientes em formas possíveis de serem usados (Rodger, 2019).

A náusea consiste numa sensação difícil de descrever de mal-estar ou enjoo, normalmente percebida como proveniente do estômago e, por vezes, acompanhada por vômitos (Stern, Koch, & Andrews, 2011). O vômito caracteriza-se pela ejeção de conteúdos gástricos pela boca, de forma violenta, frequentemente acompanhado por náuseas e reflexo de vômito (Mondozi, Baker, & Hockenberry, 2019).

As náuseas e vômitos fazem parte das complicações do pós-operatório, especialmente em indivíduos submetidos a cirurgia abdominal, sendo que estas são uma principal causa de deiscência de feridas (López et al., 2009), pelo que faz sentido selecionar este domínio.

A administração de cetorolac, por via intravenosa, tem como efeitos adversos a náusea e vômitos, pelo que faz sentido escolher este domínio, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um problema.

DOMÍNIO: Appetite

O apetite diz respeito a um conjunto de processos que vão influenciar a ingestão de energia para satisfazer as necessidades do organismo (Oliveira et al., 2022).

Devido à condição clínica da adolescente e pela elevada probabilidade de presença de vômitos, foi selecionado este domínio para vigilância da presença ou ausência de apetite.

DOMÍNIO: Desenvolvimento Psicomotor e Desenvolvimento Físico

O desenvolvimento psicomotor é um indicador da condição de saúde da criança e refere-se ao desenvolvimento desta, sendo considerado como um processo natural e evolutivo, que integra a coordenação, comunicação, socialização e mobilidade, assim como, a capacidade da criança em interagir com o meio envolvente, através dos seus comportamentos (International Council of Nurses, 2019).

É um processo dinâmico e contínuo, em que vai ocorrendo o aparecimento das diferentes funções do desenvolvimento, sendo que a velocidade de passagem de um estágio para o outro é variável, consoante a criança/adolescente e, por isso, a idade em que ocorre o aparecimento de novas aquisições também é diferente (Direção-Geral de Saúde, 2013).

O desenvolvimento físico é um indicador da condição de saúde da criança e refere-se ao conjunto de mudanças que ocorrem nesta, constituintes do seu processo de crescimento, isto é, abrange o crescimento do corpo e do cérebro (Papalia, Feldman, & Olds, 2001). O crescimento relaciona-se com o aumento do tamanho corporal e para o avaliar é necessário recorrer às medidas antropométricas da criança, nomeadamente o peso, altura, IMC, perímetro cefálico (Foote, 2019) e, por isso, é necessário realizar a avaliação do desenvolvimento físico, no sentido de detetar alterações no crescimento.

Assim sendo, faz sentido selecionar estes domínios para identificar se a hospitalização terá impacto na condição do desenvolvimento da adolescente.

4.6. Conceção de Cuidados**Sensações somáticas**

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Sem manifestação de dor.

04-11-2023 22:30 - Dor

04-11-2023 23:30 - Localização da dor

04-11-2023 23:30 - Abdómen

04-11-2023 23:30 - Intensidade da dor - 3.

04-11-2023 23:30 - frequência da dor - contínua.

04-11-2023 23:30 - duração da dor - aguda.

04-11-2023 23:30 - dor de tipo - moedeira.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da dor

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da dor [1x/turno ou SOS]

04-11-2023 23:30 - Diminuir dor

04-11-2023 23:30 - Gerir analgesia [Agora]

04-11-2023 23:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Agora]

04-11-2023 23:30 - Posicionar para aliviar a dor [Agora]

04-11-2023 23:30 - Promover autocontrole: dor

04-11-2023 23:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-11-2023 23:30 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

04-11-2023 23:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

04-11-2023 23:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Após informoterapia sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas]

04-11-2023 23:30 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Agora]

04-11-2023 23:30 - Avaliar evolução do autocontrole da dor [No final do turno]

04-11-2023 23:30 - Promover papel parental especial: gestão da dor

04-11-2023 23:30 - 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 [MANTEVE].

04-11-2023 23:30 - Significado atribuído pela mãe/pai às estratégias não farmacológicas de alívio da dor

04-11-2023 23:30 - Capacidade da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

04-11-2023 23:30 - Autoeficácia da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

04-11-2023 23:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

04-11-2023 23:30 - 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]

04-11-2023 23:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora]

04-11-2023 23:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [Último dia de internamento]

04-11-2023 23:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar a capacidade sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente

04-11-2023 23:30 - Instruir mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora]

04-11-2023 23:30 - Treinar mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora]

04-11-2023 23:30

04-11-2023 23:30 - Manifesta dor [PIOROU].

Apetite

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Ingeriu a totalidade das refeições.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Após as refeições]

Sistema cardiovascular

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Localização do Pulso

04-11-2023 22:30 - Punho Esquerda(o)

04-11-2023 22:30 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

04-11-2023 22:30 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

04-11-2023 22:30 - Pulso rítmico.

04-11-2023 22:30 - Pulso simétrico.

04-11-2023 22:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

04-11-2023 22:30 - Membro superior Esquerda(o)

04-11-2023 22:30 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.

04-11-2023 22:30 - Pressão sanguínea diastólica: 59 mmHg.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x/turno]

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/turno]

Digestão

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Sem sensação de enjojo.

04-11-2023 22:30 - Sem vômitos.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da náusea

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da náusea

04-11-2023 22:30 - Determinar vômitos

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do vomitar

Eliminação intestinal

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Ausência de dejeções.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

Eliminação urinária

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Urina em moderada quantidade.

04-11-2023 22:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

04-11-2023 22:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

04-11-2023 22:30 - Transparência da urina: Límpida.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele e mucosas

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

04-11-2023 22:30 - Ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Localização da ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Abdômen Inferior

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [1x/turno]

04-11-2023 22:30 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-11-2023 22:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [Após informoterapia sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica]

04-11-2023 22:30 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [Agora]

04-11-2023 22:30 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [Agora]

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [Último dia de internamento]

04-11-2023 22:30 - Promover papel parental especial: gestão da cicatrização da ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

04-11-2023 22:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [Após informoterapia sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica]

04-11-2023 22:30 - Ensinar mãe/pai sobre cuidados à ferida cirúrgica [Agora]

04-11-2023 22:30 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de complicações da ferida cirúrgica [Agora]

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da cicatrização da ferida cirúrgica [Último dia de internamento]

Termorregulação

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Temperatura corporal periférica

04-11-2023 22:30 - Região axilar: 36.60 °C.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/turno]

Sono

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do sono

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do sono [No final do turno da noite]

Virar-se

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Capaz de mudar de posição na cama

04-11-2023 22:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do virar-se

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do virar-se

Erguer-se

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

04-11-2023 22:30 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do erguer-se

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do erguer-se

Sentar-se

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

04-11-2023 22:30 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

04-11-2023 22:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

04-11-2023 22:30 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do sentar-se

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução no sentar-se

Cuidar da higiene pessoal

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Abre a torneira.

04-11-2023 22:30 - Lava a cavidade oral.

04-11-2023 22:30 - Aplica produtos de higiene.

04-11-2023 22:30 - Limpa-se após usar o sanitário.

04-11-2023 22:30 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

Andar

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Capaz de mover-se através da marcha

04-11-2023 22:30 - marcha sem limitações.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do andar

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do andar

Alimentar-se

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

04-11-2023 22:30 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

04-11-2023 22:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

04-11-2023 22:30 - Prepara os alimentos para a refeição.

04-11-2023 22:30 - Determinar evolução do alimentar-se

04-11-2023 22:30 - Avaliar evolução do alimentar-se

Adolescência

04-11-2023 22:30

04-11-2023 22:30 - Adolescência

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- Vigiar penso da ferida cirúrgica
- Vigiar pele circundante à ferida cirúrgica

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal axilar.

Ensinar mãe/pai sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Evitar esticar a pele circundante à ferida cirúrgica
- Massajar 2x/dia a cicatriz com creme cicatrizante ou hidratante, em movimentos circulares, após remoção de agafos
- Colocar protetor solar fator 50+ na cicatriz, caso haja exposição solar
- Evitar esforço físico durante 15 dias após cirurgia
- Vigiar características do penso da ferida: Presença, cor e quantidade de exsudado

Ensinar mãe/pai sobre sinais de complicações da ferida cirúrgica

- Sinais inflamatórios (rubor, calor, dor, edema e vermelhidão).
- Deiscência da ferida.
- Hemorragia a partir da ferida cirúrgica.
- Hematoma na ferida cirúrgica.
- Presença de exsudado de conteúdo purulento.
- Sinais de seroma.

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Evitar esticar a pele circundante à ferida cirúrgica.
- Massajar 2x/dia a cicatriz com creme cicatrizante ou hidratante, em movimentos circulares, após remoção de agafos.
- Proteger a cicatriz com protetor solar com fator 50+, caso haja exposição solar.
- Evitar esforço físico durante 15 dias após cirurgia.
- Vigiar características do penso da ferida: Presença, cor e quantidade de exsudado.

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Sinais inflamatórios (rubor, calor, dor, edema e vermelhidão).
- Deiscência da ferida cirúrgica.
- Hemorragia a partir da ferida cirúrgica.
- Sinais de seroma.
- Presença de exsudado purulento.
- Hematoma na ferida cirúrgica.

Gerir analgesia

- Administrar paracetamol por via intravenosa

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Utilizar a distração: ler um livro, ver séries/filmes, realizar jogos de raciocínio, visualizar vídeos nas redes sociais.
- Ouvir música.
- Realizar técnica de relaxamento: respiração diafragmática.

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

- Estratégia uso da música: Oferecer música a gosto da adolescente.
- Estratégia distração: ler um livro, ver séries/filmes, realizar jogos de raciocínio, visualizar vídeos nas redes sociais
- Estratégia técnica de relaxamento: respiração diafragmática

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Utilizar música a gosto da adolescente
- Técnica de relaxamento: respiração diafragmática

Instruir mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Estratégia de respiração diafragmática: Pedir para descontrair o queixo e os ombros; Respirar lentamente e de forma rítmica; Realizar uma expiração forçada, expelindo o ar com força; Inspirar pelo nariz e expirar pela boca; encher ao máximo os pulmões; Suster a respiração durante três ou mais segundos, expirar lentamente pela boca para que o estômago e a caixa torácica relaxem, e esvaziar completamente os pulmões.

Treinar mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Pedir à mãe da adolescente para realizar estratégia de respiração diafragmática.

4.8. Síntese relativa ao caso

PRIORIDADES

No presente caso clínico, os cuidados de enfermagem estão centrados na identificação de sinais de complicação, na melhoria da condição clínica, na prevenção de complicações derivadas da condição clínica da adolescente, na promoção do papel parental especial para que a mãe consiga ser autónoma nos cuidados prestados à sua filha e, também, na promoção da autonomia da adolescente para a gestão da sua condição clínica.

Considerarei oportuno promover o papel parental especial, por considerar que incentiva a autonomia e responsabilidade da mãe face aos cuidados complexos e bem-estar da adolescente, no momento da hospitalização e, posteriormente no regresso a casa. Estes aspetos são essenciais para a continuidade de cuidados, para o desenvolvimento da relação adolescente

e sua família e para elevar a qualidade de vida da adolescente.

Considereei oportuno promover a autogestão da promoção da cicatrização da ferida cirúrgica, por considerar que na fase da adolescência é expectável que exista autonomia sobre o cuidar de si próprio e ser capaz de o fazer, incentivando a que a adolescente assuma os cuidados e os consiga realizar autonomamente, preparando-a para o regresso a casa.

Não considereei oportuno promover o papel parental desenvolvimental uma vez que a mãe se encontrava preocupada com a condição clínica da adolescente e, por isso, devido ao facto de esta se encontrar hospitalizada e este momento ser stressante para a mãe e adolescente, a disponibilidade para aprender diminui.

Selecionei os domínios sono, desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento físico, autocuidado transferir-se e o autocuidado vestir-se ou despir-se, uma vez que faz sentido realizar a avaliação destes em contexto de hospitalização, no entanto dado o momento de registo da conceção de cuidados e turno realizado, não foi possível iniciar esta avaliação.

- Para o domínio sono, a sua escolha passa pelo facto da hospitalização ter impacto na qualidade e quantidade de horas de sono e a sua avaliação ser realizada após o tempo de sono da adolescente, neste caso no final do turno da noite.
- Relativamente aos domínios desenvolvimento psicomotor e desenvolvimento físico, foi tido em conta o facto de a adolescente se encontrar hospitalizada e este evento crítico poder ter impacto no seu desenvolvimento, sendo que a escolha destes domínios foi feita com o intuito de avaliar o seu desenvolvimento, detetar sinais de alarme, promover o papel parental desenvolvimental e autonomia da adolescente para o seu desenvolvimento, no entanto, não iniciei a avaliação destes domínios no turno da noite e, por isso, esta deveria ser feita no turno da manhã ou tarde, uma vez que a adolescente se iria encontrar colaborante e disponível para esta avaliação.
- Quanto aos autocuidados transferir-se e vestir-se ou despir-se, a sua seleção foi feita pelo facto de ser expectável que na fase da adolescência haja autonomia para a realização dos autocuidados e perceber-se se a condição clínica da adolescente vai ter impacto sobre estes, contudo a sua avaliação não foi realizada por não ser o momento oportuno, devido ao turno realizado, neste caso, turno da noite.

Num segundo momento de conceção de cuidados, considereei relevante promover o papel parental especial, melhorando o conhecimento e a capacidade para utilizar estratégias não farmacológicas no alívio da dor da adolescente, uma vez que a adolescente apresentava dor.

DADOS CONSIDERADOS RELEVANTES PARA OS DIAGNÓSTICOS DO TIPO POTENCIAL PARA MELHORAR

É essencial avaliar as necessidades de aprendizagem dos pais e adolescente para posteriormente direccionar as intervenções de enfermagem. Esta avaliação permitiu-me descobrir o conhecimento que a adolescente e mãe possuíam sobre as necessidades da adolescente e o que precisavam de aprender.

Para que avaliação das necessidades da adolescente e sua mãe fosse efetiva, foi essencial selecionar critérios para identificar estas necessidades e a disponibilidade da adolescente e mãe para melhorar a condição do conhecimento e capacidade.

Para o conhecimento, utilizei como critérios: o que a adolescente e mãe sabiam; o que necessitavam de aprender; e a disponibilidade da mãe e adolescente para aprender (mostrarem-se interessadas, realizarem questões).

Para a capacidade, utilizei como critérios: o que a mãe sabia realizar; o que necessitava de melhorar; e a disponibilidade para melhorar a sua capacidade (mostrou-se interessada para melhorar a sua capacidade).

RESULTADOS ESPERADOS FACE AOS DIAGNÓSTICOS

Em relação aos diagnósticos associados aos processos corporais (dor), tive como intenção contribuir para a evolução positiva da condição, por forma a que as minhas intervenções de enfermagem levassem à diminuição da dor.

Quanto aos diagnósticos associados com a promoção do papel parental especial, tive como intenção contribuir para a melhoria dos aspetos, que necessitavam de ser melhorados e era o momento próprio para intervir, levando à mestria. Para isso, para cada diagnóstico, defini os resultados esperados.

FERIDA CIRÚRGICA - Promoção do papel parental especial: Gestão de cicatrização da ferida cirúrgica

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre a cicatrização da ferida cirúrgica:

- A mãe refere complicações associadas à ferida cirúrgica
- A mãe refere cuidados a ter com a ferida cirúrgica
- A mãe refere cuidados a ter com a cicatriz

FERIDA CIRÚRGICA - Promoção autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

Resultados esperados face ao potencial para melhorar o conhecimento sobre a cicatrização da ferida cirúrgica:

- A adolescente refere complicações associadas à ferida cirúrgica
- A adolescente refere cuidados a ter com a ferida cirúrgica
- A adolescente refere cuidados a ter com a cicatriz

DOR - Promoção do papel parental especial: Gestão da dor

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas para alívio da dor

- A mãe refere estratégias não farmacológicas para alívio da dor adequadas à fase da

adolescência

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar a capacidade sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor

- A mãe executa a estratégia: respiração diafragmática

DOR - Promoção autocontrolo: dor

Resultados esperados face ao potencial para melhorar o conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas:

- A adolescente refere estratégias não farmacológicas para alívio da dor adequadas à fase da adolescência

Face ao diagnóstico de dor, os resultados esperados delineados, quer para a mãe, quer para a adolescente, foram alcançados. No entanto, para o diagnóstico de ferida cirúrgica, a mãe não conseguiu nomear complicações associadas à ferida cirúrgica e a adolescente não conseguiu nomear cuidados a ter com a ferida cirúrgica.

CONTRIBUTOS DAS INTERVENÇÕES

Numa primeira fase, para contribuir para a melhoria da condição clínica da adolescente, são utilizadas intervenções do tipo executar, gerir e, também, intervenções do tipo otimizar, relacionadas com a administração de terapêutica. Por exemplo, a intervenção gerir analgesia permitiu diminuir a dor à adolescente.

A avaliação da evolução possibilita a avaliação e a vigilância sistemática da condição clínica da criança, através de intervenções do tipo avaliar. Estas intervenções permitem determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram os indicadores de resultado delineados e verificar se não é preciso realizar mudanças ou adaptações no processo. Por exemplo, a avaliação da evolução da dor permitiu detetar a dor.

As intervenções do tipo ensinar possibilitam fornecer informação sistematizada, através da informoterapia, sobre as necessidades de conhecimento que a mãe e adolescente apresentam, facilitando o processo de transição, permitindo a aquisição da mestria. Por exemplo, a mãe e a adolescente não apresentavam conhecimento sobre a cicatrização da ferida cirúrgica, pelo que foram realizadas intervenções do tipo ensinar para responder às necessidades de conhecimento de ambas.

Para a mãe desenvolver capacidades para assegurar o papel parental especial, são usadas intervenções do tipo instruir para capacitar a mãe no que não sabe realizar. Após isto, é necessário que a mãe treine e demonstre se é capaz de realizar o que foi instruído, através de intervenções do tipo treinar. Por exemplo, como a mãe apresentou dificuldades em realizar a estratégias respiração diafragmática, pelo que demonstrei como se o faz e posteriormente a mãe teve oportunidade de ser ela a realizar esta estratégia.

As intervenções implementadas ao longo da concepção de cuidados, no que é relativo ao processo adaptativo, obtiveram os resultados esperados, na medida que atingiram os objetivos pretendidos.

ESTABELECIMENTO DO TIMING DO OBJETIVO FINAL

É importante dar tempo à adolescente e sua mãe para assimilar e compreender as informações e instruções fornecidas para que deixe de haver necessidades de conhecimento e capacidade.

O timing estabelecido para a avaliação do objetivo final, para a promoção do papel parental e autogestão da dor, foi o final do turno. Decidi que após informoterapia, instruir e realizar intervenções do processo adaptativo face ao objetivo, faria sentido avaliar o conhecimento da adolescente e conhecimento e capacidade acerca das necessidades que a mãe apresentava. Para dar tempo à mãe de assimilar as informações fornecidas e ser eu a realizar a avaliação do objetivo final, decidi fazê-lo no final de turno.

O timing estabelecido para a avaliação do objetivo final, para a promoção do papel parental e autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica, foi antes do momento de alta. Considerei que o facto de não haver necessidade de se realizar o tratamento à ferida cirúrgica e a adolescente e sua mãe não a visualizarem, não permite avaliar se o objetivo final foi estabelecido. Para dar tempo à adolescente e sua mãe de assimilarem as informações fornecidas e realizarem os cuidados complexos no domicílio, decidi estabelecer o momento de alta como o timing para o objetivo final.

PARCERIA DE CUIDADOS

Face ao evento crítico da hospitalização da adolescente, procurei intervir de forma a promover a participação da mãe nos cuidados à filha, motivando-a para a aquisição de novos conhecimentos e competências, incentivando-a a exprimir as suas emoções e sentimentos e apoiando-a na sua adaptação a este processo. Foi possível estabelecer uma relação entre enfermeiro-adolescente-mãe, com vista a diminuir os efeitos negativos da hospitalização e humanizar os cuidados prestados à adolescente. É fundamental que os pais realizem a continuidade dos cuidados no domicílio e, também, que a adolescente apresente autonomia para se autogerir, no sentido de diminuir os índices de morbilidade.

Com a parceria de cuidados, pretendi preparar os pais para promover a autonomia da adolescente e promover a capacidade parental face a cuidados especiais, sendo que isto está expresso na concepção de cuidados com as intervenções realizadas para o diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre a cicatrização da ferida cirúrgica", no sentido de a mãe conseguir auxiliar a adolescente a adotar comportamentos de autogestão da promoção da cicatrização da ferida cirúrgica e conseguir dar resposta às necessidades especiais da adolescente, que não se vão manter quando regressar ao domicílio.

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

Guilherme, na infância pré-escolar, vem à consulta programada de Saúde Infantil na Unidade de Saúde Familiar da área de residência. Foi diagnosticado há 30 dias com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Já frequenta a terapia da fala, consulta de pediatria do desenvolvimento e consulta de psicologia. Vem à consulta acompanhado pela mãe.

5.1. Enquadramento teórico

PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO (PHDA)

A PHDA é uma perturbação neurodesenvolvimental, de natureza multifatorial, de início na infância e caracterizado por sintomas como desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade persistentes, sendo que estes surgem antes dos 12 anos (Miranda & Martins, 2021; Piñón et al., 2019). A criança com PHDA apresenta dificuldades na atenção, concentração, tomada de decisão, planeamento, autorregulação do comportamento, entre outros (Glozman & Shevchenko, 2014), o que pode prejudicar o seu desenvolvimento e ter um impacto negativo na sua vida diária (Dias et al., 2013).

De acordo com o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) de 2013, existem três principais tipos da PHDA, sendo eles:

- Combinada, que implica a presença de sintomas de Desatenção e de Hiperatividade e Impulsividade;
- Predominantemente Desatenção, que é mais frequente em idade escolar;
- Predominantemente Hiperatividade-Impulsividade, que é mais frequente em idade pré-escolar.

No caso do Guilherme, este apresenta predominantemente hiperatividade-impulsividade, que coincide com o que é descrito na literatura supramencionada.

O tratamento da PHDA tem como objetivo reduzir a sua sintomatologia e inclui medicação, estratégias de modificação comportamental ou a combinação de ambas (Miranda & Martins, 2021), sendo que a medicação é apenas recomendada como tratamento de primeira linha para redução da sintomatologia em casos mais severos (Sayal et al., 2018).

A PHDA apresenta impacto no indivíduo e família, nomeadamente no aumento do encargo

financeiro, stresse familiar, diminuição do rendimento escolar, comportamentos antissociais, pelo que a intervenção precoce é fundamental (Tamayo-Orrego et al., 2015).

INFÂNCIA PRÉ-ESCOLAR

A infância pré-escolar compreende a faixa etária dos 3 aos 6 anos (Festas, Quelhas, & Braga, 2020), sendo que este período envolve a união das aquisições biológicas, cognitivas, psicossociais e espirituais, que vão permitir a preparação da criança para a entrada na escola, através do controlo dos sistemas corporais, do aumento da capacidade de atenção e memória, da interação com outras crianças e adultos e da experiência de separação dos pais (Monroe, 2019).

Na ontologia de enfermagem (2023), o desenvolvimento psicomotor é avaliado pela existência ou ausência de sinais de alarme relativos ao desenvolvimento da postura e motricidade global, função motora fina, audição, visão, linguagem e do comportamento interativo e da adaptação social. Posto isto, é fundamental ter conhecimento sobre o desenvolvimento psicomotor da criança com 5 anos.

A criança aos 5 anos, corre e chuta a bola, atira uma bola ao ar e apanha-a, sobe e desce escadas, salta à corda, salta ao pé coxinho de forma alternada, patina e nada, apresenta grande agilidade e autonomia (Pinto, 2009).

Na infância pré-escolar, verifica-se um refinamento das capacidades de desenhar e escrever, sendo que o desenho apresenta avanços na perceção da forma e desenvolvimento da coordenação muscular fina, sendo que aos 5 anos, a criança desenha com mais detalhe a figura humana, faz uma casa e formas variadas, desenha o quadrado, o triângulo, o losango e a cruz e recorta bem com a tesoura (Monroe, 2019).

Ao longo desta faixa etária, vai existindo uma evolução da linguagem da criança e esta é influenciada tanto pela capacidade cognitiva como pelos modelos do seu ambiente. A criança com 5 anos pode ter um vocabulário de 2100 palavras e o uso e compreensão da gramática e a estrutura de frases também têm uma evolução favorável, conta até 15 e conhece as moedas (Monroe, 2019; Pinto, 2009). O discurso pode conter pequenas incorreções articulatórias, que devem corrigidas previamente ao início da escola (Pinto, 2009).

A criança na infância pré-escolar desenvolve o sentido de iniciativa, é capaz de escolher os seus amigos e é nesta fase desenvolvimental que surgem os sentimentos de culpa pela realização de comportamentos inadequados em resposta ao não cumprimento de limites (Festas, Quelhas & Braga, 2020). É fundamental a definição de limites verbais uma vez que a criança nesta fase desenvolvimental está consciente dos comportamentos adequados e inadequados a ter, especialmente devido à punição ou recompensa (Monroe, 2019). Nesta faixa etária, a criança tem autonomia para se lavar, vestir e despir e uso do sanitário sem ajuda, come com faca e garfo, compreende as regras do jogo e a sua concentração aumenta para 15 a 20 minutos

(Pinto, 2009).

Na ontologia de enfermagem, para a criança que se encontra na infância pré-escolar, a avaliação do desenvolvimento físico é feita através da avaliação da altura, peso, Índice de Massa Corporal (IMC) e respetivos percentis.

Nesta faixa etária, o crescimento físico abranda e estabiliza, sendo que, aos cinco anos o peso médio é de 18,5 kg, havendo um aumento médio de 2 a 3 kg por ano. A altura média aos cinco anos é de 110 cm, existindo um acréscimo anual de 6,5 a 9 cm (Monroe, 2019; Popik et al., 2017).

No que diz respeito às dificuldades desenvolvimentais associadas à idade pré-escolar, temos os medos e problemas da fala. Quanto aos medos, nesta faixa etária pode-se encontrar os mais diversos e em maior número, podendo ser reais ou imaginários e a sua causa exata é desconhecida, sendo que os medos mais frequentes das crianças em idade pré-escolar são o escuro, serem deixadas sozinhas, animais, fantasmas e objetos ou pessoas relacionadas com a dor (Monroe, 2019).

Importa também perceber quais as necessidades desenvolvimentais desta fase etária, sendo elas a segurança, a higiene e ingestão nutricional. A criança em idade pré-escolar sente necessidade de estar segura e, caso isto não aconteça, a insegurança sentida em alguns contextos ou situações pode ser um fator predisponente para a criança desenvolver

No que diz respeito à ingestão nutricional, esta refere-se à qualidade e quantidade de nutrientes ou alimentos que são inseridos no corpo (International Council of Nurses, 2019). A criança em idade pré-escolar apresenta necessidades nutricionais específicas estando mais propícia a desequilíbrios ou carências alimentares (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). A Direção Geral de Saúde (DGS) recomenda a utilização da dieta mediterrânica para uma alimentação variada, equilibrada e diversificada (Direção-Geral de Saúde, 2020).

Quanto à higiene, é fundamental ter em atenção à higiene oral da criança e é essencial que a criança em idade pré-escolar escove pelo menos duas vezes por dia os dentes, sendo obrigatória a escovagem antes de deitar, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm. A quantidade de pasta de dentes a ser colocada na escova de dentes corresponde ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da criança (Direção-Geral de Saúde, 2021). Como prevenção de cáries, está desaconselhado o consumo de guloseimas, especialmente fora do horário das refeições (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

PROCESSO DA TRANSIÇÃO

Neste caso clínico, o Guilherme encontra-se a vivenciar uma transição desenvolvimental, pela sua etapa de desenvolvimento - infância pré-escolar - e uma transição saúde/doença, por ter sido diagnosticado com PHDA, pelo que se pode definir como uma transição de padrão múltiplo,

simultânea e não relacionada (Meleis et al., 2000). Quanto à sua mãe, esta está a vivenciar uma transição do tipo desenvolvimental pelo papel parental que desempenha e uma transição situacional por apresentar necessidade de desenvolver um papel parental especial face às necessidades especiais do Guilherme, ou seja, um papel parental especial face a cuidados especiais e, por isso, trata-se de uma transição múltipla, simultânea e relacionada (Meleis et al., 2000).

Focando para a experiência de transição vivenciada pela mãe/pai, como aspetos facilitadores temos o facto de a mãe/pai terem um bom status económico é, uma vez que o Guilherme se encontra a realizar terapias em instituições privadas; o suporte dos seus amigos, familiares e profissionais de saúde; e o facto de a mãe já ter sido previamente preparada pelos profissionais de saúde para o diagnóstico de PHDA. No entanto, o facto de o Guilherme já ter sido referenciado para a ELI e esta não ter tido capacidade de resposta para responder às suas necessidades, constitui-se como um aspeto dificultador da transição, uma vez que, a mãe considera esta equipa como uma mais valia.

Através dos indicadores de processo, é possível perceber-se como é que a transição está a decorrer, isto é, se o indivíduo tem adquirido progressivamente conhecimentos e capacidades, se atribui significados e crenças aos aspetos da transição e se se sente capaz de lidar com a transição com eficácia (Meleis et al., 2000), o que justifica na conceção de cuidados incluir os indicadores de processo, de forma a verificar se os clientes atingiram a mestria com a aquisição de novas competências e se estes se sentem confortáveis no novo papel que desempenham, adquirindo uma integridade fluída (Meleis et al., 2010).

Para que isto aconteça, implementei estratégias, como por exemplo a informoterapia, para auxiliar a criança e sua mãe na tomada de decisão, na autogestão da condição de saúde e adoção de comportamentos saudáveis (MacGowan, 2005), por forma a que estes atinjam os seus objetivos e ultrapassem barreiras, promovendo a literacia em saúde (Silva, 2014).

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

A consulta de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários (CSP) constitui-se como o principal instrumento para promover a saúde e prevenir a doença (Sobral et al., 2018), sendo que a consulta de enfermagem em saúde infantil e juvenil promove um momento privilegiado para a prática clínica dirigida à criança, através de uma prática sistemática e baseada em conhecimento científico, com o intuito de proporcionar o desenvolvimento da criança, o autocuidado adequado a cada idade e modificar os aspetos dificultadores da transição de cada cliente (Fernandes & Andrade, 2020).

Com a consulta em saúde infantil e juvenil pretende-se atingir vários objetivos, entre os quais avaliar o desenvolvimento e crescimento da criança, orientar a criança e pais para a adoção de comportamentos promotores de saúde, detetar precocemente situações de risco para a criança

ou sinais de alarme e encaminhar, sinalizar precocemente e proporcionar apoio à criança com necessidades de saúde especiais, proporcionar o desenvolvimento pessoal, social e a autodeterminação da criança e apoiar e estimular o papel parental (Direção-Geral de Saúde, 2013). Tendo em consideração a idade do Guilherme, salienta-se a consulta dos 5 anos, cujo objetivo passa por avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem.

A consulta de saúde infantil é um momento oportuno para verificar e sensibilizar para o cumprimento do plano vacinal, sendo que para a idade do Guilherme está indicada a administração de duas vacinas: DTPaVIP e VASPR (Direção-Geral de Saúde, 2020).

Para a consulta de saúde infantil dos 5 anos, os parâmetros a avaliar são o peso, altura, IMC, tensão arterial, postura, dentição, visão, audição, exame físico, linguagem ou dificuldades específicas da aprendizagem, desenvolvimento, vacinação, relação emocional ou comportamento, risco de maus tratos e segurança do ambiente e os cuidados antecipatórios a ter em conta são a alimentação, saúde oral, escola (preparação do ingresso na escola), desenvolvimento (atividades promotoras do desenvolvimento infantil), relação emocional/comportamento, acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais realizadas no tempo livre e hábitos de sono (Direção-Geral de Saúde, 2013).

INFORMOTERAPIA E LITERACIA EM SAÚDE

A informoterapia consiste na prescrição oportuna e disponibilização da informação em saúde, baseada em conhecimento científico, tendo por objetivo responder às necessidades do indivíduo, apoiar as suas tomadas de decisão e mudança de comportamentos (Kemper & Mettler, 2002).

A literacia em saúde é uma estratégia de capacitação para o indivíduo aumentar o controlo da sua saúde, a capacidade de procurar informação e assumir as responsabilidades, ou seja, a capacidade que o indivíduo possui para tomar decisões fundamentadas, nos seus contextos de vida (Kickbusch, Wait & Maaga, 2006).

Tanto a informoterapia como a literacia desempenham um papel fundamental na melhoria da condição de saúde, redução dos custos dos cuidados de saúde, aumento do conhecimento em saúde e menor utilização dos serviços de saúde, sendo que uma maior literacia em saúde permite a aquisição de novos conhecimentos, maior autoeficácia e adoção de comportamentos de saúde positivos (Baker, 2006).

5.2. Clientes

Cliente

Pré-escolar | Idade: 5 anos | Masculino

Mãe/Pai

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Figura parental principal: mãe.

07-12-2023 10:30 - Número de outros filhos: 0.

07-12-2023 10:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

07-12-2023 10:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-07 10:30:00	DTPaVIP 5	
2023-12-07 10:30:00	VASPR 2	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo o Programa Nacional de Vacinação (PNV) de 2020, aos 5 anos de idade estão indicadas duas vacinas, sendo elas:

- Vacina tetravalente DTPaVIP: 5ª dose de DTPa e de VIP
- Vacina VASPR: 2ª dose

O objetivo da vacinação é oferecer uma melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível (Maio et al., 2017), sendo que a administração destas vacinas pode ocorrer na consulta de saúde infantil dos 5 anos, aproveitando a oportunidade para promover o cumprimento do PNV (Direção-Geral de Saúde, 2020).

DTPaVIP 5

Grupo medicamentoso: Vacina inativa, que contém os seguintes antígenos os seguintes antígenos: Toxóide diftérico adsorvido (D); Toxóide tetânico adsorvido (T); Toxóide e subunidades de Bordetella pertussis (Pa); Vírus da poliomielite dos tipos 1, 2 e 3, inteiros e

inativados (VIP); e Antígenos adsorvidos em hidróxido de alumínio (Direção-Geral de Saúde, 2020).

Indicação terapêutica: Imunização contra a difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite, como primovacinação ou reforço, em crianças com idade ≥ 6 semanas e < 7 anos de idade (Índice Toda a Saúde, 2023).

Reações adversas frequentes: Reações locais (dor, rubor e tumefação); Reações sistêmicas (hipertermia, vômitos, cefaleias, mialgias, sonolência) (Direção-Geral de Saúde, 2020).

VASPR 2

Grupo medicamentoso: Vacina atenuada e combinada, que contém vírus atenuados do sarampo, da parotidite epidêmica e da rubéola (Índice Toda a Saúde, 2023).

Indicação terapêutica: Imunização contra o sarampo, parotidite epidêmica e rubéola, para clientes com idade ≥ 12 meses de idade (Direção-Geral de Saúde, 2020).

Reações adversas frequentes: Reações locais (dor, rubor, sensibilidade e tumefação); Reações sistêmicas (Hipertermia, exantema e tumefação das parótidas) (Direção-Geral de Saúde, 2020).

Cuidados de enfermagem: Administrar a vacina VASPR em último lugar uma vez que, é mais dolorosa e pode levar a um aumento da intensidade da dor (Abadesso, 2022).

As vigilâncias que decorrem da administração das vacinas, estão expressas nos seguintes domínios: pele e mucosas e sensações somáticas.

5.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-12-2023 10:30	Sistema cardiovascular	
07-12-2023 10:30	Desenvolvimento psicomotor	
07-12-2023 10:30	Desenvolvimento físico	
07-12-2023 10:30	Infância pré-escolar	
07-12-2023 10:30	Pele e mucosas	
07-12-2023 10:30	Sensações somáticas	

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

Perante o cenário apresentado, selecionei os domínios que tomei em consideração para a conceção de cuidados, tendo em atenção os aspetos a avaliar na consulta de saúde infantil dos cinco anos e a patologia que a criança apresenta, a PHDA. Posto isto, selecionei como domínios:

DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular é um sistema corporal, composto pelo coração e vasos sanguíneos e tem como função garantir a circulação do sangue pelo corpo humano (Aaronson, Ward, & Connolly, 2020).

Sendo a consulta de saúde infantil um momento de vigilância de saúde, está recomendado que a partir dos três anos seja avaliada a tensão arterial (Direção-Geral de Saúde, 2013), como medida preventiva para identificar ou negar a hipótese diagnóstica de um compromisso cardiovascular.

DOMÍNIO: Desenvolvimento Psicomotor e Desenvolvimento Físico

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo e diz respeito ao desenvolvimento que a criança apresenta ao longo da infância, sendo constante o aparecimento das diversas funções, sendo elas correspondentes à motricidade grossa, fina, dos sentidos, da comunicação, do seu comportamento, emoções, competências sociais e autonomia (Pinto, 2009).

O desenvolvimento físico apresenta-se como um indicador da condição de saúde da criança e refere-se ao conjunto de mudanças que ocorrem nesta, constituintes do seu processo de crescimento, ou seja, o crescimento do corpo e do cérebro (Papalia, Feldman, & Olds, 2001). O crescimento do corpo relaciona-se com o aumento do tamanho corporal e para o avaliar é necessário recorrer às medidas antropométricas da criança, nomeadamente o peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC) (Foote, 2019).

A consulta de saúde infantil é um momento de vigilância de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, sendo que a avaliação do desenvolvimento psicomotor e físico permite a deteção precoce de sinais de alerta e de alarme relativos ao desenvolvimento infantil da criança.

DOMÍNIO: Infância Pré-Escolar

A infância pré-escolar é uma etapa do desenvolvimento e corresponde à idade cronológica em que a criança se encontra (Rodgers, 2019b). Para além disso, na infância pré-escolar é expectável que algumas das necessidades desenvolvimentais da criança sejam realizadas pelos

pais. Posto isto, este domínio foi selecionado para avaliar o processo adaptativo do papel parental face às necessidades desenvolvimentais da criança e promover o papel parental desenvolvimental.

Na ontologia de enfermagem (2023), associado a este domínio, é possível a avaliação da especificação dos focos com a promoção do papel parental desenvolvimental na medida em que se pretende avaliar os aspetos facilitadores e dificultadores da transição, que têm implicação no desenvolvimento da criança e nos quais o enfermeiro pode ter intervenção orientada para o indicador de resultado de mestria (Meleis et al., 2000).

DOMÍNIO: Pele e Mucosas

A avaliação da pele e mucosas constitui-se como um parâmetro a avaliar na consulta de desenvolvimento infantil dos 5 anos, aquando a realização do exame físico (Direção-Geral de Saúde, 2013). O exame físico é uma avaliação completo do indivíduo, que se inicia da cabeça para os pés e com esta avaliação é possível verificar se existem alterações na integridade da pele e mucosas (Johnson & Keogh, 2012), que, por exemplo, no caso da infância pré-escolar é muito comum apresentar-se lesões no couro cabeludo pela presença de piolhos (Foote, 2019).

DOMÍNIO: Sensações Somáticas

A dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (Raja et al., 2020).

Na idade pediátrica, a administração de vacinas é a fonte de dor mais comum, na prestação de cuidados. Uma vez que a vacinação é um momento previsível e transitório, deve-se ter em conta o seu alívio e controlo, pois caso a dor associada à vacinação seja desvalorizada, pode levar a que a criança apresente ansiedade em procedimentos futuros, medo de agulhas e comportamentos de evicção de cuidados de saúde (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021).

A execução de técnicas não farmacológicas permite lidar com a dor, podendo contribuir para a redução da sua perceção, tornando-a mais tolerável e, também, reduzir a ansiedade (Gil, 2011).

De acordo com o Programa Nacional de Vacinação (2020), devem ser administradas duas vacinas à criança com cinco anos de idade, o que pode levar à presença de dor e, por isso, a sua avaliação na consulta de saúde infantil é fundamental. Deste modo, com a recolha de dados face à manifestação ou não de dor, é possível identificar ou negar a presença do diagnóstico de dor.

5.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Sem manifestação de dor.

07-12-2023 10:30 - Determinar sinais de dor

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [Após administração de vacinas]

07-12-2023 11:30

07-12-2023 11:30 - Manifesta dor [PIOROU].

07-12-2023 11:30 - Dor

07-12-2023 11:30 - Localização da dor

07-12-2023 11:30 - Braço Direita(o)

07-12-2023 11:30 - Intensidade da dor - 3.

07-12-2023 11:30 - frequência da dor - contínua.

07-12-2023 11:30 - duração da dor - aguda.

07-12-2023 11:30 - dor de tipo - pontada.

07-12-2023 11:30 - Braço Esquerda(o)

07-12-2023 11:30 - Intensidade da dor - 2.

07-12-2023 11:30 - frequência da dor - contínua.

07-12-2023 11:30 - duração da dor - aguda.

07-12-2023 11:30 - dor de tipo - pontada.

07-12-2023 11:30 - Diminuir dor

07-12-2023 11:30 - Gerir analgesia [Neste contacto]

07-12-2023 11:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Neste contacto]

07-12-2023 11:30 - Promover autocontrolo: dor

07-12-2023 11:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

07-12-2023 11:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 11:30 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Neste contacto]

Sistema cardiovascular

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Localização do Pulso

07-12-2023 10:30 - Antebraço Esquerda(o)

07-12-2023 10:30 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.

07-12-2023 10:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-12-2023 10:30 - Pulso rítmico.

07-12-2023 10:30 - Pulso simétrico.

07-12-2023 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-12-2023 10:30 - Membro superior Esquerda(o)

07-12-2023 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

07-12-2023 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 57 mmHg.

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia *[Próxima consulta de saúde infantil]*

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea *[Próxima consulta de saúde infantil]*

Pele e mucosas

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos *[Próxima consulta de saúde infantil]*

Desenvolvimento psicomotor

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento da linguagem: com sinais de alarme.

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: com sinais de alarme.

07-12-2023 10:30 - Desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - Hiperativo(a) ou distraído(a) ou tem dificuldade de concentração (aos 5 anos).

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil *[Próxima consulta de saúde infantil]*

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil *[Próxima consulta de saúde infantil]*

07-12-2023 10:30 - Promover desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil *[Neste contacto]*

07-12-2023 10:30 - Promover adesão: estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - Conhecimento sobre o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Conhecimento sobre estratégias para promover

desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil [Consulta a 22/12/2023]*

07-12-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Consulta a 22/12/2023]*

07-12-2023 10:30 - *Ensinar sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Neste contacto]*

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador.

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador.

07-12-2023 10:30 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador.

07-12-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Consulta a 22/12/2023]*

07-12-2023 10:30 - *Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar [Neste contacto]*

07-12-2023 10:30 - *Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil [Consulta a 22/12/2023]*

Desenvolvimento físico

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Peso: 22.40 Kg.

07-12-2023 10:30 - Comprimento/Altura: 119.00 cm.

07-12-2023 10:30 - Índice de massa corporal: 15.82 Kg/m².

07-12-2023 10:30 - Crescimento

07-12-2023 10:30 - Determinar evolução do crescimento

07-12-2023 10:30 - *Avaliar evolução do crescimento [Próxima consulta de saúde infantil]*

Infância pré-escolar

07-12-2023 10:30

07-12-2023 10:30 - Infância pré-escolar

07-12-2023 10:30 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: ingestão nutricional

07-12-2023 10:30 - Conhecimento sobre ingestão nutricional: necessita ser

melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre ingestão nutricional [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Ensinar sobre ingestão nutricional [Neste contacto]

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: ingestão nutricional [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene e conforto

07-12-2023 10:30 - Conhecimento sobre higiene oral: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene oral

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene oral [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Ensinar sobre higiene oral [Neste contacto]

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene e conforto [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: sono/repouso

07-12-2023 10:30 - Conhecimento sobre sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o sono [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: segurança

07-12-2023 10:30 - Conhecimento sobre promoção da segurança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da segurança [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional da criança

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional [Neste contacto]

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão

nutricional [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora.

07-12-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene oral da criança

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre higiene oral [Neste contacto]

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança [Consulta a 22/12/2023]

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

07-12-2023 10:30 - 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.

07-12-2023 10:30 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

07-12-2023 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Após informoterapia acerca da administração das vacinas]

07-12-2023 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Neste contacto]

07-12-2023 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Após administração das vacinas e no final da consulta]

07-12-2023 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

07-12-2023 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

5.6. Especificação das intervenções

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Utilizar jogos didáticos com números e cores (preferências da criança).
- Pedir à criança para realizar um desenho de uma casa e de uma figura humana.
- Estabelecer regras e limites durante a consulta de saúde infantil.

Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional

- Interpretação de rótulos.
- Benefícios do consumo de frutas e hortícolas.
- Reduzir a ingestão de sumos e preferir o consumo de água.
- Reduzir a ingestão de alimentos ricos em açúcar: bolachas, chocolate, pão de forma, cereais, sumos.

Ensinar mãe/pai sobre higiene oral

- Escovar os dentes pelo menos 2x/dia, sendo obrigatório escovar os dentes antes de se deitar.
- Utilizar pasta dentífrica fluoretada com 1000 a 1500 ppm.
- Utilizar a música dos parabéns do panda e os caricas para realizar os passos da escovagem dos dentes.
- Com a entrada no 1º ciclo, a criança pode realizar o bochecho com solução fluoretada quinzenalmente, em meio escolar.

Ensinar mãe/pai sobre vacinação

- Reações locais decorrentes da administração das vacinas: reações 1 a 3 dias após a administração das vacinas, sendo que pode surgir um nódulo indolor no local da injeção, que vai sendo absorvido, ao longo de várias semanas.
- Reações sistémicas decorrentes da administração das vacinas: a hipertermia e o exantema podem surgir tardiamente, isto é, 6 a 14 dias após a administração da vacina e, com a administração da DTPaVIP, as reações adversas surgem geralmente nas primeiras 24 horas.
- Gestão adequada dos cuidados a ter caso surja hipertermia ou desconforto, decorrentes da administração de vacinas: a administração de paracetamol ou Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINE's), para prevenção de sintomas como, por exemplo, a hipertermia, não é recomendada pois existe uma redução nas respostas dos anticorpos a alguns antígenos vacinais, o que compromete a eficácia da vacina. O paracetamol ou os AINE's só devem ser administrados caso a criança manifeste alguma das reações adversas ou se apresente desconfortável.
- Benefícios da execução de estratégias não farmacológicas: redução da dor, ansiedade e maior adesão ao procedimento
- Gestão da dor através da execução de estratégias não farmacológicas: informar sobre procedimento de vacinação antes da consulta; importância da presença da mãe/pai;

técnica da distração (uso de vídeos);

Ensinar sobre ingestão nutricional

- Benefícios do consumo de frutas e hortícolas, com recurso a imagens.
- Preferir o consumo de água em vez de sumos.
- Consequências do consumo excessivo de açúcar, com recurso a imagens.

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar

- Realizar jogos didáticos com números, animais e/ou cores (preferências da criança).
- Reduzir o horário de exposição a ecrãs de duas horas para uma hora por dia.
- Alterar a hora de exposição de ecrãs das 20:00h para as 18:00h.
- Impor limites e regras.
- Realizar idas ao parque e brincadeiras no exterior, para proporcionar contacto com a natureza.
- Estabelecer rotinas organizadas e estáveis para o dia a dia da criança.
- Eliminar todos os estímulos externos, visuais ou auditivos quando a criança precisa de realizar uma tarefa que exija concentração.
- Estimular a criança a realizar tarefas domésticas, como arrumar os seus brinquedos, ajudar a colocar a mesa, entre outras.
- Dar instruções de forma simples e de cada vez.
- Utilizar cenários hipotéticos sociais para exemplificar a importância do cumprimento de regras.
- Benefícios da utilização de estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.

Ensinar sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

- Utilizar jogos didáticos, com animais ou cores.
- Realizar atividades de grupo, como por exemplo o futebol.
- Diminuir a utilização de aparelhos eletrónicos.

Ensinar sobre higiene oral

- Técnica de escovagem: colocação de pasta de dentes na escova; escovar todos os dentes, por cerca de 2 minutos, com movimentos horizontais e circulares; escovar a língua; lavar a boca com água, evitando a ingestão de pasta de dentes, com recurso a imagens.
- Utilizar a música dos pandas e caricaturas para realizar a escovagem dos dentes.
- Utilizar a unha do 5º dedo da mão como medida para a quantidade de pasta dentífrica a colocar na escova dos dentes, com recurso a imagens.
- Consequências de uma inadequada higiene oral, com recurso a imagens de cáries.
- Escovar os dentes pelo menos 2x/dia, sendo obrigatória a escovagem antes de deitar.

Avaliar evolução da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: ingestão nutricional

- Verificar se adota os comportamentos relativos à ingestão nutricional.
- Questionar se se sente satisfeita com a adoção dos comportamentos.

Gerir analgesia

- Aplicar penso de EMLA no início da consulta nos locais de administração das vacinas

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Distração como estratégia facilitadora do processo de vacinação

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Utilizar vídeo do Pocoyo (preferência da criança) como distração.
- Providenciar presença da mãe
- Explicar à criança procedimento de vacinação

5.7. Síntese relativa ao caso

PRIORIDADES

No presente caso clínico, os cuidados de enfermagem estão centrados na detecção precoce de sinais de alerta do desenvolvimento infantil, na promoção do papel parental da mãe face a necessidades desenvolvimentais e especiais da criança e na promoção da autonomia da criança para as suas necessidades desenvolvimentais. Num primeiro momento de conceção de cuidados, foram priorizadas os aspetos relativos às necessidades de conhecimento que a criança e sua mãe possuíam e mostraram disponibilidade para aprender e, no segundo momento de conceção de cuidados, devido à administração de vacinas foi abordado o tema da gestão da dor, para que a criança e sua mãe pudessem gerir a dor após as vacinas, pois a criança encontrava-se bastante ansiosa e receosa pela vacinação.

Assim sendo, no primeiro momento de conceção de cuidados, considerei oportuno promover o papel parental desenvolvimental, melhorando o conhecimento sobre a ingestão nutricional e higiene e conforto, por serem aspetos a ter em conta como cuidados antecipatórios e para os quais a mãe apresentava lacunas no conhecimento. Considerei que a minha intervenção seria facilitadora do desempenho parental desenvolvimental face às necessidades desenvolvimentais da criança.

Considerei oportuno iniciar a promoção do papel parental desenvolvimental, relacionado com a vacinação pelo facto desta especificação guardar em si aspetos relacionados com as reações adversas e os cuidados que a mãe necessita de ter com estas. Reações adversas comuns que podem ser resolvidas pelos cuidados prestados pela mãe/pai ou reações adversas que necessitam a intervenção de um profissional de saúde.

Iniciei a avaliação do conhecimento que a mãe apresentava acerca da necessidade desenvolvimental da criança: segurança, no entanto, não considerei oportuno realizar intervenções do tipo ensinar pela mãe não se mostrar interessada e pedir para que este aspeto fosse abordado noutra consulta.

Considerei relevante iniciar a promoção do papel parental especial, melhorando o conhecimento

sobre estratégias para promoção do desenvolvimento infantil, por ter sido um aspeto que a mãe referiu que necessita de ajuda, uma vez que, apresenta dificuldades em encontrar estratégias motivadoras e do interesse da criança, devido aos sintomas associados à PHDA. Neste sentido, considerei a minha intervenção fundamental para facilitar a o desempenho parental face às necessidades especiais da criança.

Considerei oportuno iniciar a promoção da autonomia face a necessidades desenvolvimentais da criança, melhorando o conhecimento sobre a ingestão nutricional, por ser um aspeto a ter em conta na avaliação do desenvolvimento da criança e para os quais a criança apresentava falta de conhecimento. Entendi que a minha intervenção seria facilitadora para a promoção da autonomia da criança face às suas necessidades desenvolvimentais.

Considerei oportuno iniciar a promoção da autonomia face a necessidades desenvolvimentais da criança, melhorando o conhecimento sobre a higiene oral, por ter sido um aspeto questionado pela criança e por se constituir como um cuidado antecipatório. Entendi que a minha intervenção seria facilitadora para a promoção da autonomia da criança face às suas necessidades desenvolvimentais.

Iniciei a avaliação do conhecimento que a criança apresentava acerca das necessidades desenvolvimentais: sono e segurança, no entanto, não considerei oportuno realizar intervenções do tipo ensinar pela criança se apresentar hiperativa e achar que seria uma sobrecarga de informação para esta assimilar.

A administração de vacinas foi realizada no final da consulta, pois este procedimento exige uma maior intrusão do espaço pessoal da criança, provoca ansiedade e receio e, por isso, na tentativa de manter a calma da criança o maior tempo possível, a vacinação deve ser feita em último lugar (Johnson & Keogh, 2012).

Assim, considerei oportuno iniciar a promoção do papel parental desenvolvimental, melhorando o conhecimento sobre as necessidades desenvolvimentais: vacinação, por ser necessária a administração de vacinas e a mãe mostrar necessidades de conhecimento relativos a este aspeto. Por ser importante a utilização destas estratégias para reduzir a ansiedade e dor percebida pela criança, considerei que a minha intervenção seria facilitadora para a promoção do papel desenvolvimental face à gestão da dor provocada pela vacinação, utilizando estratégias não farmacológicas.

Num segundo momento de conceção de dados, considerei oportuno iniciar a promoção do autocontrolo da dor, melhorando o conhecimento sobre a técnica da distração como estratégia não farmacológica para alívio da dor, pela criança ter questionado acerca da mesma. Assim, considerei que realização da intervenção do tipo ensinar seria facilitadora para que a criança conseguisse controlar a sua dor.

DADOS CONSIDERADOS RELEVANTES PARA OS DIAGNÓSTICOS DO TIPO POTENCIAL

PARA MELHORAR

É essencial avaliar as necessidades de aprendizagem da criança e sua mãe para posteriormente iniciar-se intervenções do tipo ensinar, dando resposta a estas necessidades. Esta avaliação permitiu-me descobrir o que a criança e sua mãe sabiam sobre estas necessidades e obter o que precisavam de aprender. Para que a avaliação das necessidades da criança e sua mãe fosse efetiva, foi essencial selecionar critérios para identificar estas necessidades e a disponibilidade da criança e mãe para melhorar a condição de aspetos adaptativos, que neste caso é o conhecimento. Sendo assim, utilizei como critérios: o que a criança e sua mãe sabiam; o que necessitavam de aprender; o que achavam necessário aprender; e a disponibilidade da mãe e criança para aprender (mostrarem-se interessados, realizarem questões sobre os assuntos e permitirem a disponibilização de informação (informoterapia).

RESULTADOS ESPERADOS FACE AOS DIAGNÓSTICOS

Em relação ao diagnóstico associado aos processos corporais (dor), tive como intenção contribuir para a evolução positiva da condição, por forma a que após as minhas intervenções se verificasse a alteração dos valores dos dados que foram manifestação do diagnóstico para dados associados à ausência do compromisso.

Quanto aos diagnósticos associados ao processo adaptativo da criança e mãe, tive como intenção contribuir para a melhoria dos aspetos, que necessitavam de ser melhorados e era o momento próprio para intervir, levando à mestria. Para isso, para cada diagnóstico, defini os resultados esperados.

Para a criança,

INFÂNCIA PRÉ-ESCOLAR - Promoção da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: ingestão nutricional

Resultados esperados face ao potencial para melhorar o conhecimento sobre a ingestão nutricional:

- A criança refere a água como a principal bebida a ser consumida.
- A criança refere alimentos ricos em fibras.
- a criança refere consequências do consumo de alimentos ricos em açúcar.

INFÂNCIA PRÉ-ESCOLAR - Promoção da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene oral

Resultados esperados face ao potencial para melhorar o conhecimento sobre a higiene oral:

- A criança refere os passos da técnica de escovagem dos dentes.
- A criança refere o tempo necessário para a escovagem dos dentes.
- A criança nomeia a cárie como uma consequência da inadequada higiene oral.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - Promoção da adesão a estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

Resultados esperados face ao potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil:

- A criança nomeia estratégias para promover o desenvolvimento infantil.

DOR - Promoção do autocontrolo da dor

Resultados esperados face ao potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas:

- A criança nomeia a técnica da distração como um estratégia não farmacológica para alívio da dor.

Para a mãe/pai,

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - Promoção do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil:

- A mãe nomeia estratégias promotoras do desenvolvimento infantil, face a uma criança com PHDA.

INFÂNCIA PRÉ-ESCOLAR - Promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre a ingestão nutricional:

- A mãe refere a água como a principal bebida a ser consumida pela criança.
- A mãe refere as consequências da ingestão de alimentos ricos em açúcar.
- A mãe refere a importância do consumo de frutas e hortícolas.

INFÂNCIA PRÉ-ECOLAR - Promoção do papel parental desenvolvimental: higiene oral

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre a saúde oral:

- A mãe refere a quantidade de flúor que a pasta dentífrica deve apresentar.
- A mãe refere a duração que a escovagem dos dentes deve ter.

INFÂNCIA PRÉ-ECOLAR - Promoção do papel parental desenvolvimental: vacinação

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre a vacinação:

- A mãe refere reações locais provenientes da administração da vacinação.

- A mãe refere reações sistémicas provenientes da administração da vacinação.
- A mãe refere os cuidados caso haja presença de hipertermia.
- A mãe refere estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante a vacinação.
- A mãe refere o benefício da utilização das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante a vacinação.

CONTRIBUTOS DAS INTERVENÇÕES

A "**avaliação da evolução (...)**" possibilita a avaliação e a vigilância sistemática da condição clínica da criança, assim como, a detecção de sinais de alerta e alarme, através de intervenções do tipo avaliar. Estas intervenções permitem determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram os indicadores de resultado delineados e verificar se não é preciso realizar mudanças ou adaptações no processo. Por exemplo, a avaliação da evolução da dor permitiu detetar alterações nas manifestações de dor. Também, permitem a avaliação contínua dos aspetos do processo adaptativo da transição, que neste caso é o conhecimento. Por exemplo, a avaliação da evolução do conhecimento da ingestão nutricional permite detetar se a condição do conhecimento respetivo a este aspeto se altera.

As intervenções do tipo "**Ensinar (...)**" permitem fornecer literacia em saúde, através da informoterapia, sobre as necessidades de conhecimento que a mãe e adolescente apresentam, facilitando o processo de transição, e permitindo assim a aquisição da mestria (Meleis et al., 2000). Por exemplo, a mãe e a criança apresentavam necessidades de conhecimento face à necessidade desenvolvimento ingestão nutricional, pelo que foram realizadas intervenções do tipo ensinar para responder às necessidades de conhecimento de ambas.

A intervenção "**Implementar (...)**" e "**Executar (..)**" permitem a gestão e o uso do conhecimento científico e capacidade para se conseguir colocar em prática o que se planeou (International Council of Nurses, 2019). Para o caso do Guilherme, a implementação de estratégias visa a utilização do meu conhecimento e capacidades para fornecer medidas que possibilitem a promoção do desenvolvimento infantil, face ao diagnóstico de PHDA. A execução de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor permitem a redução da dor aquando a administração das vacinas recomendadas para a idade do Guilherme.

ESTABELECIMENTO DO TIMING DO OBJETIVO FINAL

É importante dar tempo à criança e sua mãe para assimilar, compreender e procurar sobre as informações fornecidas por forma a combater as necessidades de conhecimento. Uma vez que o contexto clínico do presente caso foi uma consulta de saúde infantil, este permite que seja agendada uma consulta de saúde infantil para aprofundar aspetos que não se conseguiu intervir.

O timing estabelecido para a avaliação do objetivo final, para a promoção do papel parental desenvolvimental face à vacinação foi após a administração das vacinas, ou seja, no final da

consulta de saúde infantil. Decidi que após informoterapia e a mãe visualizar os locais de administração das vacinas e, também, porque a vigilância das reações adversas e a gestão dos cuidados após as vacinas foram feitos no domicílio, fez sentido perceber se a mãe adota os comportamentos e cuidados recomendados após a administração das vacinas. Para dar tempo à mãe de assimilar as informações fornecidas, decidi fazê-lo no final de turno.

Após a avaliação do objetivo final, verificou-se que a mãe atingiu os resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre a vacinação e demonstrou que conseguia adotar os comportamentos adequados para promover o papel parental desenvolvimental parental, isto é, soube explicar como se realiza a vigilância dos locais de administração das vacinas e os cuidados que tem de adotar caso surja hipertermia.

O timing estabelecido para os restantes objetivos finais foi a programação de uma consulta aproximadamente cerca de 15 dias após a presente consulta. Decidi que, após informoterapia, as duas semanas seriam o tempo necessário para permitir que a mãe e a criança assimilam-se a informação fornecida e assim permitir ganhos em saúde. A segunda consulta seria para avaliar a evolução das intervenções efetuadas na consulta anterior, avaliar se o objetivo final foi atingido e intervir nas necessidades de conhecimento que na presente consulta não foram trabalhadas por não se apresentar como o momento próprio para intervir.

Quanto aos objetivos finais avaliar evolução da adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil e avaliar do autocontrolo da dor, estes não foram selecionados pelo facto da criança se encontrar em idade pré-escolar e ser possível apenas intervir no conhecimento como aspeto facilitador ou dificultador do processo de transição da criança. Assim, como não iniciei a avaliação do significado que a criança atribuí aos aspetos promotores do desenvolvimento infantil e aos aspetos promotores do alívio da dor, não faz sentido selecionar os objetivos finais.

6. CASO CLÍNICO 4 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martim, lactente de 1 mês, internado há 3 dias por hematoma subdural agudo à direita, com sintomas associados de vômitos, apneia, hipotonia e convulsões. Apresentou 2 convulsões quando estava no serviço de urgência. Faz leite adaptado por tetina. Antes do internamento, a criança apresentava necessidades de saúde desenvolvimentais. Os pais permanecem parte do turno com o filho.

6.1. Enquadramento teórico

HEMATOMA SUBDURAL

O hematoma subdural é uma consequência derivada da acumulação de sangue entre a membrana dural e o espaço subaracnóideo, sendo que a hemorragia advém da lesão de pequenos vasos, artérias ou veias, existindo um consequente sangramento para o espaço subaracnóideo e, apesar de se poder estender a vários lobos cerebrais, o hematoma subdural encontra-se limitado pela foice do cérebro e pela tenda do cerebelo e pode apresentar uma evolução aguda, subaguda ou crónica (Carvalho et al., 2011).

Os hematomas subdurais são mais comuns na infância e muitas vezes resultam de traumatismo no parto, quedas, agressões ou por se abanar violentamente a criança, pelo que a hipótese de maus tratos deve ser sempre equacionada, pela possibilidade da síndrome de shaken baby (Sheehan, 2019).

Segundo Carvalho et al. (2011), os sinais e sintomas associados ao hematoma subdural e a sua evolução clínica dependem da idade da criança e da lesão cerebral causada pelo hematoma. No entanto, a presença do hematoma pode levar ao aparecimento dos seguintes sintomas: irritabilidade, anemia com palidez cutânea, vômitos, aumento do perímetro cefálico, tensão da fontanela anterior, letargia, coma ou convulsões. Caso a fontanela se encontre aberta, é sinal que existe uma acumulação de grandes quantidades de sangue no espaço intracraniano levando a um choque hemorrágico ou hipertermia.

O tratamento do hematoma subdural depende da situação clínica da criança e dos resultados dos exames radiológicos, no entanto, é necessária a vigilância clínica, restrição hídrica, administração de cloreto de sódio hipertónico ou craniotomia descompressiva (Sheehan, 2019). O Martim ficou em monitorização contínua com encefalograma a partir das 12h30.

LACTENTE DE 1 MÊS

Considera-se lactente, uma criança com idade compreendida entre os 28 dias e 1 ano de idade (INEM, 2017b) e nesta fase o padrão de crescimento e desenvolvimento e a idade em que a criança adquire as habilidades e aptidões é muito variável (Chora, 2020).

Na ontologia de enfermagem, para o lactente, a avaliação do desenvolvimento físico é feita através da avaliação da altura, peso, IMC, respetivos percentis e avaliação do encerramento das fontanelas. Nesta faixa etária, é expectável que durante o primeiro mês de vida, o lactente apresente um aumento de peso de 30g/dia, um aumento de comprimento de 2,5 cm/mês e um aumento do perímetro cefálico de 2 cm/mês (Kidd & Rodgers, 2019). Quanto à avaliação do encerramento das fontanelas, devido ao hematoma subdural, é importante verificar se a fontanela anterior se encontra tensa, devido à hipertensão intracraniana causada pela hemorragia (Pinho et al., 2018).

A avaliação do desenvolvimento psicomotor, na ontologia de enfermagem, é feita pela existência ou ausência de sinais de alarme relativos ao desenvolvimento da postura e motricidade global, função motora fina, audição, visão, linguagem e do comportamento interativo e da adaptação social. Assim sendo, torna-se importante conhecer o desenvolvimento psicomotor da criança com 1 mês de idade.

Segundo a escala de Mary Sheridan modificada, o lactente de 1 mês quando posicionado em decúbito ventral, levanta a cabeça; quando se faz a tração das mãos, a cabeça cai; quando se coloca o lactente em suspensão vertical, a cabeça fica ereta e os membros semi-fletidos; quando está sentado, o dorso fica em arco e as mãos fecham; e quando quando se encontra em decúbito dorsal, a postura deve ser assimétrica e o membro superior do lado da face fica em extensão (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Ao longo desta faixa etária, a acuidade visual vai melhorando gradualmente, sendo que com 1 mês de idade, a criança apresenta hipermetropia pelo globo ocular ser menos esférico que do adulto, consegue seguir um objeto numa amplitude de 90 graus e observar atentamente a pessoa, quando esta fala com ela (Direção-Geral de Saúde, 2013; Kidd & Rodgers, 2019).

Relativamente à audição, o lactente de 1 mês para e pode voltar os olhos para o local onde se encontra o som (sineta, roca ou voz) num raio de 15 cm do ouvido (Direção-Geral de Saúde, 2013). Quanto ao desenvolvimento da linguagem, o primeiro meio de comunicação verbal que o lactente apresenta é o choro, que transmite uma mensagem de urgência por desconforto, relacionado com as necessidades fisiológicas da criança e a partir do mês de idade a criança começa a emitir pequenos sons guturais (Kidd & Rodgers, 2019).

O lactente de 1 mês fixa atentamente a face da mãe/pai, quando falam com ele; quando observa a face da mãe/pai, a sua atividade motora diminui e a sua cabeça move-se para cima e para baixo, a boca mexe-se, como se estivesse a tentar conversar; e é capaz de ter presente o

sorriso social, em resposta a estímulos agradáveis (Chora, 2020).

No que diz respeito às necessidades desenvolvimentais, associadas à faixa etária do lactente com 1 mês, temos a ingestão nutricional, segurança, higiene, maturação dos processos corporais e afetividade. Nos primeiros 6 meses, o leite materno é o alimento recomendado, por ser o mais completo e aconselhável, no entanto, quando não é possível para a mulher amamentar ou se não for vontade desta, tem de ser oferecido leite adaptado (Chora, 2020).

Quanto à segurança, os acidentes são a principal causa de morte no primeiro ano de vida sendo que, no lactente de 1 mês, os acidentes mais prevalentes são a asfixia e quedas, sendo que a asfixia pode ocorrer devido à posição do aleitamento, excesso de cobertores e lençóis, utilização de almofadas quando a criança se encontra a dormir, esquecimento do lactente no carro, entre outros e a queda por manter as grades do berço descidas, deixar a criança em superfícies altas, entre outros (Kidd & Rodgers, 2019).

Relativamente à afetividade, o contacto físico e a interação entre humanos é fundamental, sendo que a vinculação e a ligação que vai ser estabelecida entre mãe/pai vai influenciar o desenvolvimento da criança, pelo que é fundamental que a ligação familiar seja estabelecida desde cedo, uma vez que pressupõe a presença de afeto e destas interações (Chora, 2020).

PROCESSO DA TRANSIÇÃO

O Martim pela sua etapa de desenvolvimento humano - lactente - está a vivenciar um evento crítico, que neste caso é a hospitalização. Focando para a experiência de transição vivenciada pela mãe/pai, um dos eventos críticos é a hospitalização, sendo que se constitui como um momento em que a mãe/pai têm de apresentar percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição e envolvimento na transição (Meleis, 2010), que neste caso a mãe/pai mostraram proatividade e procuravam obter informações sobre a condição clínica da criança. O status económico, que a mãe/pai apresentam é uma condição facilitadora, pois ambos suspenderam a sua atividade laboral para acompanharem o seu filho e, também, o suporte dos seus amigos, familiares e profissionais de saúde apresentam-se como facilitadores da vivência da transição. No entanto, por não haver conhecimento relativo ao processo de transição que estão a vivenciar, a falta de preparação prévia constitui-se como uma condição dificultadora.

Face às necessidades de conhecimento e capacidade da mãe/pai do Martim, foram implementadas intervenções para auxiliar estes na tomada de decisão, gestão da condição de clínica da criança e adoção de comportamento saudáveis e a eficácia destas intervenções de ser feita através da avaliação do processo adaptativo dos pais, de forma a verificar se os clientes atingiram a mestria com a aquisição de novas competências e se estes se sentem confortáveis no novo papel que desempenham, adquirindo uma integridade fluída (Meleis et al., 2010).

HOSPITALIZAÇÃO E PARCERIA DE CUIDADOS

A hospitalização da criança apresenta-se como um evento crítico no processo de transição da criança e dos seus pais e tem um impacto negativo no desenvolvimento da criança. No primeiro ano de vida, ocorrem alterações fundamentais no seu desenvolvimento, nomeadamente o crescimento cerebral e amadurecimento das estruturas nervosas e, por isso, a capacidade da criança é potencializada pela plasticidade cerebral em resposta a estímulos ambientais (Panceri et al., 2012).

A condição clínica da criança e o contexto hospitalar estão diretamente relacionados com os efeitos negativos da hospitalização, uma vez que, a rotina é modifica-se, o ambiente é desconhecido e frio, o ruído e luminosidade podem ser intensos (especialmente numa unidade de cuidados intensivos), existe restrição ou ausência de estímulos adequados, realizam-se procedimentos dolorosos, existe um excesso de manipulações por parte dos profissionais de saúde e o lactente pode permanecer na mesma posição, por longos períodos (Delvan et al., 2009; Tavares, 2020). No entanto, a hospitalização também pode apresentar um impacto negativo na família da criança, pois a dinâmica familiar vai sofrer alterações, as rotinas vão se modificar e os pais suspendem a sua atividade laboral para acompanhar o seu filho (Pontes et al., 2022).

Numa unidade de cuidados intensivos, o ambiente e espaço são peculiares, uma vez que se constitui por uma unidade open space, com várias máquinas e dispositivos, com excesso de manipulação das crianças, vários ruídos e luminosidade intensa e, por isso, face ao exposto, percebe-se a importância de negociar uma parceria de cuidados, , no sentido de facilitar o processo de transição de doença, diminuir os efeitos negativos da hospitalização e promover a parentalidade durante a hospitalização. Assim, tive em conta a seguinte intencionalidade terapêutica, concretizada em diferentes padrões da parceria de cuidados (Sousa et al., 2023):

- Promover o desempenho do papel parental desenvolvimental e promover a capacidade parental face a necessidades especiais, durante a hospitalização.

INFORMOTERAPIA E LITERACIA EM SAÚDE

A informoterapia consiste na prescrição oportuna e disponibilização da informação em saúde, baseada em conhecimento científico, tendo por objetivo responder às necessidades do indivíduo, apoiar as suas tomadas de decisão e mudança de comportamentos (Kemper & Mettler, 2002) e é essencial para satisfazer as necessidades de conhecimento, devendo ser utilizada pelo enfermeiro para facilitar e contribuir para a vivência de uma transição saudável (Magalhães, 2013).

A literacia em saúde é descrita como uma estratégia de capacitação para o indivíduo aumentar o controlo da sua saúde, a capacidade de procurar informação e assumir as responsabilidades, ou seja, é a capacidade que o indivíduo possui para tomar decisões fundamentadas, nos seus contextos de vida (Kickbusch, Wait & Maaga, 2006).

Tanto a informoterapia como a literacia desempenham um papel fundamental na melhoria da condição de saúde, redução dos custos dos cuidados de saúde, aumento do conhecimento em saúde e menor utilização dos serviços de saúde, sendo que uma maior literacia em saúde permite a aquisição de novos conhecimentos, maior autoeficácia e adoção de comportamentos de saúde positivos (Baker, 2006).

Assim sendo, face às necessidades de conhecimento expressadas pela mãe/pai do Martim, foram tidos em conta os pressupostos da informoterapia: transmissão de informação certa, à pessoa certa e na hora certa (Mitchell, 1994), para a disponibilização da informação e para as necessidades de capacidade, foram tidas em conta as tarefas e competências desenvolvidas pelos pais, com vista à sua capacitação.

6.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 1 mês | Masculino

Mãe/Pai

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Figura parental principal: mãe.

15-01-2024 12:00 - Número de outros filhos: 0.

15-01-2024 12:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

15-01-2024 12:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-15 12:00:00	Solução polieletrólítica com Glicose a 5% a 500 ml/h EV (Contínua)	
2024-01-15 12:00:00	Paracetamol 30 mg IV 6/6h	
2024-01-15 12:00:00	Levetiracetam 60 mg 12/12h	
2024-01-15 12:00:00	Fenobarbital 10 mg PO 12/12h	
2024-01-15 12:00:00	Cefotaxima 350 mg 8/8h	
2024-01-15 12:00:00	Ampicilina 400 mg IV 6/6h	

Início	Medicação	Fim
2024-01-15 12:00:00	Morfina 0,2 mg IV SOS	
2024-01-15 12:00:00	Ondansetron 0,5 mg IV SOS	
2024-01-15 12:00:00	Midazolam 0,4 mg IV SOS	

6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

SOLUÇÃO POLIELETROLÍTICA COM GLICOSE A 5% IV

Grupo medicamentoso: Corretivo das alterações hidroeletrólíticas (Mymedfarma, 2017).

Indicação terapêutica: Utilizada em situações de hiponatrémia, desidratação e em casos onde o fornecimento de água e hidratos de carbono é preciso por restrição de líquidos e eletrólitos por vias de alimentação normais (UBM Medica Portugal, 2011). Este medicamento foi prescrito como tratamento do hematoma subdural.

Reações adversas: Tromboflebites, tromboses venosas, hipertermia, dor no local da inserção do cateter, extravasamento (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar pele, monitorizar temperatura corporal, monitorizar dor.

PARACETAMOL IV

Grupo medicamentoso: Antipirético e Analgésico (Infarmed, 2016).

Indicação terapêutica: Usado para tratar a dor ligeira a moderada, especialmente após a cirurgia e febre de curta duração (B. Braun, 2019). No caso do Martim, este medicamento foi prescrito para alívio da dor (Mymedfarma, 2017).

Reações adversas: Reações cutâneas e hipotensão (Infarmed, 2016).

Cuidados de Enfermagem: Vigiar pele e monitorizar tensão arterial.

LEVETIRACETAM IV

Grupo medicamentoso: Antiepilético e anticonvulsivante (Infarmed, 2021).

Indicação terapêutica: Tratamento adjuvante para tratar crises parciais, com ou sem generalização, em adultos, crianças e lactentes com idade superior a 1 mês de idade (Índice Toda a Saúde, 2023). No caso do Martim, este medicamento foi prescrito como tratamento para as crises convulsivas.

Reações adversas frequentes: Dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de Enfermagem: Monitorizar dor, vigiar presença de náuseas e vômitos, vigiar eliminação intestinal.

FENOBARBITAL PO

Grupo medicamentoso: Antiepilético e anticonvulsivante (Infarmed, 2023).

Indicação terapêutica: Tratamento da epilepsia, do estado epilético e como coadjuvante do tratamento de episódios convulsivos agudos associados a tetania (Mymedfarma, 2017). No caso do Martim, este medicamento foi prescrito para tratamento das crises convulsivas.

Reações adversas frequentes: Náuseas, vômitos e obstipação (Índice Toda a Saúde, 2023).

Cuidados de Enfermagem: Presença de náuseas e vômitos e eliminação intestinal.

CEFOTAXIMA IV

Grupo medicamentoso: Antibiótico do grupo das cefalosporinas de terceira geração (Índice Toda a Saúde, 2023).

Indicação terapêutica: Indicado para o tratamento das seguintes infeções: Infeções do trato respiratório superior e inferior, infeções do trato urinário, infeções dos tecidos moles, infeções intra-abdominais e profilaxia de infeções em cirurgia gastrointestinal, ortopédica, cardiovascular e ginecológica (Índice Toda a Saúde, 2023). No caso do Martim, a prescrição deste antibiótico foi realizada quando este se encontrava no serviço de urgência como uma medida profilática para o tratamento de uma meningite.

Reações adversas frequentes: Náuseas, diarreia, dor abdominal, hipertermia, exantema, sinais inflamatórios e dor no local de administração do medicamento (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de enfermagem: Ter em atenção a possibilidade de aparecimento de colite pseudomembranosa (quadro clínico de diarreia grave persistente, durante ou após o tratamento) (Mymedfarma, 2017). Vigiar presença de náuseas e vômitos, eliminação intestinal, monitorizar temperatura corporal, vigiar pele.

AMPICILINA IV

Grupo medicamentoso: Antibiótico beta lactâmico pertencente à família das aminopenicilinas (Índice Toda a Saúde, 2023)

Indicação terapêutica: Indicada para o tratamento de infeções bacterianas causadas por Gram positivos e Gram negativos suscetíveis à ampicilina, nomeadamente infeções do trato respiratório superior, infeções do trato respiratório inferior, abscesso periodontogénico, infeções do trato urinário, gonorreia e infeções entéricas (Infarmed, 2010). No caso do Martim, a prescrição deste antibiótico foi realizada quando este se encontrava no serviço de urgência como uma medida profilática para o tratamento de uma meningite.

Reações adversas frequentes: Náuseas, diarreia, exantema e dor no local de administração (Infarmed, 2010).

Cuidados de enfermagem: Ter em atenção a possibilidade de aparecimento de outras infeções durante a terapêutica com a ampicilina, nomeadamente de origem fúngica (por exemplo, candidíase) ou colite pseudomembranosa (quadro clínico de diarreia grave persistente, durante ou após o tratamento) (Índice Toda a Saúde, 2023). Vigiar presença de náuseas e vômitos, pele e monitorizar temperatura corporal.

MORFINA IV

Grupo medicamentoso: Analgésico opioide.

Indicação terapêutica: Alívio da dor moderada a severa, sedação (Índice de Toda a Saúde, 2023). Este medicamento foi prescrito para ser administrado em SOS, caso o Martim apresente manifestações de dor.

Reações adversas frequentes: Depressão respiratória, retenção urinária e vômitos (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de Enfermagem: Monitorizar frequência respiratória, vigiar eliminação urinária e presença de vômitos.

ONDANSETRON IV

Grupo medicamentoso: Antiemético.

Indicação terapêutica: Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos (UBM Medica Portugal, 2011). No caso do Martim, este medicamento foi prescrito para ser administrado caso a criança apresente vômitos.

Reações adversas frequentes: Obstipação ou diarreia e hipertermia.

Cuidados de Enfermagem: Vigiar eliminação intestinal e monitorizar temperatura corporal.

MIDAZOLAM IV

Grupo medicamentoso: Benzodiazepina (UBM Medica Portugal, 2011).

Indicação terapêutica: Utilizado como sedativo, ansiolítico e hipnótico mas também como anticonvulsivante e relaxante muscular. Este medicamento foi prescrito para ser administrado em SOS caso a criança apresente uma crise convulsiva.

Reações adversas: Reações cutâneas, hipotensão, depressão respiratória, náuseas e vômitos, tromboflebite e trombose venosa no local de administração da medicação (Mymedfarma, 2017).

Cuidados de enfermagem: Administrar lentamente a medicação para evitar reações

paradoxais (agitação e movimentos involuntários) (Mymedfarma, 2017). Vigiar pele, monitorizar tensão arterial e frequência respiratória, vigiar presença de náuseas e vômitos.

Relativamente às reações adversas das medicações, existe um conjunto de aspetos de enfermagem a considerar relativamente a efeitos secundários, que estão expressos nos seguintes domínios digestão, sistema respiratório e cardiovascular, eliminação intestinal e urinária, pele e mucosas, sensações somáticas, condução elétrica cerebral e termorregulação.

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico, calibre 24G.

15-01-2024 12:00 - Localização do cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Antebraço Esquerda(o)

15-01-2024 12:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico, 24G.

15-01-2024 12:00 - Ausência de dor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de calor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de rubor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de tumefação.

15-01-2024 12:00 - Ausência de exsudado.

15-01-2024 12:00 - Ausência de infiltração.

15-01-2024 13:00 - Localização do cateter venoso periférico

15-01-2024 13:00 - Mão Esquerda(o)

15-01-2024 13:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico, 24G.

15-01-2024 13:00 - Ausência de dor.

15-01-2024 13:00 - Ausência de calor.

15-01-2024 13:00 - Ausência de rubor.

15-01-2024 13:00 - Ausência de tumefação.

15-01-2024 13:00 - Ausência de exsudado.

15-01-2024 13:00 - Ausência de infiltração.

15-01-2024 12:00 - Pé Esquerda(o)

15-01-2024 12:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico, 24G.

15-01-2024 12:00 - Ausência de dor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de calor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de rubor.

15-01-2024 12:00 - Ausência de tumefação.

15-01-2024 12:00 - Ausência de exsudado.

15-01-2024 12:00 - Ausência de infiltração.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Assegurar funcionamento do cateter

15-01-2024 12:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Antes e após administração de medicação]

15-01-2024 12:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

15-01-2024 12:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**CATETER VENOSO PERIFÉRICO**

O cateter venoso periférico (CVP) é um dispositivo invasivo utilizado para se conseguir um acesso à rede venosa, através da cateterização de uma veia periférica, permitindo a administração de terapêutica por via intravenosa (Santos, 2014). Contudo, é necessário ter-se em atenção a escolha do CVP, sua inserção, fixação, manutenção, remoção e prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012 citado por Santos, 2014). Os enfermeiros são responsáveis pelo CVP desde a sua inserção até à sua remoção (Santos, 2014). Sendo assim, para a escolha do CVP, tem de se ter em conta a idade da criança, a terapêutica a administrar e o calibre da veia escolhida, que no caso do Martim foi escolhido o cateter com calibre 24G, pois as veias periféricas do lactente são menores e quanto maior o calibre do CVP, menor o tamanho da agulha (Conselho de Enfermagem de Alagoas, 2020).

A inserção de um CVP pode levar a que ocorram complicações como, por exemplo, quando os cuidados de enfermagem não vão ao encontro das evidências científicas, sendo que pode surgir flebite, tromboflebite, infiltração, oclusão, extravasamento, hematoma, infeção local e tração do cateter (Monteiro et al., 2021). Para evitar isto, é necessário prevenir a colonização do local de inserção do CVP, através da higienização das mãos antes da inserção e manipulação do cateter; utilização de luvas; desinfeção com solução asséptica (clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%) do local de inserção, no manuseamento do cateter e manipulação do obturador; vigilância do local de inserção e condições do cateter; controlo do tempo de permanência do cateter (troca do CVP quando existem sinais de flebite ou a cada 4 dias), no entanto, no presente serviço a troca de CVP era feita apenas em SOS; escolha de pensos estéreis e opacos; e

substituição dos pensos (quando se apresentam sujos ou molhados) e sistema de soro (neste caso, a cada 4 dias) (Aboelela, Stone, & Larson, 2006; Santos, 2014; Silveira, 2018). Para o CVP se manter permeável, é necessária uma lavagem regular e, por isso, deve-se realizar um flushing com um volume de cloreto de sódio a 0,9% duas vezes o volume do cateter e dispositivo complementar (por exemplo, torneira de três vias), que no caso de apresentar apenas o CVP, são 3 ml de cloreto de sódio (Gorski et al., 2021; Registered Nurses Association Ontario, 2008).

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-01-2024 12:00	Consciência	
15-01-2024 12:00	Sensações somáticas	
15-01-2024 12:00	Apetite	
15-01-2024 12:00	Sistema respiratório	
15-01-2024 12:00	Sistema cardiovascular	
15-01-2024 12:00	Digestão	
15-01-2024 12:00	Eliminação intestinal	
15-01-2024 12:00	Termorregulação	
15-01-2024 12:00	Sono	
15-01-2024 12:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
15-01-2024 12:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
15-01-2024 12:00	Desenvolvimento psicomotor	
15-01-2024 12:00	Desenvolvimento físico	
15-01-2024 12:00	Lactente	
15-01-2024 12:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
15-01-2024 12:00	Condução elétrica cerebral	
15-01-2024 12:00	Eliminação urinária	
15-01-2024 12:00	Pele e mucosas	

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

DOMÍNIO: Appetite

O apetite diz respeito a um conjunto de processos que vão influenciar a ingestão de energia para satisfazer as necessidades do organismo. Neste sentido, na criança que não verbaliza, a avaliação do apetite faz-se pela quantidade de ingestão, sinais de fome (por exemplo, levar as mãos à boca, aumento do movimento do corpo, chorar) e sinais de saciedade (por exemplo, diminuição ou pausa da sucção, adormecer) (Oliveira et al., 2022).

Devido à condição clínica da criança e pela presença de vômitos no serviço de urgência, foi

selecionado este domínio para vigilância do apetite da criança, uma vez que no domicílio a quantidade de ingestão de leite era superior à ingerida em contexto hospitalar.

DOMÍNIOS: Sistema respiratório, Sistema cardiovascular, Termorregulação

Os sistemas respiratório, cardiovascular e a termorregulação são sistemas corporais fundamentais para o funcionamento fisiológico do organismo. Devido à condição clínica do Martim, pode ocorrer uma instabilidade hemodinâmica, pelo que a monitorização contínua e a recolha de dados associados a estes domínios é fundamental para negar a hipótese diagnóstica de um compromisso hemodinâmico.

Estes domínios também foram selecionados por existirem um conjunto de aspetos de enfermagem a ter em conta face a efeitos secundários das seguintes medicações:

- Solução polieletrólítica com glucose a 5%, ampicilina, cefotaxima e ondansetron: podem causar hipertermia;
- Paracetamol: Pode causar hipotensão;
- Morfina: Pode causar depressão respiratória;
- Midazolam: Pode causar hipotensão, hipertermia e depressão respiratória.

DOMÍNIOS: Digestão, Condução elétrica cerebral e consciência

A digestão é a preparação inicial dos alimentos para o corpo os utilizar, sendo que em associação com a absorção e o metabolismo, vai possibilitar que o corpo converta os nutrientes em formas possíveis de serem usados (Rodger, 2019). O vômito caracteriza-se pela ejeção de conteúdos gástricos pela boca, de forma violenta (Mondozzi, Baker, & Hockenberry, 2019).

As crianças nesta etapa de desenvolvimento podem expelir espontaneamente pequenas quantidades de leite após a ingestão deste, ou ao eructar, sendo uma situação normal mas que requer uma vigilância e cuidados, no sentido de evitar a aspiração de conteúdo alimentar. Quando se trata de um vômito, há a presença de esforço para a expulsão do leite ingerido, visualizando-se pela presença de pontos vermelhos na face (Lusíadas, 2021). O Martim é um lactente que regularmente apresenta regurgitação do leite e, por isso, o domínio da digestão foi selecionado para avaliação da sua presença ou ausência.

A crise convulsiva é provocada por um excesso de atividade elétrica no cérebro, resultante de uma breve rutura das mensagens que são transmitidas entre as células cerebrais (INEM, 2017a). Face à recolha de dados da presença de crise convulsiva, é possível identificar o diagnóstico de crise convulsiva.

A consciência pode ser composta pelo estado de vigília e o conhecimento da consciência, sendo que a mente se encontra alerta e sensível ao ambiente exterior (Thelan et al., 1993 como citado em Feijó, 2015). A alteração do estado de consciência da criança pode estar presente após uma convulsão e, também, pode resultar da lesão ou doença primária do cérebro.

Assim sendo, selecionei estes três domínios por serem sinais e sintomas associados à presença de um hematoma subdural. A sua seleção permite a recolha de dados que permitam identificar ou negar a presença de vômitos, crise convulsiva e alteração na consciência (coma, estupor, letargia).

O domínio digestão e condução elétrica cerebral também foram selecionados por existirem um conjunto de aspetos de enfermagem a ter em conta face a efeitos secundários das seguintes medicações:

- Levetiracetam, fenobarbital e midazolam: Podem causar náuseas e vômitos;
- Cefotaxima e ampicilina: Podem causar náuseas;
- Morfina: Pode causar vômitos;

DOMÍNIOS: Eliminação intestinal e Eliminação urinária

A eliminação intestinal e urinária estão englobadas no aparelho digestivo e urinário, respetivamente e têm como objetivo a eliminação de substâncias de degradação (Alexandre, 2012 & Baptista, 2002).

Devido à fase de desenvolvimento do Martim, é importante ter em conta que os processos corporais estão em constante desenvolvimento e maturação, pelo que é fundamental a recolha de dados que caracterizam a eliminação intestinal, no sentido de se identificar ou negar a presença de cólicas ou outras possíveis alterações e, também, os dados da eliminação urinária para identificar ou negar um potencial problema relacionado com a ingestão alimentar, uma vez que, a quantidade ingerida de leite vai ser excretada na urina.

O domínio eliminação intestinal também foi selecionado por existirem um conjunto de aspetos de enfermagem a ter em conta face a efeitos secundários das seguintes medicações:

- Levetiracetam, cefotaxima, ampicilina e ondansetron: Podem provocar diarreia;
- Fenobarbital e ondansetron: Pode provocar obstipação;
- Morfina: Pode causar retenção urinária.

DOMÍNIO: Sono

O sono é uma necessidade desenvolvimental fundamental para o desenvolvimento lactente, sendo que o tempo de sono diário recomendado para a idade do Martim é entre 14 a 17 horas (Associação Portuguesa do Sono, 2020). No entanto, a hospitalização pode ter um impacto negativo na qualidade e quantidade do sono da criança (Tavares, 2021), devido ao desconforto, ao ambiente do hospital, nomeadamente de uma unidade de cuidados intensivos (ruído e luminosidade) e, também, pelas intervenções que os enfermeiros realizam (Meltzer et al., 2012 como citado em Anggerainy et al., 2019).

Por isso, é fundamental ter em atenção estes aspetos, para que as intervenções sejam direcionadas de forma a promover uma melhoria da qualidade e quantidade do sono. No sentido

de negar a hipótese diagnóstica de um problema no sono, selecionei o sono como um domínio.

DOMÍNIOS: Comportamentos de ligação mãe/pai-filho e Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

A ligação da mãe/pai-filho inicia-se antes do nascimento da criança e vai-se desenvolvendo após o nascimento desta. Ao longo da etapa de desenvolvimento do lactente, a ligação da mãe/pai-filho e a vinculação vão influenciar o desenvolvimento da criança e, também, permitir um bem-estar para os pais. Um lactente de 1 mês responde a qualquer pessoa, chora, sorri, emite sons guturais e direciona o seu olhar (Chora, 2019).

A avaliação de comportamentos de ligação, responsividade e satisfação por parte dos pais da criança, assim como de comportamentos de ligação do lactente perante os seus pais, permite entender a relação emocional, integração e adaptação estabelecida entre estes e detetar possíveis sinais de alerta (Direção-Geral de Saúde, 2013).

DOMÍNIOS: Desenvolvimento psicomotor e Desenvolvimento físico

O desenvolvimento psicomotor e físico são indicadores da condição de saúde da criança e referem-se ao desenvolvimento desta (Direção-Geral de Saúde, 2013). A etapa de desenvolvimento do lactente é fundamental para o desenvolvimento global da criança (Kidd & Rodgers, 2019), sendo que o rápido crescimento cerebral e o amadurecimento das estruturas nervosas permitem avanços no desenvolvimento psicomotor e, por isso, a aprendizagem do lactente é potencializada pela plasticidade cerebral, face a estímulos ambientais (Panceri et al., 2012).

A hospitalização da criança pode desencadear consequências no desenvolvimento infantil, quer pelas condições clínicas da criança, quer pelo contexto do ambiente hospitalar (Tavares, 2021), onde há ausência de estímulos adequados para o lactente e redução da estimulação deste (Delvan et al., 2009). Assim, é importante a avaliação e recolha de dados que caracterizam o seu desenvolvimento psicomotor e físico, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um compromisso no desenvolvimento da criança. Também, um dos sintomas que pode surgir com a presença de um hematoma subdural é o aumento do perímetro cefálico e tensão da fontanela, pelo que é importante a avaliação destes.

DOMÍNIO: Lactente

A etapa do desenvolvimento que corresponde à idade cronológica em que a criança se encontra, é lactente (Rodgers, 2020). Para além disso, nesta etapa é expectável que algumas das necessidades desenvolvimentais da criança sejam realizadas pelos pais. Posto isto, este domínio foi selecionado para avaliar o processo adaptativo do papel parental face às necessidades desenvolvimentais da criança.

Na ontologia de enfermagem (2023), associado a este domínio, é possível a avaliação da especificação dos focos com a promoção do papel parental na medida em que se pretende avaliar os aspetos facilitadores e dificultadores da transição, que têm implicação no desenvolvimento da criança e nos quais o enfermeiro pode ter intervenção orientada para o indicador de resultado de mestria (Meleis et al., 2000).

DOMÍNIO: Sensações somáticas

A dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (Raja et al., 2020, p.2).

Quando a criança se encontra hospitalizada, a prevalência da dor aguda pode ser elevada, seja ela provocada pela doença da criança ou pelos procedimentos dolorosos a que a criança está sujeita e caso a dor não seja tratada ou controlada, pode levar a efeitos que se prolongam no tempo. É por isso fundamental que o primeiro passo para o controlo da dor seja a sua prevenção, especialmente quando se prevê que será realizado algum procedimento doloroso (por exemplo, punção venosa, vacinação, entre outros) (Fernandes, 2020).

A execução de técnicas não farmacológicas permite lidar com a dor, podendo contribuir para a redução da sua perceção, tornando-a mais tolerável (Gil, 2011).

Devido à condição clínica do Martim, a dor pode surgir como consequência do hematoma subdural, por ser necessário realizar uma punção venosa para recolha de sangue para análises e pela presença de cólicas e, por isso, a sua avaliação é fundamental. Deste modo, com a recolha de dados face à manifestação ou não de dor, é possível identificar ou negar a presença do diagnóstico de dor.

Este domínio também foi selecionado por existirem um conjunto de aspetos de enfermagem a ter em conta face a efeitos secundários das seguintes medicações:

- Solução polieletrolítica com glucose a 5% e ampicilina: podem causar dor no local da inserção do cateter;
- Levetiracetam: Pode causar dor abdominal;
- Cefotaxima: Pode causar dor abdominal e dor no local de administração da medicação;

DOMÍNIO: Pele e mucosas

Este domínio foi selecionado por existirem um conjunto de aspetos de enfermagem a ter em conta face a efeitos secundários das seguintes medicações:

- Solução polieletrolítica com glucose a 5%: pode causar tromboflebites, trombozes venosas e extravasamento da medicação;
- Paracetamol: Pode causar reações cutâneas;
- Cefotaxima: Pode causar exantema e dor no local de inserção do cateter e dor abdominal;
- Ampicilina: Pode causar exantema;
- Midazolam: Pode causar reações cutâneas, tromboflebite e trombose venosa no local de

administração da medicação.

6.6. Conceção de Cuidados

Consciência

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Consciente.

15-01-2024 12:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [1x/turno]

Sensações somáticas

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Sem manifestação de dor.

15-01-2024 12:00 - Determinar sinais de dor

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1x/turno]

15-01-2024 13:00

15-01-2024 13:00 - Manifesta dor [PIOROU].

15-01-2024 13:00 - Dor

15-01-2024 13:00 - Expressão facial: Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando ou introversão ou desinteresse.

15-01-2024 13:00 - Movimento dos membros: Pernas inquietas ou agitadas ou tensas.

15-01-2024 13:00 - Choro/vocalização: Gemidos ou choramingos ou queixas ocasionais.

15-01-2024 13:00 - Atividade: Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente.

15-01-2024 13:00 - Consolabilidade: Tranquilizado por toques ou abraços ou conversas ocasionais ou pode ser distraído.

15-01-2024 13:00 - Determinar evolução da dor

15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução da dor [1x/turno]

15-01-2024 13:00 - Diminuir dor

15-01-2024 13:00 - Executar massagem [Quando criança apresentar cólicas]

15-01-2024 13:00 - Administrar solução com glicose [Agora]

15-01-2024 13:00 - Estimular sucção não nutritiva [Agora]

15-01-2024 13:00 - Promover papel parental especial: gestão da dor

15-01-2024 13:00 - 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.

15-01-2024 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

15-01-2024 13:00 - 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]

15-01-2024 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora]

15-01-2024 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [No momento da alta]

Apetite

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Após a toma do leite]

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução do apetite

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do apetite [Aquando a toma do leite]

Condução elétrica cerebral

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Crise convulsiva

15-01-2024 12:00 - Corpo: Sem crises convulsivas.

15-01-2024 12:00 - Determinar crise convulsiva

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da convulsão [1x/turno]

Sistema respiratório

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Frequência respiratória: 50 ciclos/min.

15-01-2024 12:00 - Ritmo respiratório regular.

15-01-2024 12:00 - Movimento respiratório simétrico.

15-01-2024 12:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

15-01-2024 12:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

15-01-2024 12:00 - Sem adejo nasal.

15-01-2024 12:00 - Saturação do oxigénio no sangue

15-01-2024 12:00 - Periférico(a): 100 %.

15-01-2024 12:00 - Coloração da mucosa: rosada.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da ventilação

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da ventilação [1x/turno]

Sistema cardiovascular

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Localização do Pulso

15-01-2024 12:00 - Antebraço Direita(o)

15-01-2024 12:00 - Frequência do pulso: 144 pulsações por minuto.

15-01-2024 12:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

15-01-2024 12:00 - Pulso rítmico.

15-01-2024 12:00 - Pulso simétrico.

15-01-2024 12:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-01-2024 12:00 - Membro inferior Direita(o)

15-01-2024 12:00 - Pressão sanguínea sistólica: 74 mmHg.

15-01-2024 12:00 - Pressão sanguínea diastólica: 38 mmHg.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x/turno]

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/turno]

Digestão

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos.

15-01-2024 12:00 - Sem vômitos.

15-01-2024 12:00 - Regurgitação

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da regurgitação

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da regurgitação [Após toma do leite]

15-01-2024 12:00 - Determinar vômitos

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do vomitar [Após toma do leite]

Eliminação intestinal

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Ausência de dejeções.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

Eliminação urinária

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Quantidade de urina: 50 ml.

15-01-2024 12:00 - Cor da urina: âmbar.

15-01-2024 12:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

15-01-2024 12:00 - Transparência da urina: Límpida.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

Pele e mucosas

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

Termorregulação

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2024 12:00 - Ânus: 36.50 °C.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/turno]

Sono

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Dormiu por períodos longos.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução do sono

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do sono

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

15-01-2024 12:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

15-01-2024 12:00 - Ligação mãe/pai-filho

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho

15-01-2024 12:00 - Promover ligação mãe/pai-filho

15-01-2024 12:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - 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.

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução da vinculação

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução da vinculação

Desenvolvimento psicomotor

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

15-01-2024 12:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

15-01-2024 12:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

15-01-2024 12:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

15-01-2024 12:00 - Desenvolvimento infantil

15-01-2024 12:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

Desenvolvimento físico

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Peso: 4.50 Kg.

15-01-2024 12:00 - Percentil do peso: P(10).

15-01-2024 12:00 - Comprimento/Altura: 56.00 cm.

15-01-2024 12:00 - Percentil do comprimento: P(25).

15-01-2024 12:00 - Perímetro cefálico: 39.00 cm.

15-01-2024 12:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).

15-01-2024 12:00 - Índice de massa corporal: 14.35 Kg/m².

15-01-2024 12:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(10).

15-01-2024 12:00 - Encerramento da fontanela

15-01-2024 12:00 - Posição anterior: sem compromisso.

Lactente

15-01-2024 12:00

15-01-2024 12:00 - Lactente

15-01-2024 12:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

15-01-2024 12:00 - Alimentar através de biberão [Quando pais ausentes do serviço]

15-01-2024 12:00 - Dar banho [Manhã]

15-01-2024 12:00 - Executar cuidados de higiene oral [Quando pais ausentes do serviço]

15-01-2024 12:00 - Trocar fralda [Quando pais ausentes do serviço]

15-01-2024 12:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

15-01-2024 12:00 - Implementar medidas de segurança

15-01-2024 12:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

15-01-2024 12:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

15-01-2024 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

15-01-2024 12:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar a criança: facilitadora.

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Agora]

15-01-2024 12:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

15-01-2024 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.

15-01-2024 12:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Após avaliar capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança]

15-01-2024 12:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

15-01-2024 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

15-01-2024 12:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

15-01-2024 12:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2024 12:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança da criança

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança [Após informoterapia sobre promoção da segurança da criança]

15-01-2024 12:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: aspiração [Agora]

15-01-2024 12:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: quedas [Agora]

15-01-2024 12:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: shaken baby syndrome [Agora]

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [No momento da alta]

15-01-2024 12:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

15-01-2024 12:00 - 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.

15-01-2024 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 [MANTEVE].

15-01-2024 13:00 - Capacidade da mãe/pai sobre massagem

15-01-2024 12:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Após informoterapia sobre vigilância e promoção da saúde da criança]

15-01-2024 12:00 - Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais [Agora]

15-01-2024 12:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais [Agora]

15-01-2024 12:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [No momento da alta]

15-01-2024 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade sobre massagem

15-01-2024 13:00 - Instruir mãe/pai sobre massagem [Agora]

15-01-2024 13:00 - Treinar mãe/pai sobre massagem [Agora]

6.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura corporal retal

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Pendurar boneco com música perto do rosto do Martim.
- Utilizar brinquedo com chocalhos.
- Conversar com o Martim.
- Sorrir para o Martim.
- Realizar alternância de decúbitos: semilaterais e dorsal.
- Massajar a criança.
- Proporcionar ambiente calmo.

Implementar medidas de segurança

- Subir grades da cama.
- Manter grade travada.
- Colocar o lactente no ninho.
- Retirar objetos da cama.
- Posicionar a criança em decúbito dorsal.
- Colocar o cobertor preso nas laterais.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Reduzir incidência de luzes.
- Reduzir incidência de ruídos.
- Utilizar o peluche como objeto de conforto.
- Colocar música com ruído branco.
- Concentrar cuidados para reduzir manipulações.

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: quedas

- Manter grades da cama subidas.

Avaliar evolução do apetite

- Quantidade de leite ingerido
- Presença ou ausência de sinais de fome
- Presença ou ausência de sinais de saciedade

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: shaken baby syndrome

- Conceito de shaken baby syndrome
- Sinais e sintomas: vômitos, sonolência, crises convulsivas, fraturas
- Evitar abanar a criança.
- Presença do choro face a necessidades fisiológicas.

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: aspiração

- Elevar a criança para a ingestão de leite.

Ensinar mãe/pai sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais

- Regurgitação
- Cólicas

Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais

- Regurgitação: Prevenção da aspiração.
- Cólicas: Realizar massagem abdominal.

Executar massagem

- Massagem abdominal

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

- Benefícios da sucção não nutritiva.

- Presença dos pais.
- Massagem abdominal.

Instruir mãe/pai sobre massagem

- Massagem abdominal - Deslizar a palma das mãos, uma seguida da outra, de cima para baixo e da esquerda para a direita, repetindo este movimento pelo menos 3 vezes; Segurar as pernas pelos tornozelos, com os joelhos juntos, pressionar contra a barriga, durante 5 segundos e no fim, esticar as pernas para aliviar a pressão; Segurar os tornozelos e dobrar o joelho sobre o abdómen, alternando os joelhos e realizar movimentos tipo bicicleta; Desenhar com a mão esquerda, no sentido do ponteiro dos relógios um círculo à volta do umbigo e com a mão direita, quando a mão esquerda se encontra na zona inferior do abdómen, desenhar um semi-círculo.

Treinar mãe/pai sobre massagem

- Pedir à mãe para realizar a massagem abdominal.

6.8. Síntese relativa ao caso

PRIORIDADES

No presente caso clínico, os cuidados de enfermagem estão centrados na identificação de sinais de complicação, melhoria da condição clínica da criança, prevenção de complicações, promoção do papel parental especial e desenvolvimental.

Assim sendo, no primeiro momento de conceção de cuidados, considerei oportuno promover o papel parental desenvolvimental, melhorando o conhecimento sobre a prevenção da segurança: quedas e *shaken baby syndrome*. A mãe encontrava-se preocupada e ansiosa com a condição clínica da criança e por ter sido abordada pelos profissionais de saúde sobre a possibilidade da causa do hematoma subdural ser por *shaken baby syndrome*, foi necessário melhorar o conhecimento sobre a prevenção desta síndrome e quedas, pois a mãe apresentava necessidades de conhecimento face a estes.

Considerei oportuno iniciar a promoção do papel parental desenvolvimental, melhorando o conhecimento da mãe/pai sobre a prevenção da aspiração devido à regurgitação, uma vez que a criança apresentou regurgitação após a ingestão do leite e a mãe demonstrou necessidades de conhecimento para prevenir a aspiração do conteúdo alimentar.

Uma vez que a mãe estava centrada na condição clínica da criança e para evitar a sobrecarga de informação, foi iniciada apenas a avaliação do conhecimento sobre as necessidades desenvolvimentais: sono/repouso, ingestão nutricional e higiene e conforto.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, pela presença do hematoma subdural, não foi

iniciada a avaliação do desenvolvimento da postura e da motricidade global e da motricidade fina, para evitar mobilizar o menos possível a criança.

Num segundo momento de conceção de cuidados, considerei oportuno iniciar a promoção do papel parental desenvolvimental melhorando o conhecimento e a capacidade da mãe/pai sobre a massagem no alívio da dor provocada pelas cólicas, sendo que a mãe mostrou necessidades de conhecimento relativos a este aspeto.

Considerei oportuno iniciar a promoção do papel parental especial, melhorando o conhecimento e capacidade da mãe/pai sobre as estratégias não farmacológicas no alívio da dor, por ser necessário colher sangue para análises e, por isso poder contribuir para a diminuição da dor percebida pela criança. Por ser importante a utilização destas estratégias para reduzir a dor percebida pela criança, considerei que a minha intervenção seria facilitadora para a promoção do papel parental face à gestão da dor, utilizando estratégias não farmacológicas.

Iniciei a avaliação do conhecimento que a mãe apresentava acerca das necessidades desenvolvimentais: estratégias para lidar com o choro da criança, uma vez que com a presença de dor, uma das manifestações que a criança vai apresentar é o choro, no entanto, como a mãe não apresentou necessidades de conhecimento não foi necessário promover o papel parental desenvolvimental face a este aspeto.

DADOS CONSIDERADOS RELEVANTES PARA OS DIAGNÓSTICOS DO TIPO POTENCIAL PARA MELHORAR

É essencial avaliar as necessidades de aprendizagem dos pais para posteriormente iniciar-se intervenções do tipo ensinar, dando resposta a estas necessidades. Esta avaliação permitiu-me descobrir o que a mãe sabia sobre estas necessidades e o que precisava de aprender. Para que a avaliação das necessidades da criança e sua mãe fosse efetiva, foi essencial selecionar critérios para identificar estas necessidades e a disponibilidade da mãe para melhorar a condição de aspetos adaptativos, que neste caso é o conhecimento e a capacidade.

Sendo assim, para o conhecimento, utilizei como critérios: o que a mãe sabia; o que necessitava de aprender; o que achava necessário aprender; e a disponibilidade da mãe e para aprender (mostrou-se interessada, realizou questões sobre os assuntos e permitiu a disponibilização de informação (informoterapia).

Para a capacidade, utilizei como critérios: o que conhecimento facilitador sobre as técnicas não farmacológicas; o que necessitava de melhorar; e a disponibilidade para melhorar a sua capacidade (mostrou-se interessada para melhorar a sua capacidade).

RESULTADOS ESPERADOS FACE AOS DIAGNÓSTICOS

No que diz respeito ao diagnóstico regurgitação tive como intenção contribuir para a prevenção da complicação associada a este diagnóstico, que neste caso é a aspiração.

Em relação ao diagnóstico dor, tive como intenção contribuir para a evolução positiva da condição, por forma a que após as minhas intervenções se verificasse a alteração dos valores dos dados que foram manifestação do diagnóstico para dados associados à ausência do compromisso.

Quanto aos diagnósticos associados com o processo adaptativo da mãe, tive como intenção contribuir para a melhoria dos aspetos, que necessitavam de ser melhorados e era o momento próprio para intervir, levando à mestria. Para isso, para cada diagnóstico, defini os resultados esperados:

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - Promoção do papel parental desenvolvimental: promoção da segurança da criança

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre a segurança da criança:

- A mãe refere que deve elevar criança durante e após a alimentação da criança.
- A mãe refere que deve elevar as grades da cama.
- A mãe refere o conceito de *shaken baby syndrome*.
- A mãe nomeia sinais e sintomas associados ao *shaken baby syndrome*.
- A mãe refere a importância de não abanar a criança para prevenir a *shaken baby syndrome*.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - Promoção do papel parental desenvolvimental: promoção e vigilância da saúde

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança:

- A mãe refere sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais;
- A mãe refere como se previne a aspiração por regurgitação.
- A mãe refere como se pode aliviar as cólicas.
- A mãe nomeia os passos da massagem abdominal.

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar a capacidade sobre a massagem:

- A mãe executa a massagem abdominal.

DOR - Promoção do papel parental especial: Gestão da dor

Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas:

- A mãe refere estratégias não farmacológicas para alívio da dor adequadas à fase do lactente.
- A mãe refere benefícios da utilização de estratégias não farmacológicas para a criança.

CONTRIBUTOS DAS INTERVENÇÕES

A "avaliação da evolução (...)" possibilita a avaliação e a vigilância sistemática da condição clínica da criança, assim como, a detecção de sinais de alerta e alarme, através de intervenções do tipo avaliar. Por exemplo, a avaliação da evolução da dor permitiu detetar manifestações de dor. Também, permitem a avaliação contínua dos aspetos do processo adaptativo da transição. Por exemplo, a avaliação da evolução do conhecimento da mãe/pai sobre a promoção da segurança na criança permitiu perceber que as intervenções do tipo ensinar foram eficazes.

As intervenções do tipo "ensinar (...)" permitem fornecer literacia em saúde, através da informoterapia, sobre as necessidades de conhecimento que a mãe e adolescente apresentam, facilitando o processo de transição, e permitindo assim a aquisição da mestria (Meleis et al., 2000). Por exemplo, a mãe apresentava necessidades de conhecimento face às necessidades de desenvolvimento: promoção da segurança da criança e choro, pelo que foi realizada informoterapia para responder às necessidades de conhecimento de ambas.

A intervenção "Implementar (...)" permite a gestão e o uso do conhecimento científico e capacidade para se conseguir colocar em prática o que se planeou (International Council of Nurses, 2019). No presente caso, a implementação de estratégias visa a utilização do meu conhecimento e capacidades para fornecer medidas que possibilitem a promoção do desenvolvimento infantil e promoção do sono e, também, a implementação de medidas de segurança para a criança.

Para contribuir para a melhoria da condição clínica da criança e prevenir complicações são utilizadas intervenções do tipo "executar (...)" e "otimizar (...)", relacionadas com a administração de terapêutica.

A intervenção do tipo "posicionar (...)" permite melhorar a condição da criança e contribuir para a prevenção de complicações. A criança apresentou regurgitação após a ingestão do leite, pelo que foi posicionada para evitar uma possível aspiração do conteúdo alimentar.

As intervenções do tipo "dar (...)", "alimentar (...)", "executar (...)" e "trocar (...)" estão relacionadas com a satisfação das necessidades desenvolvimentais do lactente. Sendo que a mãe/pai não apresentam disponibilidade para tomar conta durante todo o dia, será necessário em alguns momentos do dia, o enfermeiro substituir os pais na prestação destes cuidados. Devido à condição clínica da criança, o dar banho foi uma intervenção que realizei.

A intervenção do tipo "planear (...)" teve como contributo o estabelecimento de uma parceria de cuidados, no sentido de promover o comportamento de ligação mãe/pai - filho e filho - mãe/pai e, também, minimizar os efeitos decorrentes da hospitalização do lactente.

Para a mãe desenvolver capacidades face a necessidades especiais, é utilizada a intervenção do tipo "instruir (...)" para capacitar a mãe no que não sabe realizar. Após isto, é necessário que a

mãe treine e demonstre se é capaz de realizar o que foi instruído, através da intervenção do tipo "treinar (...)". Por exemplo, como a mãe apresentou dificuldades em realizar a estratégia massagem abdominal, pelo que demonstrei a técnica e posteriormente a mãe teve oportunidade de realizar esta estratégia.

As intervenções do tipo "estimular (..)" e "administrar (...)" estão relacionadas com a melhoria da condição clínica da criança, no sentido de diminuir a dor.

ESTABELECIMENTO DO TIMING DO OBJETIVO FINAL

É importante dar tempo à mãe para refletir, compreender e procurar sobre as informações fornecidas por forma a combater as necessidades relativas ao processo adaptativo da transição. Uma vez que o contexto clínico do presente caso foi uma unidade de cuidados intensivos, tive em atenção o ambiente do serviço e à possibilidade da criança se manter internada durante algum tempo.

O timing estabelecido para a avaliação dos objetivos finais, para a promoção do papel parental desenvolvimental e especial, foi o momento da alta, pois assim foi possível dar à mãe um período de reflexão e compreensão da informação que foi fornecida. Uma vez que não acompanhei o processo de alta da criança, não me foi possível verificar se o objetivo final foi atingido.

PARCERIA DE CUIDADOS

No sentido de estabelecer uma parceria de cuidados com os pais da criança, os cuidados foram negociados de forma a promover a participação e envolvimento dos pais nos mesmos. Por exemplo, quando a mãe/pai se encontrava no serviço, a troca da fralda, alimentação da criança e os cuidados de higiene oral eram prestados pelos pais para promover a parentalidade.

Com a parceria de cuidados, pretendi promover o papel parental desenvolvimental, sendo que isto está expresso na conceção de cuidados com as intervenções realizadas para o diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção da segurança da criança", "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde", "Potencial para melhor capacidade da mãe/pai sobre massagem" e, também promover o papel parental especial com as intervenções realizadas para o diagnóstico "Potencial para melhor conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas".

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, irá ser realizada uma análise critico-reflexiva das atividades concretizadas para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do EEESIP, organizadas por cada contexto clínico.

CONTEXTO CLÍNICO: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Durante o ensino clínico no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), tive oportunidade de prestar cuidados a crianças que apresentavam maioritariamente compromisso do sistema respiratório, urinário, gastrointestinal e metabólico, pelo que foi necessário apresentar e demonstrar conhecimentos acerca das doenças mais comuns às várias idades, aplicando intervenções de enfermagem adequadas. As causas mais comuns verificadas no SUP foram: gastroenterite, recusa alimentar, hipertermia sem foco, infeções do trato urinário (ITU), apendicite, Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR), pneumonia, bronquiolite, pneumotórax, COVID, miosite, Diabetes Mellitus (DM) inaugural, massa cerebral, miocardite, síndrome mão-pés-boca, ingestão de corpos estranhos, crise convulsiva, intoxicação medicamentosa, síncope com perda de consciência, reações alérgicas, acidentes de viação e quedas. Foi fundamental recorrer a livros, normas e bases de pesquisa para conseguir estudar sobre as várias doenças que iam surgindo.

No serviço de urgência, são inúmeros os procedimentos invasivos necessários para se conseguir estabilizar o estado de saúde do cliente, pelo que pode ser necessário colocar cateteres venosos periféricos, sondas vesicais, sondas retais, enemas/clisteres, aspirar secreções, entre outros procedimentos. Assim sendo, tive oportunidade de treinar e aperfeiçoar técnicas, reduzindo o tempo que demorava inicialmente para executá-las, uma vez que o serviço onde desempenho funções é uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais precisamente na Equipa de Saúde Escolar. Durante a realização destes procedimentos e perante a presença de dor, tive sempre em consideração a utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, consoante a idade da criança/adolescente.

Mesmo procedimentos não invasivos e dolorosos, como administração de aerossóis por câmara expansora, administração de oxigénio por cânula nasal ou máscara facial, eram dificultados, uma vez que maior parte das crianças não tolerava os dispositivos e, por isso, era necessário recorrer a algumas estratégias, quando a idade assim o permitia. Por exemplo, utilizava histórias como o lobo e os três porquinhos e explicava a necessidade de eles terem aquele dispositivo para depois conseguirem ter a força e respiração do lobo.

No decorrer do estágio, realizei a triagem a crianças e adolescentes, o que me permitiu ser mais sensível à observação do estado da criança, ou seja, com o primeiro contacto, era possível

identificar precocemente sinais e sintomas de algumas doenças e intervir adequadamente. Por exemplo, quando surgiam crianças/adolescentes com hipertermia, realizei a intervenção de enfermagem do tipo gerir antipirético.

Consoante a situação que levava o cliente a recorrer ao serviço de urgência e a minha observação, foi possível encaminhar o mesmo para a respetiva especialidade necessária, por exemplo, uma criança/adolescente que tinha apresentado uma queda, era encaminhada para o serviço de ortopedia pediátrica. No hospital onde foi realizado o ensino clínico, o sistema de triagem utilizado é o de Manchester, que segundo a Direção-Geral de Saúde (2015), o sistema de triagem é recomendado, se for a última versão, o que se verificou apenas no segundo ano da realização do ensino clínico.

Um dos aspetos que tive em consideração, foi a gestão do tempo e priorização dos cuidados a prestar. O serviço de urgência é um local onde se tem de realizar as intervenções o mais rápido possível e com uma definição de prioridades bem estabelecida e sinto que, com o desenvolvimento do ensino clínico, fui ganhando mais autonomia e confiança na prestação dos cuidados, o que permitiu uma melhor organização e planeamento dos cuidados a prestar e, por isso, considero que tive uma evolução neste sentido.

Não foi possível demonstrar conhecimentos e capacidades na realização do Suporte Avançado de Vida (SAV) Pediátrico, uma vez que nunca ocorreu uma situação, em que fosse necessário. No entanto, foi-me permitida a intervenção a uma criança em situação de emergência, devido a uma queda de uma árvore, em que a equipa de enfermagem e médica foi acionada para se deslocar à sala de emergência. Com esta experiência, foi possível perceber que a organização, comunicação entre a equipa e a gestão de prioridades são fundamentais para dar resposta numa situação emergente.

Durante o ensino clínico, tive a experiência de comunicar uma má notícia aos pais de uma criança, em idade escolar. Foi possível assistir os pais neste momento e nas suas tomadas de decisão e, também, assistir a criança, que se encontrava assustada. Apesar disso, consegui criar uma relação de proximidade com a criança e que esta se distraísse do meio envolvente e de toda a situação que estava a vivenciar, sendo que a utilização da brincadeira foi fundamental. Uma das dificuldades que senti, foi a gestão de emoções da comunicação de uma má notícia, primeiro porque sentia solidariedade para com os pais da criança, mas também por considerar a criança como um ser frágil e com necessidade de proteção. Apesar disto, após discussão com o tutor e equipa de enfermagem, foi possível lidar com este desafio, que se foi mantendo ao longo dos ensinos clínicos. Tive oportunidade de acompanhar posteriormente o caso desta criança no internamento em pediatria, pelo que foi fundamental perceber a continuidade de cuidados prestados à criança.

Durante o ensino clínico, devido à situação clínica da criança/adolescente, maior parte dos pais demonstrava-se preocupados e stressados, pelo que tentei gerir as emoções que estes estavam

a vivenciar, estabelecendo uma relação com estes, por forma a facilitar o processo de transição da criança. Nem sempre foi fácil realizar esta gestão, especialmente com pais que se encontravam agressivos, porém tentei manter uma postura e comunicação assertiva para conseguir intermediar a situação, no sentido de prevenir conflitos entre equipa de saúde e pais.

Para cuidar de uma criança/adolescente, em contexto de urgência, tive de aplicar conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil de cada etapa de desenvolvimento, para conseguir identificar os sinais de alarme relativos a cada situação. No entanto, face ao contexto de urgência, a avaliação do desenvolvimento psicomotor foi feita através da observação da condição da criança. Isto tornou-se um aspeto fundamental, especialmente em crianças nas quais se detetavam sinais de alarme, uma vez que era possível adequar as intervenções de enfermagem, de forma a facilitar a adesão da criança às mesmas. Por exemplo, para se conseguir administrar medicação por câmara expansora a uma criança com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, tive de utilizar o boneco de referência da criança para exemplificar a técnica e a criança entender o que ia realizar.

Apesar de ser necessário realizar cuidados específicos à criança/adolescente com doença aguda ou agudização da doença crónica, incentivei e promovi a que os pais desenvolvessem a sua parentalidade, consoante as necessidades desenvolvimentais da criança/adolescente e a parentalidade especial, consoante as necessidades especiais face à doença. Neste sentido, sempre que havia necessidade de promover o papel parental face a necessidades especiais ou desenvolvimentais, eram realizadas as devidas intervenções. No entanto, na maioria dos casos, o foco era a promoção do papel parental especial, devido ao contexto de urgência e tempo de permanência da criança no serviço.

Neste sentido, melhorei o conhecimento e aprendizagem de capacidades das crianças/adolescentes e seus pais, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processos de doença e desenvolvimentais. Por exemplo, quando as crianças apresentavam obstrução nasal, eram realizadas intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar aos pais, para que eles conseguissem realizar a lavagem nasal. Em situações em que os recém-nascidos ou lactentes apresentavam cólicas, também eram realizadas intervenções aos pais no sentido de melhorar o conhecimento e a capacidade para conseguirem dar resposta a este sintoma associado ao compromisso do processo gastrointestinal, que é característico para estas idades. Relativamente à gestão dos processos de doença, foi possível, por exemplo, melhorar o conhecimento e a capacidade das crianças, que demonstraram falta de conhecimento para a utilização da câmara expansora para administração de medicação por via inalatória.

Tive oportunidade de acompanhar dois adolescentes com diagnóstico de DM inaugural. Estes adolescentes encontravam-se a vivenciar uma transição saúde-doença, tendo necessidade de adquirirem novas competências (Meleis et al., 2000). Neste sentido, tive um papel fundamental para a promoção da autonomia do adolescente e da promoção do papel parental especial,

intervindo em alguns aspetos do processo adaptativo da transição, nomeadamente o conhecimento e a capacidade. Com isto, foi possível proporcionar competências especializadas e individuais aos adolescentes e pais, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão do processo de doença.

Uma das dificuldades sentidas, foi a realização de procedimentos invasivos a crianças com necessidades de saúde especiais, uma vez que o cariz do serviço de urgência, implica que muitas vezes as intervenções tenham de ser executadas o mais rápido possível, devido à condição clínica da criança. Isto implica que o tempo que temos disponível naquele momento para executar estratégias com a criança, seja muito limitado, pelo que era difícil estabelecer uma relação de confiança com a criança, ao ponto de esta permitir a nossa intervenção, quando a sua condição o permitia. No entanto, tentava sempre incluir os pais neste momento e incentivá-los a adotar estratégias do interesse dos filhos, assim como, implementar intervenções de distração: a brincadeira, uso de um objeto do interesse da criança, vídeos, entre outros.

Um dos aspetos que considero relevante, é a comunicação estabelecida com as crianças/adolescente, desde o momento em que entram na sala de triagem. Foi possível, durante um turno acompanhar crianças/adolescentes a quem tinha realizado a triagem e depois se encontravam em observação. Notei que, apesar de a triagem ser um momento curto de passagem do cliente, faz toda a diferença na confiança e adesão aos cuidados que a criança/adolescente e pais vão estabelecer. Tentei sempre encontrar estratégias adequadas à idade de cada criança, por forma a distraí-la e permitir que esta tivesse uma experiência o mais positiva possível. Por exemplo, o recém-nascido e o lactente comunicam através do choro e é através deste que conseguimos identificar o tipo de necessidade e adequar a resposta, sendo que um choro curto e de baixa intensidade pode estar associado à fome e um choro de alta intensidade pode significar dor (Sequeira et al., 2016) e, por isso, tentei sempre compreender qual o tipo de choro para conseguir adequar as minhas intervenções, assim como, sorrir e conversar com a criança.

Na criança, tentei utilizar estratégias mais interativas (contar histórias, utilizar brinquedos e jogos), um discurso sem infantilizar, informei antecipadamente das intervenções que ia executar, elogiei sempre a criança, especialmente em procedimentos em que era necessária a sua colaboração. No adolescente, tentei mostrar a minha disponibilidade para ajudar no que fosse necessário, informei antecipadamente das intervenções que ia executar e envolvi o adolescente nas tomadas de decisão (por exemplo, na punção venosa para inserção do cateter venoso periférico, perguntava ao adolescente qual a posição que queria manter para a realização do procedimento).

Ao longo do ensino clínico, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a clientes provenientes de várias culturas (por exemplo, de etnia cigana), sendo que tentei respeitar os

seus valores e crenças.

Notei que eram escassos os materiais ou objetos a ser utilizados para distrair a criança, por exemplo bonecos, blocos de construção, pelo que seria importante a instituição de saúde ter isto em conta. Como não tinha acesso a este tipo de material, utilizava estratégias alternativas: balões com luvas, selos/adesivos com desenhos, crachá com desenhos animados, caneta com luz, entre outros. Com estas adaptações, explorei a minha criatividade.

Tive possibilidade de acompanhar uma adolescente com tentativa de suicídio, sendo que foi possível identificar evidências físicas e emocionais de mal-estar psíquico na adolescente (humor triste, olhar desviado, desvalorização de si mesma e ideação suicida), procurando que esta expressasse as suas emoções, pelo que consegui identificar as situações que levaram a adolescente a ter este comportamento de risco (situação de bullying em meio escolar). Para além da referenciação para a equipa de psiquiatras, deveria ser feita a referenciação para a equipa de saúde escolar, no entanto, não foi possível fazê-lo, uma vez que os sistemas de informação não são compatíveis e, por isso deveria ser um aspeto a ser tido em conta para as direções, para haver partilha de informação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, oferecendo uma melhor resposta aos clientes.

Também, consoante a idade da criança, incentivei a que esta participasse no seu processo de cuidados, com vista a que esta se tornasse independente. Por exemplo, em crianças em idade pré-escolar, que recorreram ao SUP por compromisso no sistema respiratório e era necessário administrar medicação por câmara expansora, permitia que esta participasse neste processo, quando possível, sendo que a criança a podia segurar.

O sistema de informação utilizado no SUP para documentar a conceção de cuidados, apesar de estar adaptado ao contexto para se conseguir ter acesso à triagem realizada às crianças, não espelhava toda a prestação de cuidados realizado pelos enfermeiros.

CONTEXTO CLÍNICO: SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM PEDIATRIA

Durante o ensino clínico tive oportunidade de prestar cuidados a crianças internadas devido a gastroenterites, otites, fraturas, pneumonias, bronquiolites, SDR, abscessos, infeção do Cateter Venoso Central (CVC), osteomielite, ITU's, pós-operatórios (apendicectomia, artroscopia, correção de hérnias, correção de hipospádias) e, por isso, foi importante a pesquisa em livros, normas e bases de pesquisa para conseguir oferecer a resposta de enfermagem apropriada a cada situação. Por exemplo, uma criança com gastroenterite apresenta vômitos e diarreia (Meireles, Bandeira, & Martins, 2017), pelo que planeei a intervenção avaliar a evolução destes sintomas.

Devido à condição clínica de cada criança, foi necessário realizar algumas técnicas para assegurar a melhoria desta, sendo os principais a inserção de um CVP, aspiração de secreções e inserção da sonda vesical. Sinto que o treino realizado no SU na execução destas técnicas,

ajudou a que me sentisse mais confiante e reduzisse o tempo utilizado para a realização das mesmas. À exceção da aspiração de secreções, os restantes procedimentos eram realizados numa sala própria, para que a criança não associasse o quarto onde permanecia, a episódios de dor. Nesta sala encontrava-se um aparelho em forma de astronauta, que projetava um “céu estrelado” e que eu aproveitei e utilizei como auxílio para contar histórias às crianças, facilitando a adesão da criança aos cuidados de enfermagem.

Não foi possível demonstrar conhecimentos e capacidades na realização do SAV Pediátrico, pois não ocorreu nenhuma situação que o justificasse, no entanto, tive de intervir numa situação de instabilidade, devido a um compromisso do sistema respiratório, em que foi necessário identificar rapidamente a causa desta instabilidade (neste caso, diminuição da saturação de oxigénio e cianose), para se conseguir adequar as intervenções de enfermagem.

No serviço de internamento em pediatria, é importante estabelecer uma parceria de cuidados com a criança e seus pais, para minimizar os efeitos da hospitalização (Sousa et al., 2023). Deste modo, quando os pais se encontravam no serviço e dispostos a participar nos cuidados à criança, eram negociadas as intervenções que poderia realizar (por exemplo, dar banho, realizar a higiene oral, alimentar a criança, entre outros), tendo sempre em conta as intencionalidades terapêuticas do modelo da parceria de cuidados.

Sempre que possível, negociava e incluía a criança/adolescente para a sua participação na tomada de decisão como, por exemplo permitia que esta seleccionasse o adesivo que pretendia, aquando a realização da punção venosa.

No serviço, não existe nenhum procedimento relativo ao desenvolvimento infantil e com a minha observação clínica, percebi que a sua avaliação era realizada empiricamente. Também, o facto de nem sempre se cumprirem os rácios indicados para as dotações seguras, pode ser um fator para que os enfermeiros não consigam ter um momento de avaliação do DI, com recurso a brincadeiras e utilização de objetos. Assim, reforcei a importância de se realizar esta avaliação e dei a conhecer à tutora, a ontologia de enfermagem e os parâmetros que devem ser avaliados no desenvolvimento,

Para a avaliação do desenvolvimento infantil, considerei que este faria sentido ser realizado no turno da tarde ou da manhã, por ser o momento oportuno para intervir, pois a criança estava desperta e mais colaborante. A hospitalização pode ter um impacto negativo no desenvolvimento da criança, especialmente se for prolongado (Munhóz & Ortiz, 2006). Sendo assim, a avaliação do desenvolvimento era realizada com os objetos presentes no serviço e num local próprio para o efeito.

Um dos aspetos que tive em atenção, foi a promoção do aleitamento materno nos recém-nascidos e lactentes para promover a vinculação e a interação criança-mãe. Também, era utilizada como uma técnica não farmacológica no alívio da dor, provocada por procedimentos

dolorosos.

Durante o ensino clínico, uma das intervenções que realizei junto das crianças foi a brincadeira, uma vez que esta tem como intencionalidade fornecer informações e capacidades para que a criança consiga vivenciar a experiência da hospitalização, com o mínimo de efeitos negativos (Tavares, 2011). Considero que a utilização da brincadeira com a criança acaba por ser uma estratégia de comunicação, uma vez que a utilizava para conseguir melhorar o conhecimento e capacidades das crianças e, também, para estabelecer uma relação de confiança.

É de salientar que a estrutura física do serviço de internamento permite que haja uma sala de convívio para as crianças, mas também outra para os adolescentes. Este aspeto é muito importante uma vez que na fase da adolescência, existe necessidade de estarem com outros adolescentes, a realizarem atividades diferentes das crianças, pelo que este espaço permite que haja convívio e partilha entre adolescentes.

CONTEXTO CLÍNICO: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE E UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Relativamente à UCC, ao longo do estágio foram desenvolvidas várias atividades de promoção de saúde na saúde escolar, que já se encontravam planeadas pela UCC desde o início do ano letivo e que integram o que é previsto no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) como área de intervenção. Por exemplo, foram realizadas atividades sobre a higiene oral e uso da solução fluoretada, as redes sociais e a autoimagem/autoconceito, interrupção voluntária da gravidez, consumos aditivos e sexualidade e afetos. Neste sentido, foi possível perceber como se realiza todo o processo de resposta face a uma problemática/necessidade identificada como prioritária.

No desenvolvimento e realização destas atividades, tive sempre em consideração as estratégias de comunicação a utilizar para cada faixa etária e o que poderia utilizar para cativar a atenção das crianças. O maior desafio que experienciei foi na atividade dos consumos aditivos, realizada a adolescentes, uma vez que não se demonstravam interessados para aprender, pelo que tive de adotar estratégias diferentes do que as que tinha planeado como, por exemplo, utilizar exemplos de celebridades.

Para além dos programas no âmbito da saúde escolar, tive oportunidade de intervir no sentido de apoiar a inclusão de crianças e adolescentes com necessidades de saúde especiais, realizando o Plano de Saúde Individual, que tem como objetivo implementar medidas facilitadoras junto dos responsáveis da escola, pais/crianças/adolescentes e equipa de saúde escolar, para facilitar a inclusão escolar (Direção-Geral de Saúde, 2015). Face a isto, é sempre negociado um plano com os pais e/ou criança e a escola.

Também, presenciei reuniões com Equipa Local de Intervenção, inserida no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), percebendo qual o papel a desempenhar pelo EEESIP. Esta equipa tem como objetivo apoiar as crianças com idades compreendidas entre os 0 e 6

anos e que apresentam risco ou atraso no desenvolvimento e é constituída por elementos de vários ministérios (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, 2022).

A massagem infantil é uma terapia que, para além de potenciar a vinculação e o contacto físico entre recém-nascido e lactente e seus pais, apresenta vários benefícios para o desenvolvimento da criança e da parentalidade (Costa et al., 2021) e pode ser utilizada como uma intervenção não farmacológica para o alívio da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Na UCC, a massagem infantil está inserida num curso de 4 sessões, em que cada sessão foca a massagem numa determinada zona do corpo do recém-nascido ou lactente, enquanto são esclarecidas as dúvidas que os pais apresentam acerca do desenvolvimento da sua parentalidade. Para a realização da massagem infantil, são realizadas intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar aos pais, para que estes consigam realizar a massagem na criança. A massagem infantil é realizada em grupo, isto é, vários pais e crianças e, por isso, também possibilita a partilha de experiências e aspetos negativos/positivos da transição que os pais estão a vivenciar. Segundo Carvalho et al. (2023), é necessário a realização de protocolos para a realização de intervenções de massagem infantil nos recém-nascidos e lactentes, pelo que se deve realizar investigação neste sentido.

Como referido anteriormente, na realização da massagem infantil, era possível avaliar o desenvolvimento da parentalidade e, também, esclarecer dúvidas que os pais tivessem. Foi possível verificar, que as mães apresentam algumas dúvidas e receios em relação à amamentação, pelo que tive de intervir junto destas, promovendo a amamentação, de forma a combater estas necessidades.

A UCC desenvolve um projeto relativo à capacitação de grávidas/casais para o Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico. Durante a realização do ensino clínico, realizei uma intervenção deste projeto, onde foi possível perceber, com questões realizadas à população-alvo, que havia potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade acerca desta temática, e, por isso, foram realizadas intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar.

Relativamente à USF, realizei consultas de desenvolvimento infantil, onde apliquei os conhecimentos que possuo acerca do desenvolvimento, para o conseguir avaliar na criança/adolescente. Tive oportunidade de realizar consultas de saúde infantil em todas as idades pediátricas: RN, lactente, idade pré-escolar, idade escolar e adolescentes, pelo que considero uma mais valia para o meu processo de aprendizagem, uma vez que os aspetos a avaliar e os cuidados antecipatórios diferem de idade para idade. Nas consultas, era necessário utilizar estratégias para cativar a criança/adolescente, pelo que isto foi um desafio, que eu tentei superar através da utilização da brincadeira, jogos, vídeos, entre outros. Senti que a criança necessitava de estabelecer uma relação de confiança, para aderir ao que lhe propunha. Por exemplo, para a avaliação da visão, dizia à criança que esta era uma pirata e que tinha de colocar um tapa-olhos e que tinha de dizer qual era a letra para onde apontava.

A USF onde foi realizado o ensino clínico, tinha disponível um aparelho que transmitia sons e luzes, que era facilitador da avaliação do desenvolvimento tanto em recém-nascidos e lactentes, mas também, em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), por cativar a sua atenção (Bosa, 2006; Fonseca, 2018) Este aparelho também era utilizado para o alívio da dor, provocada pela vacinação.

Quando necessário, face a um potencial para melhorar o conhecimento sobre alguma especificação, tentava negociar com a criança/adolescente ou pais intervenções a adotar para mudar comportamentos. Por exemplo, numa consulta a um adolescente de 10 anos, foi possível negociar a redução da quantidade de alimentos açucarados que ele consumia ao longo do dia.

Uma das estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem, após a vacinação, era fornecer à criança, um brinquedo escolhido por si, que era disponibilizado por esta equipa. No entanto, a criança podia levar um brinquedo, mas na consulta seguinte tinha de trazer outro para substituir o que levou. Esta estratégia permite que a criança ganhe sentido de responsabilidade, perceba a importância da partilha e facilite a vacinação. Considerei uma estratégia fundamental para a adesão da criança aos cuidados de enfermagem, pelo que também a utilizei.

Este local de estágio permitiu que aprofundasse conhecimentos acerca do PNSE de 2013, sendo que este foi uma ferramenta utilizada nas consultas de saúde infantil, nomeadamente para a avaliação do desenvolvimento infantil. A avaliação do desenvolvimento infantil tem como finalidade detetar precocemente alterações no desenvolvimento e adequar as intervenções (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Durante a realização de uma consulta a uma criança em idade pré-escolar, verifiquei sinais de alarme no seu desenvolvimento e a mãe confirmou o diagnóstico de PHDA. Como esta criança ainda não tinha sido referenciada para a ELI e beneficiava da sua intervenção, foi realizada a referenciação para esta equipa. Senti algumas dificuldades na realização da consulta a esta criança, uma vez que apresentava sinais de hiperatividade e desatenção, o que não foi fácil mantê-la focada durante a consulta. No entanto, com o auxílio de um jogo do interesse da criança, foi possível que esta aderisse ao proposto.

Notei que alguns dos objetos utilizados para a avaliação do desenvolvimento infantil (por exemplo, jogos, blocos de construção, lápis de cor, entre outros) eram comprados ou doados pela equipa de enfermagem, pelo que seria importante que as instituições de saúde permitissem o fornecimento deste tipo de materiais, uma vez que, são necessários na avaliação do desenvolvimento e permitem que a criança se distraia. Percebi também, junto da equipa de enfermagem, que a instituição de saúde não providencia EMLA para proporcionar o alívio da dor aquando a administração de vacinas, pelo que recomendam aos pais a compra deste anestésico, o que nem sempre é acessível a todos os pais. Por isso, este é outro aspeto que as instituições de saúde deveriam ter em consideração.

Numa consulta a um adolescente de 13 anos, após a facilitação da comunicação expressiva de emoções, foi possível verificar que este era vítima de *bullying* por parte dos colegas da escola, pelo que foi referenciado para a equipa de saúde escolar, para que o seu caso fosse acompanhado a nível escolar. Para além disto, expliquei à mãe e enfermeira presente na consulta as consequências que a violência pode provocar no desenvolvimento do adolescente. Incentivei a que a mãe procurasse resolver esta problemática com a direção da escola, em parceria com a equipa da saúde escolar.

CONTEXTO CLÍNICO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Quanto à UCIP, prestei cuidados a crianças internadas devido a Traumatismo Crânioencefálico (TCE), Paragem Cardiorrespiratória (PCR), acidentes de viação, pneumonia, bronquiolite, malária, massas cerebrais, pós-operatório de cirurgias cardíacas e cerebrais e hematoma subdural. A UCIP onde foi realizado o ensino clínico, é a unidade de referência para recuperação pós-operatório de cirurgias cardíacas, pelo que foi possível realizar pesquisa e aprofundar conhecimentos acerca destas. Também, pelas particularidades do serviço, foi possível prestar cuidados a crianças com doenças raras como, por exemplo, Síndrome de *Costello* e malária, pelo que tive necessidade de estudar e pesquisar sobre a doença, para conseguir oferecer a resposta mais apropriada a estas crianças.

A UCIP é um local onde existe uma maior especificidade nos cuidados a prestar, sendo que é necessário recorrer a várias máquinas e dispositivos (por exemplo, ventiladores, bombas perfusoras, entre outros para se conseguir estabilizar a criança). Na minha experiência profissional, eu não contacto com estes dispositivos, pelo que numa fase inicial, tive dificuldades na manipulação destes. Contudo, ao longo do ensino clínico, treinei o manuseamento dos mesmo e passei a utilizá-los com uma maior facilidade.

Na UCIP é necessário ter-se como competência a gestão de prioridades e organização dos cuidados pois, ao longo dos turnos, existem momentos específicos para determinados cuidados de enfermagem (por exemplo, no turno da manhã, por norma, são prestados cuidados de higiene. e nem sempre era possível cumprir isto, especialmente quando surgiam imprevistos ou a condição dos clientes agudizava, porém tentei sempre encontrar soluções para estas situações. O trabalho em equipa era fundamental quando ocorriam estas situações, pois com a ajuda da equipa de enfermagem, era possível responder mais rapidamente às necessidades da criança/adolescente.

Tive sempre preocupação em estabelecer uma parceria de cuidados com os pais e a criança, sempre que possível. A UCIP onde foi realizado o ensino clínico, possui um protocolo relativamente à prestação de cuidados realizados pelos pais, em que estes devem apenas realizá-los com a permissão da equipa de enfermagem. Maior parte das crianças, quer sedada ou não, encontrava-se monitorizada e com vários dispositivos (por exemplo, sondas vesicais, drenos, cateteres arteriais, CVC, entre outros), o que levava a que os profissionais realizassem

grande parte dos cuidados. No entanto, sempre que possível e a situação da criança o permitisse, eu tentava estabelecer uma parceria de cuidados, negociando os cuidados que poderiam ser executados por estes. Por exemplo, numa adolescente sedada, na alternância de decúbitos, negocie com os pais serem eles a massajar o corpo da criança. Num lactente, negocie com os pais serem eles a trocar a fralda, a alimentar a criança, a pegar ao colo (quando a situação da criança o permitia), entre outros. O envolvimento dos pais nos cuidados a realizar à criança, permitiu estabelecer uma relação de confiança e empatia entre pais-enfermeira e facilitar a experiência de hospitalização vivenciada, quer pela criança, quer pelos pais.

Na UCIP, devido à condição clínica de cada criança, era possível encontrar crianças sedadas ou conscientes, pelo que a comunicação estabelecida com ambas se diferenciava. Nas crianças sedadas, apresentava-me e explicava as intervenções que estava a realizar, no entanto, a comunicação era maioritariamente estabelecida com os seus pais. Nas crianças conscientes, utilizava várias estratégias de comunicação, de acordo com a sua condição clínica e idade. Por exemplo, nas crianças utilizava a brincadeira como uma estratégia de comunicação, utilizando brinquedos/objetos da sua preferência.

No decorrer do ensino clínico, tive oportunidade de intervir numa situação de emergência e, que foi necessário realizar o SAV pediátrico a uma lactente de um mês. Foi possível, numa primeira fase, entender que a equipa pré-define a função e intervenção de cada elemento, ou seja, um elemento fica a preparar a medicação necessária, um segundo elemento a realizar as compressões e o terceiro a realizar as insuflações com o ambu. Isto permite que a equipa se organize e não realize intervenções duplicadas (por exemplo, preparação dupla do mesmo medicamento), oferecendo a melhor resposta possível. Esta criança encontrava-se com ventilação invasiva e, por isso, encontrava-se sedada, pelo que só foi possível perceber que estávamos perante uma situação de emergência ao interpretar os parâmetros indicados no ventilador e, por isso, senti necessidade de pesquisar sobre as linhas do ritmo cardíaco e respiratório, para conseguir identificar o foco de instabilidade antecipadamente.

Um dos momentos mais marcantes no meu percurso, foi a morte de uma criança, em que estava a entrar na UCIP para realizar o turno e a equipa de enfermagem e médica estava a realizar o SAV Pediátrico, que acabou por ser suspenso, por ter passado uma hora. Foi um momento inesperado, em que senti vários tipos de emoções, desde tristeza, raiva, sentimento de injustiça, pois nunca tinha vivenciado a morte de uma criança. No entanto, tive de gerir todas estas emoções e tentar que não interferissem com a minha prática de cuidados, o que foi um grande desafio. Apesar de toda a equipa se ter mostrado sensível a este episódio, sinto que a partilha da experiência não foi o suficiente para que os profissionais conseguissem lidar com esta vivência e, por isso, era importante que as instituições promovessem algum tipo de apoio, no sentido de ajudar os profissionais de saúde a lidar com estas experiências, que podem ter

um impacto negativo, quer na sua prática profissional, quer na sua vida pessoal. Outro aspeto que considero importante, é o tempo utilizado para a realização do SAV que, após reflexão com os enfermeiros presentes no turno, percebeu-se que é difícil saber quando se deve parar de o fazer, na idade pediátrica, pois é difícil desistir da vida de uma criança, no entanto, tem de se ter em consideração que se pode estar a prolongar a vida de um cliente, que já não apresenta viabilidade e, por isso, esta reflexão entre os profissionais de saúde é fundamental.

Relativamente a esta situação, outro aspeto importante foi a comunicação da morte da criança aos seus pais, em que esta foi realizada pela equipa médica e de enfermagem. Foi um momento muito emotivo, em que os profissionais de saúde foram sensíveis à experiência que os pais estavam a vivenciar, sendo que permitiram que estes expressassem as suas emoções, despedissem-se da sua filha e tivessem tempo e espaço para conseguirem começar a assimilar o que lhes estava a acontecer. Este tipo de intervenções, permitiram assistir os pais a lidar com a transição que estavam a vivenciar – a morte de um filho.

Também, acompanhei o caso de uma criança com um hematoma subdural, em que a equipa de saúde suspeitava de Síndrome de *Shaken Baby* e confrontou os pais em relação a esta situação, realizando a referenciação para a assistente social, que encaminhou o caso para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). No momento em que fui pela primeira vez conversar com os pais, estes encontravam-se desconfiados e revoltados com a equipa de saúde, pelo que inicialmente foi difícil estabelecer uma relação de confiança. No entanto, com o decorrer do turno, fui conseguindo estabelecer uma relação de empatia com estes pais e realizar intervenções do tipo ensinar relativamente à síndrome de *Shaken Baby*.

Com esta situação, senti necessidade de refletir sobre qual será o momento indicado para fazer a referenciação de uma criança para a CPCJ por suspeita de maus tratos e percebi que esta referenciação não deve ser realizada numa primeira fase, quando o diagnóstico de doença da criança ainda não está confirmado e ainda existem dúvidas se realmente foi esta a causa que levou à necessidade de hospitalização. É importante ter em atenção a este aspeto, pois pode ter um impacto negativo para o estabelecimento de uma parceria de cuidados com os pais, quebrando a relação enfermeiro-pais.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), podemos definir «competência» como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para responder eficazmente a situações complexas e problemas no exercício da profissão. A competência engloba o domínio técnico- científico, mas também a capacidade de agir de forma ética, respeitando os direitos e a dignidade das pessoas, assim como, a capacidade de trabalhar em equipa, de comunicar de forma clara e efetiva, de gerir conflitos e de aprender continuamente.

Para a transição de Enfermeiro para o Enfermeiro Especialista, o estágio é uma componente

fundamental, facilitando o processo de aprendizagem e contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos, assim como a mobilização destes para a prática (Alarcão & Rua, 2005). No meu percurso, o estágio permitiu, ainda, o desenvolvimento de uma visão crítico-reflexiva da prática clínica, essencial ao rigor e exigência dos cuidados de Enfermagem diferenciados.

Na área de saúde infantil e pediátrica cada vez mais se assiste a uma evolução da ciência e da tecnologia. Na atualidade, assistimos ao aparecimento de doenças cada vez mais complexas nas crianças, à degradação do meio ambiente e ao aumento dos fatores de risco. Além disso, os pais e as crianças estão cada vez mais informados e, conseqüentemente, mais exigentes nos seus cuidados, daí que haja a necessidade de diferenciação e especialização, no sentido de responder às necessidades atuais e cuidar da melhor forma possível, de acordo com a evidência científica mais atual (Alarcão & Rua, 2005).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são definidas como: “as competências, partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Relativamente às competências comuns, estas estão organizadas, em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Responsabilidade profissional, ética e legal: O enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas, os princípios éticos e a deontologia profissional, devendo demonstrar uma prática profissional segura, com tomadas de decisão éticas e deontológicas, respeitando os direitos humanos e as preferências da pessoa (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A Deontologia Profissional é designada como um conjunto de princípios e/ou regras, baseados na moral e no direito, que dizem respeito a uma determinada profissão, neste caso à profissão de enfermagem. A deontologia na área da saúde estabelece os deveres, a liberdade no exercício da profissão, a responsabilidade pelos atos e a circunscrição do agir aos limites das qualificações e das competências (Nunes, 2016).

O Código Deontológico de Enfermagem estimula-nos a “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” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.78).

No meu percurso, em todos os estágios, primei por garantir do cumprimento dos princípios legais, éticos e deontológicos que orientam a profissão de enfermagem, através da revisão do código deontológico de enfermagem, bem como do mobilizar dos conhecimentos adquiridos durante o presente mestrado, nomeadamente da unidade curricular “Epistemologia e Ética em Enfermagem”.

Penso que a explanação do meu percurso nos contextos clínicos, demonstra que assumi sempre uma atitude de respeito pela dignidade das crianças em todos os seus períodos do desenvolvimento, bem como da dos seus pais, incluindo-as nos cuidados, esclarecendo-os adequadamente relativamente aos cuidados prestados, de acordo com a capacidade destes para tomar decisões, certificando-me, sempre, que a informação era apresentada de uma forma promotora da sua compreensão.

No quadro da assistência à criança/pais, muitas vezes, o consentimento é tácito ou implícito. Com efeito, em particular nas situações de urgência ou emergência, muitas vezes a criança está impossibilitada de exprimir a sua vontade, circunstância em que o enfermeiro atua governado pela ideia da “beneficência”. Ao longo do estágio, tive oportunidade de refletir sobre esta problemática, em particular na situação de emergência que pude vivenciar.

O respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes, enunciado nos princípios gerais do Código Deontológico refletiu-se no respeito pela individualidade, pela diferença, pela autonomia e pela privacidade dos clientes dos meus cuidados em todos os estágios.

Ainda, de acordo com o Código Deontológico, aquando da prestação de cuidados, dei atenção à criança como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, fornecendo informação à diáde criança/pais respeitante aos cuidados de enfermagem, cumprindo o dever de sigilo profissional, que surge como forma de preservar o direito à confidencialidade e privacidade.

Durante os estágios, os cuidados que prestei estiveram enquadrados nas responsabilidades profissionais, com a preocupação pelos direitos humanos e considerando os princípios éticos: da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia e a minha conduta foi sempre pautada pelo respeito pelas pessoas, pelas suas vontades, crenças e individualidades.

Melhoria contínua da qualidade: o enfermeiro especialista deve colaborar na conceção e operacionalização de projetos na área da qualidade, desenvolvendo práticas de qualidade, através da gestão e colaboração de programas de melhoria contínua, sempre com a garantia de um ambiente seguro e terapêutico (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante a prestação de cuidados nos contextos clínicos, foram diversos os cuidados prestados com o intuito de fomentar a segurança e a qualidade, considerando os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Os indicadores de saúde e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são ferramentas cruciais para a gestão da qualidade de cuidados e pode refletir sobre este assunto na documentação dos casos clínicos. Contudo, nos contextos onde realizei os estágios, ainda é incipiente o recurso a indicadores (relativos aos cuidados de enfermagem), para efeitos da “análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados”. E assumo que, enquanto futura mestre e enfermeira especialista preciso de incorporar este tipo de ferramentas na minha ação profissional, com vista a promover a qualidade assistencial.

Durante o estágio, na minha ação direta de prestação de cuidados aos clientes, procurei sempre assegurar os princípios relevantes para garantir a segurança dos clientes (por exemplo, na administração de fármacos, de acordo com o preconizado pela DGS), assim como, a dupla confirmação da identificação do cliente, do fármaco, da dose, da via de administração e da hora antes da administração dos mesmos; a colocação de rótulo; bem como a obrigatoriedade da prescrição escrita com registo informático para posterior preparação. Com o meu exemplo, procurei evidenciar a necessidade de, permanentemente, estarmos envolvidos na prevenção de acidentes e gestão do risco.

A Ordem dos Enfermeiros apresenta vários documentos normativos e vinculativos, promotores da qualidade em saúde infantil e pediátrica. Um exemplo são os guias de boas práticas pelo que considerei pertinente a revisão destes documentos.

A gestão da qualidade é um domínio fulcral nas competências do enfermeiro especialista. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), este deve ser um dinamizador no desenvolvimento de estratégias de governação clínica e parte integrante nos programas de melhoria da qualidade dos cuidados, que ajudam na criação e manutenção de ambientes terapêuticos e seguros. Nos diferentes estágios, tive a oportunidade de colaborar com os enfermeiros tutores neste domínio das competências. Identifiquei áreas do conhecimento da prática clínica em que existia alguma falta de informação por parte dos profissionais de saúde, resultando, assim, em temas para discussão e reflexão, nomeadamente no tema do meu projeto de desenvolvimento de competências especializadas. Neste sentido, reuni informações relativamente à temática e, com a colaboração dos enfermeiros tutores, efetuamos "ações de reflexão em equipa". Desta forma, estive envolvida na identificação de áreas e oportunidades de melhoria, facto que reporto como significativo.

Gestão dos cuidados: O enfermeiro especialista deve realizar a gestão dos cuidados prestados, otimizando as intervenções de enfermagem e a articulação na equipa de saúde, de forma a garantir a sua segurança e qualidade. Este adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. Neste sentido, o enfermeiro especialista deve possuir um conjunto de competências fundamentais ao seu exercício que englobam o conhecimento e aplicação de políticas, legislação e procedimentos de gestão de cuidados, de forma a garantir a excelência na prestação de

cuidados e o cumprimento das diretrizes estabelecidas (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O domínio da gestão dos cuidados, além da gestão efetiva dos cuidados de enfermagem, prevê a adaptação da liderança e a gestão de recursos. Os tutores que me foram atribuídos, além de serem reconhecidos pela sua competência, entre os pares e os restantes grupos profissionais, desempenham funções de coordenação de equipa. Estas circunstâncias criaram a oportunidade de os acompanhar na supervisão de cuidados, em situações de assessoria, em reuniões de decisão multidisciplinar, e de compreender os estilos de liderança utilizados.

No quadro das atividades de gestão de cuidados, os enfermeiros especialistas precisam de levar por diante atividades de supervisão clínica de pares, mobilizando múltiplos recursos e abordagens, de forma a atender às necessidades dos supervisados (Pires et al., 2021). Sobre este aspeto, destaco as estratégias do que pude experienciar: o acompanhamento dos enfermeiros nas suas práticas e cuidados, sem um carácter inspetivo; a discussão das opções e melhores decisões sobre os cuidados, com foco em casos concretos; e a rentabilização de momentos informais de reflexão sobre os cuidados com a definição conjunta de planos assistenciais, onde se incluíam os objetivos para os cuidados.

A coordenação de equipas por parte dos enfermeiros especialistas é um elemento da organização dos cuidados, no espaço dos contextos onde realizei o estágio. Percebi que, independentemente das particularidades de cada contexto, o desempenho das funções de coordenação de equipas exige elaboração de planos de dotação de recursos humanos, gestão da logística de suporte aos cuidados, e assessoria à direção dos serviços. O desempenho competente nesta dimensão, coloca ao enfermeiro especialista desafios de, funcionar sempre, a partir de princípios para que a gestão de cuidados e de coordenação das equipas não tenha um perfil casuístico.

Gerir cuidados e liderar equipas, desafia os enfermeiros especialistas a cuidarem dos enfermeiros, e de todos aqueles que estão envolvidos nos cuidados, sob a sua orientação e supervisão.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: O enfermeiro especialista baseia o seu processo de tomada de decisão na mais recente evidência científica disponível, assumindo-se como um facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo no campo da investigação. Este deve demonstrar ainda a capacidade de autoconhecimento (central na prática de enfermagem), reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As atividades que explanei neste capítulo, relativamente aos contextos clínicos, permitiram o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como o alcançar dos objetivos definidos para o presente mestrado.

O estágio, assim como todo o percurso desenvolvido no mestrado, foram uma oportunidade de “autoconhecimento” e consciencialização profissional. Fui confrontada com os meus (atuais) limites e desafiada a mobilizar e expandir os meus conhecimentos.

Tive a consciência da necessidade de aumentar o meu conhecimento e melhorar a minha capacidade de prestação de cuidados à criança e seus pais e em todos os estágios procurei desenvolver as minhas competências a partir da reflexão sobre a ação sendo crítica sobre mim mesma. Por outro lado, no sentido de colmatar as dificuldades sentidas, procurei sempre atualizar o meu conhecimento com base nas guidelines mais atuais, livros, bases de dados científicas e documentos reguladores do exercício profissional.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

Após a explanação das atividades desenvolvidas, ao longo dos ensinamentos clínicos, e das reflexões que emergiram das mesmas importa, também, sintetizar de que forma o "decorrido" se relaciona com o desenvolvimento das competências específicas de EEESIP. As tabelas 1, 2 e 3 pretendem de uma forma sistemática, representar a relação entre atividades e competências específicas, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018).

Tabela 1 - Desenvolvimento da competência "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde", de acordo com as atividades realizadas

Unidade de Competência	Atividades
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	-Estabelecimento de uma parceria de cuidados com as crianças/adolescentes e pais; -Realização de atividades no âmbito da saúde escolar (por exemplo, acerca da saúde oral, consumos aditivos, entre outros); -Realização de consultas para apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais;
Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem	-Pesquisa bibliográfica sobre as doenças mais comuns em idade pediátrica; -Prestação de cuidados a crianças com doenças comuns (por exemplo, gastroenterite, infeções respiratórias, ITU's, entre outras); -Intervenção numa situação de tentativa de suicídio; -Informoterapia aos pais e crianças acerca da prevenção de acidentes (por exemplo, quedas);

Tabela 2- Desenvolvimento da competência "Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade", de acordo com as atividades realizadas

Unidade de Competência	Atividades
Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados	-Intervenção em situações de descompensação (por exemplo, criança com quadro de descompensação a nível do sistema respiratório); -Intervenção numa situação de emergência, com necessidade de SAV pediátrico; -Intervenção numa situação de morte, aplicando competências para a dignificação do luto; -Comunicação da morte de uma criança aos pais, juntamente com a equipa médica;
Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas	-Pesquisa bibliográfica sobre técnicas não farmacológicas no alívio da dor; -Execução de técnicas não farmacológicas para alívio da dor; -Negociação com a criança/pais sobre a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor;
Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados	-Pesquisa bibliográfica sobre doenças raras (por exemplo, Síndrome de Costello).
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	-Pesquisa bibliográfica sobre terapias de enfermagem complementares; -Realização de terapias complementares (massagem e técnicas de relaxamento);
Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade	-Realização de uma primeira avaliação empírica do desenvolvimento da criança para detetar alguma alteração; -Realização da avaliação do desenvolvimento infantil (por exemplo, permitiu detetar sinais de alarme no desenvolvimento de uma criança); -Realização da referenciação de uma criança com sinais de alarme no desenvolvimento para a equipa da ELI;

Tabela 3- Desenvolvimento da competência "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem", de acordo com as atividades realizadas

Unidade de Competência	Atividades
Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil	-Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento e crescimento da criança -Realização de consultas de saúde infantil;
Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais	-Pesquisa bibliográfica sobre as competências do RN; -Promoção da amamentação, nomeadamente como técnica não farmacológica no alívio da dor; -Promoção do contacto físico RN/pais;
Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura	-Pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação em idade pediátrica; -Prestação de cuidados a crianças outras culturas e etnias; -Utilização de técnicas de comunicação, apropriadas a cada estadio de desenvolvimento;
Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde	-Negociação de intervenções de enfermagem com o adolescente (por exemplo, na consulta infantil com um adolescente, foi possível negociar a mudança de comportamentos relativos à prática de atividade física); -Promoção da comunicação expressiva de emoções (por exemplo, na consulta infantil com um adolescente, foi permitida a expressão de sentimentos, pois este foi vítima de bullying).

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS

Num 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 - Técnicas Não Farmacológicas no Alívio da Dor em Idade Pediátrica.

A dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (Raja et al., 2020). Definir o conceito de dor é um desafio uma vez que a dor pode variar quanto à sua intensidade, qualidade, duração e possui diversos mecanismos fisiopatológicos e significados (Raja et al., 2020).

A dor é subjetiva, isto é, a mesma lesão causada em vários indivíduos pode ser experienciada de forma diferente e não é possível caracterizá-la objetivamente, pois não existem marcadores biológicos para este efeito e, por isso, a dor tem um grande impacto na integridade física do indivíduo (Janeiro, 2017). A forma como a dor é experienciada pelas crianças vai depender da sua idade, nível de desenvolvimento, a causa e natureza da dor e capacidade da criança

expressar a dor (Martin et. al, 2019).

A temática da dor, nomeadamente as técnicas não farmacológicas no alívio da dor foi selecionada, porque sempre se constituiu como uma área de interesse pessoal, pois está sempre em estudo e, ainda não está sistematizada, podendo isto dever-se à falta de conhecimento, valores dos profissionais de saúde e organização dos cuidados de saúde (Batalha, 2010).

A dor funciona como um sinal de alerta, em que há ativação de respostas protetoras para minimizar possíveis danos nos tecidos e, na maioria dos casos, a dor é resultante da ativação de neurónios aferentes primários específicos – os nociceptores – ou da lesão desses nociceptores ou do Sistema Nervoso Central (SNC) (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010). Os nociceptores são terminações nervosas livres não mielinizadas, não especializadas, para detetar e transmitir os estímulos nervosos (Lopes, 2003). Os corpos celulares dos nociceptores localizam-se nos gânglios raquidianos ou nos gânglios trigemiais, no caso do nervo trigemial, e têm como função enviar uma ramificação de fibra nervosa para a periferia e outra para a medula espinhal ou para o tronco cerebral (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010).

É fundamental perceber o tipo de dor que o cliente está a experienciar, o contexto em que ocorre (procedimentos ou exames dolorosos, cirurgia ou patologia) e as suas características (localização, intensidade e duração) (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010). A dor pode ser aguda ou crónica, sendo que a dor aguda ocorre pelo menos três vezes durante um período de até três meses, estando associada ao desenvolvimento de uma doença ou a execução de procedimentos médicos invasivos e a dor crónica persiste por mais de três meses, sendo definida como uma dor persistente e contínua (Williams & Craig, 2017).

Ao longo da idade pediátrica, as crianças podem experienciar vários episódios de dor aguda (Fernandes, 2020) e estes podem dever-se a ferimentos leves, procedimentos de enfermagem, imunizações, doenças agudas ou procedimentos médicos e cirúrgicos (Martin et al., 2019). Segundo o Global Pain Index Report (2020), as causas mais comuns associadas à dor aguda advêm da odinofagia, infeções do trato respiratório, gastrointestinais, dor associada à vacinação, cefaleias, dotalgia, mialgia, cefaleia de tensão e dor pós-cirúrgica.

Caso a dor não seja devidamente tratada, pode haver consequências e/ou incapacidades para a pessoa (Janeiro, 2017). Segundo Hasuo et al. (2017), se a dor não for devidamente tratada e controlada na criança, pode levar efeitos devastadores a curto ou longo prazo, nomeadamente desenvolvimentais, emocionais, psicológicos ou de comportamento, que podem persistir ao longo da vida. A curto prazo, pode haver um aumento do stresse na criança e o desenvolvimento de ansiedade e medo de voltar a experienciar a sensação de dor e a longo prazo pode levar ao desenvolvimento de dor crónica uma vez que a estimulação nervosa vai alterar as vias da dor (Ali et al., 2022).

Muitas das situações patológicas são acompanhadas de dor e, por isso, esta é reconhecida como o 5º sinal vital, sendo que faz parte da boa prática profissional avaliar manifestações de dor e, caso estas estejam presentes, avaliar a sua intensidade, localização e tipo de dor, registando estes parâmetros. Se a dor não for controlada, a parte sensorial dos tecidos afetados provoca o recrutamento de neurónios periféricos e da medula espinhal para aumentar as respostas de dor, mesmo aos estímulos não dolorosos, levando a que a dor seja difícil de controlar, podendo prolongar a resposta ao stress e afetar negativamente a recuperação da criança, contribuindo para o desenvolvimento de síndromes de dor (Martin et al., 2019). Para evitar esta situação, os profissionais de saúde devem ter como prioridade o controlo e alívio da dor, sendo possível recorrerem a várias técnicas para atingirem este objetivo (Direção-Geral de Saúde, 2003).

As técnicas não farmacológicas são intervenções utilizadas para combater a dor, podendo contribuir para a redução da sua perceção e da ansiedade, tornando a dor mais tolerável (Gil, 2011). Estas técnicas são ações autónomas, seguras, não invasivas e com baixo custo e, que na sua maioria dos casos, não apresenta efeitos adversos (Martin et al., 2019).

Durante a hospitalização da criança, os enfermeiros despendem muito tempo do turno com crianças com dor e seus familiares e, por isso, tem um papel fundamental e significativo na gestão e tratamento da dor durante a hospitalização da criança (Abazari & Namnabati, 2017; Ziyaeifard et al., 2018). Maior parte das vezes, a dor não é tratada corretamente devido à falta de conhecimento dos profissionais de saúde, desvalorização das consequências da dor, normalização da ideia de que a criança não memoriza a experiência de dor e dificuldade em avaliar a dor (Sánchez et al., 2015).

O conhecimento que os enfermeiros possuem sobre a dor as técnicas não farmacológicas afeta diretamente a prática que estes vão ter no controlo da dor, no entanto, tem-se verificado que os enfermeiros não possuem conhecimento suficiente e não planeiam intervenções adequadas para a criança com dor (Oduro et al., 2020). Uma das causas para isto acontecer, prende-se pelo facto de existirem recomendações e *guidelines* que frequentemente diferem entre si, levando a que o tratamento não seja o adequado (Cunico et al., 2023).

Como referido anteriormente, o conhecimento que os enfermeiros possuem é fundamental para adequarem as suas intervenções, quando a criança apresenta manifestações de dor e, por isso, também é importante que as instituições proporcionem formações acerca desta temática, para que os enfermeiros possam consolidar conhecimentos. Nos locais onde foram realizados os ensinamentos clínicos, em nenhum deles foi realizada alguma sessão de formação sobre a dor, nem o tema da dor integrava os programas de formação em serviço.

Relativamente às necessidades de formação dos enfermeiros relativos à temática, na UCC onde realizei estágio, foi-me solicitada uma sessão de formação em serviço sobre a conceção de cuidados de enfermagem face a uma criança com dor. Nesta sessão, foi abordada: (1) a importância da Ontologia da Enfermagem para a conceção de cuidados centrada na dor; (2) os

dados necessários à identificação do diagnóstico da dor na criança; (3) as intervenções de enfermagem que podem ser utilizadas face à dor; (4) a promoção do papel parental especial na gestão da dor, caso exista necessidade de desenvolver as competências dos pais da criança.

Durante os ensinamentos clínicos, as vivências de dor experienciadas pelas crianças e adolescentes foram prevalentes para a dor aguda, sendo provocada por infeções do trato respiratório, punções venosas, administração de medicação por via intramuscular, vacinação, algaliação e aspiração de secreções.

Relativamente à execução das técnicas não farmacológicas para alívio da dor, foi-me possível observar que, em contexto de urgência, internamento, consulta de saúde infantil e cuidados intermédios e intensivos, os enfermeiros executam diversas técnicas não farmacológicas, de acordo com a faixa etária da criança e contexto clínico, sendo elas: massagem, uso da música, crioterapia, distração (brincar, música, vídeos, cantar, bonecos), presença dos pais, posicionamento, gestão do ambiente (redução dos ruídos e redução da incidência das luzes), contacto físico e presença dos pais, reforço positivo, sucção não nutritiva, aleitamento materno, crioterapia, glucose a 24%, fornecimento de informação prévia e concentração das manipulações. Em contexto de UCC, foi possível observar e executar a massagem infantil nos lactentes, para alívio das cólicas e relaxamento infantil.

Quanto aos serviços de urgência e internamento de pediatria, foi-me possível executar as seguintes técnicas não farmacológicas: distração (utilização de vídeos, canetas com bonecos e iluminação, pins, peluches/bonecos do interesse da criança, desenhos animados), administração de sacarose a 24% (recém-nascidos e lactentes até três meses), contacto e presença dos pais, crioterapia, massagem nas mãos (antes da cateterização), sucção não nutritiva e aleitamento materno (no caso de recém-nascidos e lactentes), crioterapia, fornecimento de informação prévia, relaxamento (respiração), uso de música, reforço positivo, posicionamento, redução da incidência do ruído e luzes (nos turnos noturnos).

Nos CSP, executei as seguintes técnicas não farmacológicas: massagem abdominal, distração, administração de sacarose a 24%, contacto físico e presença dos pais, sucção nutritiva, aleitamento materno, informação prévia e reforço positivo, uso de música e posicionamento (método *kangaroo*). Segundo Pandita et al. (2018), o método *kangaroo* é eficaz no alívio da dor provocada pela administração de vacinas, em recém nascidos e lactentes até 14 semanas de idade.

Quanto à UCIP, em crianças que se apresentavam sedadas, foi-me possível executar a massagem e o posicionamento como técnica não farmacológica, no alívio da dor. Nas restantes crianças, as técnicas utilizadas foram a distração, o posicionamento, a massagem, administração de sacarose a 24%, presença e contacto dos pais, fornecimento de informação prévia, uso de música, redução da incidência de luzes, sucção não nutritiva.

Para Alemdar et al. (2023), a UCIP é um serviço onde as crianças estão sujeitas a vários procedimentos, que muitas vezes são dolorosos e invasivos, pelo que a utilização de música e massagem nas mãos aquando a colheita de sangue na UCIP, é uma técnica não farmacológica eficaz no alívio da dor e redução do medo e stresse, em adolescentes entre os 12 a 18 anos de idade. Na UCIP onde foi realizado o estágio, verificou-se que os enfermeiros utilizam a música quando a criança ainda é pequena e se interessa por músicas infantis ou a pedido dos pais para colocação de ruído branco em lactentes. Por a UCIP ser uma unidade *open space*, por vezes era difícil utilizar esta estratégia devido à condição de outras crianças. Quanto à massagem, esta era realizada a todas as crianças, se a condição o permitisse, para alívio da dor e zonas de pressão, provocados pelo posicionamento, essencialmente em crianças sedadas ou com limitação da mobilidade.

Em todos os ensinamentos clínicos, foi permitida e incentivada a presença e o contacto físico dos pais aquando a realização de um procedimento doloroso. Para Sağlık & Çağlar (2019), os níveis de dor na criança diminuíram com a presença dos pais durante o procedimento doloroso e comparando o grupo de pais envolvidos com os que estiveram apenas presentes, o envolvimento dos pais permitiu uma maior diminuição dos níveis de dor e ansiedade, sentidos pelas crianças.

Relativamente à administração de vacinas e realização de punções venosas, o dispositivo *Buzzy*®, mostrou-se eficaz para alívio da dor, sendo que este aparelho conjuga a vibração e distração, com a sensação de frio, anulando os nervosos dolorosos e proporcionando o alívio da dor imediato (Moadad et al., 2016), no entanto, nenhum ensino clínico tinha acesso a este dispositivo, por este ter um custo elevado e as instituições não possuírem recursos financeiros para adquirirem um, apesar dos enfermeiros terem conhecimento dos benefícios e da sua eficácia.

Também, segundo Pedersen et al. (2023) e Addab et al. (2019), a distração por realidade virtual é uma das técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, que se deve ter em conta, em procedimentos invasivos dolorosos (por exemplo, vacinação, punção venosa) para crianças entre os 6 meses a 18 anos de idade, pois para além de diminuir a dor, também a modula, imergindo a criança para uma realidade alternativa de 360°. Para além disto, reduz o medo relacionado com as intervenções dos profissionais de saúde, prevenindo o aumento da sensibilidade à dor, a ansiedade exacerbada e a evitação de cuidados de saúde na idade adulta. No entanto, ao longo dos ensinamentos clínicos, verificou-se que as instituições não disponibilizam esta técnica, por apresentar um custo elevado.

Apesar de não ter sido possível executar a técnica da distração através destes dispositivos, esta foi executada com recurso a vídeos, imagens, desenhos infantis, bonecos do interesse da criança, fitas ou pins com figuras conhecidas (*Mickey*, *Minnie*, homem-aranha, entre outros). No serviço de pediatria, é utilizado um projetor de estrelas, que simula uma noite estrelada, que

permitiu contar histórias e simular que a própria criança era um astronauta, reduzindo o seu foco de atenção para o procedimento a realizar. Uma vez que, a realização de procedimentos invasivos e dolorosos é feita numa sala própria para este fim, é possível utilizar este dispositivo de forma simples e rápida, porém só resultava em crianças sem medo do escuro. Também, na USF, apresentam um projetor de imagem e som, que foi possível utilizar em recém-nascidos e lactentes.

As intervenções realizadas com recurso às técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, permitem-me atingir a competência do EEESIP: Cuidar da criança e sua família em situações de maior complexidade, realizando a gestão distinta da dor e bem-estar da criança, otimizando as suas respostas (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Uma das atividades propostas no meu projeto de desenvolvimento profissional, era sistematizar vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação de cada técnica não farmacológica. As tabelas 4,5,6,7,8,9 e 10 concretizam essa proposta, tendo por referência teórica Alemdar, Bulut, & Yilmaz (2023), Batalha (2010), Bergomi et al. (2018), Costa et al. (2021), Martin et al. (2019), Ordem dos Enfermeiros (2013), Pandita et al. (2018) e Sağlık & Çağlar (2019).

Tabela 4- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Música"

Vantagens	Desvantagens
-Existem vários tipos de música, o que agrada a todos os gostos -Gratuito -Rapidez -Simplicidade -A criança pode usufruir desta técnica sem auxílio de outra pessoa	-Ruído -Necessidade de um aparelho eletrónico para colocar música
Crítérios recomendação	Crítérios não recomendação
-Recém-nascidos e lactentes, pode-se utilizar o ruído branco e cantar músicas de embalar -Pré-escolar, escolar e adolescente devem selecionar a música que querem ouvir	-Clientes com Pressão Intracraniana

Tabela 5- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Distração"

Vantagens	Desvantagens
-Rapidez -Simplicidade -Vários tipos de distração: livro, desenhos animados, vídeos, realidade virtual, autocolantes, bonecos, brincadeira	-Necessidade de maioritariamente se ter de recorrer a algum objeto -Algumas estratégias de distração são dispendiosas, por exemplo a realidade virtual
Crítérios recomendação	Crítérios não recomendação
- <2 anos, embalar, acariciar, utilizar bolas de sabão e pequenos jogos; - >3 e <6 anos, utilizar fantasias (super-herói tira a dor), contar histórias - ≥6 anos, utilizar discussão sobre filmes, escola, jogos, música, televisão, contar, realidade virtual	-Clientes sedados

Tabela 6- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Presença e contacto dos pais"

Vantagens	Desvantagens
-Gratuito -Promove a parentalidade -Simplicidade	-Stresse dos pais pode influenciar os filhos -Por si só, a presença dos pais não é eficaz na gestão da dor
Crítérios recomendação	Crítérios não recomendação
-Em todas as situações em que a criança apresenta dor	-No caso de o adolescente, não permitir a presença dos pais

Tabela 7- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Gestão do ambiente"

Vantagens	Desvantagens
-Simples -Gratuito	-Na UCIP, difícil de gerir
Crítérios recomendação	Crítérios não recomendação
-Nas cefaleias, diminuir incidência dos ruídos e luzes	

Tabela 8- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Relaxamento"

Vantagens	Desvantagens
-Eficaz -Gratuita -Simples -As técnicas de relaxamento podem ser realizadas pelos pais -Podem ser utilizadas gravações de áudio, que são simples e práticas	-Exige tempo -Condições físicas, por exemplo, o relaxamento por imaginação guiada deve ser realizado numa sala escura, sem ruídos, com temperatura ambiente -Necessidade de formação para algumas técnicas de relaxamento
CrITÉRIOS recomendação	CrITÉRIOS não recomendação
-Recém-nascido: embalar -Nas crianças mais pequenas, utilizar jogos (soprar um balão ou fazer bolas de sabão), técnica cheirar flor e soprar a vela - ≥2 anos, utilizar técnica de respiração profunda - ≥6 anos, utilizar técnica de relaxamento muscular progressivo e imaginação guiada -A escolha do tipo de relaxamento depende do tempo disponível, preferências da criança, experiência do enfermeiro e idade da criança	-Crianças sedadas

Tabela 9- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Massagem"

Vantagens	Desvantagens
-Gratuita -Promove a parentalidade -Pode ser realizada pelos pais	-Necessária formação para executar alguns tipos de massagem
CrITÉRIOS recomendação	CrITÉRIOS não recomendação
-Do recém-nascido e até à idade escolar pode-se usar o toque em borboleta e a massagem shantala. -Massagem da parte do corpo sujeita à punção venosa -Alívio da dor nos posicionamentos	-Crianças com lesões no local a massajar

Tabela 10- Vantagens, desvantagens, critérios de recomendação, critérios de não recomendação, de acordo com a técnica não farmacológica "Posicionamento"

Vantagens	Desvantagens
-Gratuito -Faz parte das rotinas dos enfermeiros	-Necessária formação para executar alternância de decúbitos
CrITÉRIOS recomendação	CrITÉRIOS não recomendação
-Alternância de decúbitos em crianças acamadas; -Recém-nascidos, utilizar o método Kangaroo	

Durante os ensinamentos clínicos, discuti com os professores orientadores quatro planejamentos de cuidados que representam a minha concepção de cuidados de enfermagem. Foi feita a discussão de três planejamentos de cuidados, tomando como foco a dor e a prescrição de técnicas não farmacológicas. Nestas discussões, percebemos a necessidade de futuramente se acrescentar, na Ontologia de Enfermagem, no cliente mãe/pai, aspectos relacionados com a capacidade, a autoeficácia e os significados para a promoção do papel parental especial na gestão da dor. Na tabela 11, represento a proposta que entendo dar resposta a esta necessidade identificada no que é relativo a dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, associados ao objetivo já existente na Ontologia de Enfermagem "Promover papel parental especial: gestão da dor".

Tabela 11- Aspectos relacionados com a capacidade, a autoeficácia e os significados para a promoção do papel parental especial na gestão da dor, no cliente mãe/pai

CLIENTE MÃE/PAI	Associar ao Objetivo: Promover papel parental especial: gestão da dor DADO: Capacidade da mãe/pai para usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor DADO: Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor DADO: Significado atribuído pela mãe/pai às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: desvalorização <u>Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor</u> Intervenção: Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor Intervenção: Instruir mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor Intervenção: Treinar mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor <u>Potencial da mãe/pai para melhorar autoeficácia para usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor</u> Intervenção: Avaliar evolução da autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor Intervenção: Treinar mãe/pai a usar estratégias não farmacológicas de alívio da dor Intervenção: Analisar com a mãe/pai os resultados alcançados Intervenção: Elogiar o desempenho da mãe/pai <u>Potencial da mãe/pai para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor</u> Intervenção: Avaliar evolução do significado atribuído pela mãe/pai às estratégias não farmacológicas de alívio da dor Intervenção: Assistir mãe/pai a analisar o significado dificultador atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor
----------------------------	--

Para a documentação da concepção de cuidados dos casos clínicos, utilizei a plataforma

E4Nursing, onde foi possível treinar a colheita e interpretação de dados, a enunciação de diagnósticos, a seleção de objetivos e a prescrição de intervenções, com enfoque nas técnicas não farmacológicas. A seguir apresento algumas conclusões que resultaram da reflexão acerca da concepção de cuidados já apresentada neste relatório nos capítulos referentes aos casos clínicos.

Na avaliação das necessidades de conhecimento da criança em relação à utilização das técnicas não farmacológicas, a partir da concepção de cuidados, foi possível, perceber-se que a criança apresenta necessidades de conhecimento relativamente:

- Criança em idade pré-escolar: técnica da distração, uso da música
- Criança em idade escolar: técnica da distração, uso da música
- Adolescente: executar técnica de relaxamento (respiração abdominal, uso de áudios)

Para intervir com a criança, de forma a melhorar o conhecimento que esta possui sobre as técnicas não farmacológicas, foram realizadas intervenções do tipo ensinar, o que na avaliação das necessidades dos pais em relação à utilização das técnicas não farmacológicas, a partir da concepção de cuidados, foi possível perceber-se que os pais apresentam necessidade de melhorar o conhecimento e a capacidade relativamente a:

- Relaxamento
- Massagem abdominal
- Importância da presença dos pais

A avaliação das necessidade parentais permitiu-me posteriormente adequar as intervenções mais significativas.

Em conclusão, no que é relativo às estratégias não farmacológicas, o aprofundamento do meu conhecimento, a ação realizada nos estágios e a reflexão sobre a ação realizada no contexto da orientação tutorial permitiu-me o desenvolvimento de competências de EEESIP (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018):

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, pois foi possível intervir em aspetos que apesar de fazerem parte do ciclo de vida normativo das crianças geram dor (por exemplo a vacinação).
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, uma vez que foram identificadas as necessidades especiais (no caso específico a dor) que a criança apresenta e assim promover a adaptação da criança e pais a essas situações.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Com a elaboração do presente relatório, pretendi explanar as experiências, que vivenciei ao longo dos vários ensinos clínicos, tanto em cuidados de saúde hospitalares como em CSP, através de uma reflexão crítica e reflexiva das atividades que foram desenvolvidas para a aquisição das competências ao EEESIP.

Sinto que o estágio permitiu-me ter contacto com crianças de diversas faixas etárias e culturas, em contextos diferentes e com diversas patologias; treinar intervenções de enfermagem especializadas na área da saúde infantil e desenvolver, ao longo do estágio, destreza e facilidade na execução das mesmas; estabelecer uma parceria de cuidados com a criança e seus pais, negociando com estes os cuidados a prestar, desenvolver estratégias de comunicação adaptadas a cada faixa etária e condição clínica, assim como com os pais e equipa multidisciplinar; realizar atividades direcionadas para a especialização numa área em concreto que, neste caso, é a execução de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor.

A seleção de uma área de interesse para o desenvolvimento das atividades, neste caso, técnicas não farmacológicas no alívio da dor, permitiu-me aprofundar conhecimentos e sensibilizar os profissionais a atualizar e introduzir novas aprendizagens na prática de enfermagem, realizando a gestão diferenciada a dor e bem-estar da criança/adolescente. No entanto, verifiquei que ainda existe alguma resistência por parte dos profissionais à mudança.

A realização das atividades relativas ao tema selecionado para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, permitiu-me estar mais atenta à presença de manifestações de dor e também à execução de técnicas de alívio da dor. Com as atividades realizadas, contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados dos sítios onde estagiei nomeadamente, por exemplo, com a formação em serviço realizada em contexto de UCC acerca da conceção de cuidados face a uma criança com dor e prescrição das técnicas não farmacológicas.

Esta sessão foi solicitada pela equipa de enfermagem aquando a apresentação da ontologia de enfermagem. Foi um momento de partilha de dificuldades encontradas com o atual sistema de registo de informação (SClínico) e discussão de aspetos relacionados com a conceção de cuidados. Na USF, em discussão com a enfermeira, entendemos que seria importante investir na partilha de conhecimentos, entre vários profissionais de saúde, no âmbito da saúde infantil, por exemplo, através de um congresso, pelo que auxiliei a enfermeira no planeamento de um evento desta espécie.

Seria importante que, a partir do que foi exposto nas vantagens, desvantagens, critérios de

recomendação e de não recomendação das técnicas não farmacológicas para alívio da dor, comuns a toda a idade pediátrica, se realizasse uma pesquisa mais aprofundada para ser elaborado um procedimento ou norma que tente uniformizar a intervenção “executar técnica não farmacológica no alívio da dor”. Em nenhum dos serviços onde foi realizado o estágio se verificou a presença de um procedimento relativo à dor, pelo que seria importante este investimento, para se assegurar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Aquando a realização da pesquisa bibliográfica sobre este tema, também, não foram encontradas recomendações/protocolos/*guidelines* para a execução das técnicas não farmacológicas, pelo que torna-se importante investir mais nesta área.

Seria importante que, no plano curricular relativo ao mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, fosse criada uma disciplina ou abordadas as várias terapias complementares de enfermagem, nomeadamente para a idade pediátrica. Apesar de possuir conhecimentos acerca das mesmas, era importante adquirir capacidades para a realização das mesmas.

Considero que o balanço do estágio foi bastante positivo, pois a oportunidade de realizar os estágios em diversos contextos, permitiram vivenciar mais experiências e momentos de aprendizagem, consolidando conhecimentos, que contribuíram para o desenvolvimento e crescimento gradual e autónomo de várias competências, nomeadamente a nível científico, técnico, organizacional, pensamento crítico e metodológico na prestação de cuidados à criança e seus pais. A pesquisa realizada foi essencial para aprofundar conhecimentos e suportar, com evidências científicas, as intervenções realizadas.

Uma dificuldade que senti no decorrer do estágio, foi a organização e gestão da minha vida profissional com a vida académica e familiar. Nem sempre foi fácil conseguir dar resposta ao que me estava a ser proposto no entanto, com dedicação e esforço, consegui ultrapassar maior parte dos obstáculos.

Numa fase inicial, tive algumas dificuldades em utilizar a plataforma E4Nursing para a documentação dos cuidados de enfermagem, talvez porque quando iniciamos a nossa atividade profissional, apesar de sermos confrontados com sistemas de informação, que não espelham os verdadeiros cuidados de enfermagem realizados, são os sistemas a que estamos habituados a trabalhar. No entanto, com treino, foi possível superar esta dificuldade e considero que a ontologia de enfermagem e a documentação dos cuidados na plataforma E4Nursing são um grande avanço para a valorização de enfermagem, pelo que tenciono continuar a contribuir para o exercício da profissão, neste âmbito.

A minha experiência profissional é relativa ao trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde escolar e foi fundamental perceber qual o papel do EEESIP nas equipas, que integram uma UCC, mais precisamente na saúde escolar, na assistência a crianças com necessidades de saúde especiais, no projeto de massagem infantil e promoção da amamentação que certamente será

importante para futuramente desenvolver também projetos neste sentido.

Considero que consegui atingir todos os objetivos propostos para a realização do ensino clínico e do presente relatório.

Em síntese, relativamente às condições que me foram proporcionadas, tenho por horizonte maximizar as minhas aprendizagens, em favor do avanço da enfermagem. Com o término desta etapa, a visão que levo sobre a enfermagem, especialmente no cuidar e assistir a criança/adolescente e pais, é diferente e focada para uma prática baseada na evidência científica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com intervenções que tornem a *"enfermagem mais significativa para as pessoas"* (lema da ESEP).

9. BIBLIOGRAFIA

Aaronson, P. I., Ward, J. P., & Connolly, M. J. (2020). *The cardiovascular system at a glance* (5ª ed.). Wiley.

Abadesso, C. (2022). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*. 28(2), 51-62. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/dor_21_28_2.pdf#page=5

Abazari, P., & Namnabati, M. (2017). Nurses' experiences from pain management in children in Iranian culture: A phenomenology study. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(74). 10.4103/jehp.jehp_1_16

Aboeela, S., Stone, P., & Larson, E. (2006). Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature. *The Journal of Hospital Infection*, 101-108. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17320242/>

Addab, S., Hamdy, R., Thorstad, K., May, S., & Tsimicalis, A. (2021). Use of virtual reality in managing paediatric procedural pain and anxiety: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 3032-3059. doi:10.1111/jocn.16217

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações técnicas para serviços de urgências*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9-26. https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63njk/?format=pdf&lang=pt>

Alemdar, D., Bulut, A., & Yilmaz, G. (2023). Impact of music therapy and hand massage in the pediatric intensive care unit on pain, fear and stress: Randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 71, 95-103. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37230011/>

Alexandre, C. (2012). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*

na reeducação da função de eliminação intestinal da pessoa/família com afecção neurológica e cardiovascular. Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Santarém.

Ali, S., Rajagopal, M., Stinson, J., Ma, K., Vandermeer, B., Felkar, B., . . . Hartling, L. (2022). Virtual reality-based distraction for intravenous insertion-related distress in children: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 12(3). doi:10.1136/bmjopen-2021-057892

American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. (5ª ed.). https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Anggerainy, S., Wanda, D., & Nurhaeni, N. (2019). Music therapy and story telling: Nursing interventions to improve sleep in hospitalized children. *Comprehensive Child & Adolescent Nursing*, 42, pp. 82-89. doi:10.1080/24694193.2019.1578299

Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. (A. Kopf, & N. Patel, Edits.)

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacao_DorAguda.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 Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: Linhas orientadoras para a prática clínica*. https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf

B. Braun. (2019). *Folheto informativo: Informação para o utilizador*. Paracetamol B. Braun 10 mg/ml solução para perfusão. <https://www.bbraun.pt/pt/products/b4/paracetamol-b-braun10mgml.html>

Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Estagiário Med*, 21(8), 878-883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

Baptista, A. (2017). *Controlo da dor em procedimentos dolorosos num serviço de urgência pediátrica*. Dissertação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Baptista, Â., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. (2020). O jovem. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 194-216). Lidel.

Baptista, R. (2002). Cuidados de enfermagem ao doente com necessidade de cateterismo vesical. *Revista Referência* (9), 69-73. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=20

72&id_revista=5&id_edicao=13

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Borges, E., Júnior, J., Abreu, M., Lima, V., Silva, P., & Soares, S. (2016). Fatores associados à cicatrização de feridas cirúrgicas complexa mamária e abdominal: estudo de coorte retrospectivo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2811). doi:10.1590/1518-8345.1398.2811

Bosa, C. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Braz. J. Psychiatry*, 28(1), pp. S47-S53. doi:<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500007>

Cabrera, L., Pérez, N., Gómez, U., Mayrén, C., Hernández, K., Mejía, J., . . . Saavedra, F. (2021). Métodos para atenuar el dolor durante la aplicación de vacunas en niños. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 38(2), 133-142. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2021/bis212g.pdf>

Canaval, E., Gladys, E., Jaramillo, B., Cruz, D., Rosero, S., Doris, H., . . . Mario, G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan*, 7(1), 8-24. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170102>

Cappleman, J. (2004). Community neonatal nursing work. *Leading Global Nursing Research*, 48(2). doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03184.x>

Carvalho, M., Leal, E., Santos, M., Ramos, J., Távora, L., & Barata, D. (2011). Hematoma subdural em pediatria - Diagnosticar e tratar precocemente. *Nascer e Crescer*, XX(2), 76-78. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1047/1/v20n2a04.pdf>

Carvalho, V., Silva, M., Alves, L., Rocha, N., Contim, D., & Oliveira, N. (2023). Benefícios da massagem infantil em recém-nascidos e lactentes: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(1). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39594/32612>

Cecílio, A., Peniche, A., & Popov, D. (2014). Análise dos registros da pressão arterial na sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paul Enfermagem*, 27(3), 249-254. doi:10.1590/1982-0194201400042

Cerejeira, J., & Saraiva, C. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.

Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing* (191), 7-12.

Chora, M. (2020). *O lactente*. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 136-146). Lidel.

Chulani, V., & Gordon, L. (2014). Adolescent growth and development. *Prim Care*, 41(3), pp. 465-487. doi:10.1016/j.pop.2014.05.002

- Conlon, P. (2019). *The child with respiratory dysfunction*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, Wong's nursing care of infants and children (pp. 883-958). Elsevier.
- Conselho de Enfermagem de Alagoas. (2020). *Parecer técnico nº007/2020*. http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/PARECER-T%C3%89CNICO-N%C2%BA-007_2020-PAD-N-047_2020-e-064_2020.pdf
- Costa, T., Oliveira, E., Rocha, R., Santos, K., Dantas, J., Dantas, R., & Dantas, D. (2021). Massage for neonatal pain relief in intensive care units: a scoping review. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 22. doi:10.15253/2175-6783.20212260597
- Couto, D. (2017). Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. *Psicologia em Pesquisa*, 11(1), pp. 1-10. doi:10.24879/201700110010094
- Coyne, I. (1996). Parent participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), pp. 733-740. 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00045.x
- Cunico, D., Rossi, A., Verdesca, M., Principi, N., & Esposito, S. (2023). Pain management in children admitted to the emergency room: A narrative review. *Pharmaceuticals*, 16. doi:10.3390/ph16081178
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *J Adv Nurs*, 658-671. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03637
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38. pp. 1182-1189. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde. (2007). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 161. pp. 5587-5596. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 do Ministério da Saúde. (2017). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 118. pp. 3128-3140. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf>
- Delvan, J., Menezes, M., Geraldi, P., & Albuquerque, L. (2009). Estimulação precoce com bebés e pequenas crianças hospitalizadas: uma intervenção em psicologia pediátrica. *Contrapontos*, 9(3), 79 - 93.
- Derouin, A. (2019). *Health promotion of the adolescent and family*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, WONG'S Nursing Care of Infants and Children (pp. 523-550). Elsevier.
- Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 74. pp. 15438-15440. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 153. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Dias, T., Kieling, C., Graeff-Martins, A., Moriyama, T., Rohde, L., & Polanczyk, G. (2013).

Developments and challenges in the diagnosis and treatment of ADHD. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 40-50. doi:10.1590/1516-4446-2013-S103.

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa.

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2003). *Norma Nº 09/DGCG: 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

Direção-Geral de Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*.

<https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2020). *Programa nacional para a alimentação saudável*. Lisboa.

<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2021). *Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025*.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>

Domene, C., Volpe, P., & Heitor, F. (2014). Técnica de apendicectomia laparoscópica com três portais de baixo custo e benefício estético. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 27(1), 73-76.

<https://www.scielo.br/j/abcd/a/g7HcXWTXZB5BcPRs7YbMKcR/?lang=pt&format=pdf>

Ercole, F., Macieira, T., Wenceslau, L., Wenceslau, L., Martins, A., Campos, C., & Chianca, T. (2013). Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(1). doi:10.1590/S0104-11692013000100023

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2022). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos em versão digital*.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). *NursingOntos*. Ontologia de enfermagem.

<https://i-d.esenf.pt/nursingontos/>

Feijó, L. (2015). *Avaliação do estado de consciência - Tradução e validação da escala FOUR*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/90400/2/37410.pdf>

Fernandes, A. (2020). *Cuidados atraumáticos e dor em pediatria*. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 40-55). Lidel.

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). *Nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários*. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86-94). Lidel.

Fernandes, M., Costa, V., & Saraiva, R. (2007). Retenção urinária pós-operatória: Avaliação de pacientes em uso de analgesia com opioides. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15(2). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BxCztR8PTtZC9gTrxsQsxXD/?lang=pt&format=pdf>

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). *A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos)*. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 159-192). Lidel.

Filho, I., & Ponce, R. (2005). *Desenvolvimento cognitivo: alguns subsídios para a compreensão da teoria de Jean Piaget*. 3(3), pp. 141-157. https://feata.edu.br/downloads/revistas/avessodoavesso/v3_artigo09_desenvolvimento.pdf

Florez, I., Niño-Serna, L., & Beltrán-Arroyave, C. (2020). Acute infectious diarrhea and gastroenteritis in children. *Current Infectious Disease Reports*, 22(4). <https://link.springer.com/article/10.1007/s11908-020-0713-6>

Fonseca, F. (2018). *As necessidades da criança com perturbação do espectro do autismo e da sua família: desafios à intervenção de enfermagem*. Dissertação, Universidade Católica - Instituto de Ciências da Saúde, Porto. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/28265/1/AS%20NECESSIDADES%20DAS%20CRIAN%C3%87AS%20COM.pdf>

Food and Agriculture Organization; World Health Organization; United Nations University. (2001). Human energy requirements. *Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation*. Roma. <https://www.fao.org/3/y5686e/y5686e.pdf>

Foote, J. (2019). *Communication, physical, and developmental assessment of the child and family*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (pp. 80-136). Elsevier.

Friêza, A. (2016). *Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança e jovem: desafios para o enfermeiro especialista*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de

Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16795>

Gil, M. (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor - Um novo caminho*. Relatório de Estágio, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Glozman, J. M., & Shevchenko, I. A. (2014). Executive function in children with ADHD. *Psychology & Neuroscience*, 7(4), 453-460. 10.3922/j.psns.2014.4.04

Gomes, C., Trindade, G., & Fidalgo, J. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, 2(11), 105-116. <https://www.index-f.com/referencia/2009pdf/11-105116.pdf>

Gorski, L., Hadaway, L., Hagle, M., Broadhurst, D., Clara, S., Kleidon, T., . . . Alexandre, M. (2021). Infusion therapy standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*, 44(1), 221-224. 10.1097/NAN.0000000000000396

Gruber, T. (2009). *Ontology*. <https://tomgruber.org/writing/definition-of-ontology.pdf>

GSK Consumer Healthcare. (2020). *Global Pain Index Report* (4^a ed.). <https://www.gsk.com/media/6351/2020-global-pain-index-report.pdf>

Guimarães, N., Magalhães, J., & Reis, M. (2017). *Pneumonia adquirida na comunidade*. Em A. Afonso, H. Mansilha, & M. Coelho, *Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático* (pp. 139-149). Lidel.

Hasuo, H., Kusunoki, H., Kanbara, K., Abe, T., Yunoki, N., Haruma, K., & Fukunaga, M. (2017). Tolerable pain reduces gastric fundal accommodation and gastric motility in healthy subjects: a crossover ultrasonographic study. *BioPsychoSocial Medicine*, 11(4). 10.1186/s13030-017-0089-5

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta.

Índice Toda a Saúde. (2023). *Medicamentos*. <https://www.indices.eu/pt/medicamentos/medicamentos/IGR>

INEM. (2017a). *Crise Convulsiva*. <https://www.inem.pt/2017/05/29/crise-convulsiva/>

INEM. (2017b). *Manual de suporte básico de vida pediátrico*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>

Infarmed. (2010). *Resumo das características do medicamento*. <http://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/c1b3378-090355-ampicilina-iv-1000-mg.pdf>

Infarmed. (2016). *Prontuário Terapêutico*. <http://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>

Infarmed. (2018). *Resumo das características do medicamento*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/0fec263-120902-cetorolac-iv->

im-injetavel.pdf

Infarmed. (2021). *Folheto informativo: Informação para o doente*. <https://static.neuraxpharm.com/wp-content/uploads/sites/25/2022/09/19150600/prospecto-laura-k-comprimidos.pdf>

Infarmed. (2022). *Resumo das características do medicamento*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/580ae83-094001-ondansetrom-4mg-2ml.pdf>

Infarmed. (2023). *Resumo das características do medicamento*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/5689533-155616-fenobarbita-l-100-mg-1-ml.pdf>

International Association for the Study of Pain. (2011). *Ano mundial contra a dor aguda*. https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/7_Surgery_Portuguese.pdf

International Council of Nurses. (2019). *Navegador ICNP*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jaimes, Y., Chinome, J., Franky, J., & Rojas, M. (2020). Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *MedUNAB*, 23(1), 118-130. <https://www.redalyc.org/journal/719/71965088011/71965088011.pdf>

Janeiro, I. (2017). *Fisiologia da dor*. Dissertação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde.

Johnson, J., & Keogh, J. (2012). *Enfermagem pediátrica desmistificada- Um guia de autoaprendizagem*. Lusodidacta.

Kemper, D., & Mettler, M. (2002). Information therapy: prescribing the right information to the right person at the right time. *Manag Care Q.*, 10(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12561393/>

Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>

Kidd, M., & Rodgers, C. (2019). *Health promotion of the infant and family*. Em Hockenberry, Wilson, & Rodgers, Wong's Nursing Care of Infants and Children (11ª ed., pp. 334-371). Elsevier.

Kremer, D., Prudente, J., Marques, R., & Flores, M. (2017). *Cuidados com a integridade cutânea*. http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/INTEGRIDADE_CUTANEA/CUIDADOS_INTEG_CUTANEA.pdf

Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Permanyer Portugal.

López, S., González, P., Bernal, C., & Arredondo, J. (2009). ¿Ondansetron o dexametasona? Tratamiento de náusea y vómito postoperatorios en cirugía abdominal. *Revista Mexicana de*

- Anestesiologia*, 32(3), 163-170. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2009/cma093d.pdf>
- Luiz, A., Assis, D., & Nascimento, P. (2022). Avaliação do paracetamol como profilático na vacinação e alternativas para a substituição desse fármaco. *Saúde e Biociências*, 4(1). <http://131.196.144.12:8081/seer/index.php/saudebiociencias/article/view/129/108>
- Lusíadas. (2021). *Guia para os pais*. https://www.lusiadas.pt/sites/default/files/2021-08/L_GuiaPais_2.pdf
- Macgowan, P. (2005). Self-Management: a background paper. *International Conference on Patient Self-Management*, (pp. 1-8). <https://docplayer.net/28825459-Self-management-a-background-paper-patrick-mcgowan-ph-d-university-of-victoria-centre-on-aging.html>
- Magalhães, S. (2013). *Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: Uma revisão sistemática da literatura*. Dissertação, Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9384/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20S%C3%A9rgio_Magalh%C3%A3es_ep586.pdf
- Maio, I., Coelho, M., Fernandes, A., & Marques, L. (2017). *Vacinação*. Em A. C. Afonso. Lidel.
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, pp. 248-255. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x
- Martin, S., Maxtin, M., Smalli, K., & Park, S. (2019). *Pain assessment and management in children*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, Wong's nursing care of infants and children (11ª ed., Vol. I, pp. 137-168). Elsevier.
- Matsuno, A. (2012). Arritmias na criança. *Simpósio: emergências pediátricas*, 45(2), 214-222.
- Meireles, D., Bandeira, A., & Martins, E. (2017). *Gastroenterite aguda e desidratação aguda*. Em A. Afonso, Saúde infantil e juvenil - Manual prático (pp. 91-99). Lidel.
- Meleis, A. (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 & progress*. Philadelphia: 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*. pp. 12-28.
- Meleis, A. I., & Schumacher, K. L. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), pp. 119-127. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission.

Nursing Outlook, 42(6), 255-259. doi:10.1016/0029-6554(94)90045-0

Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários*. Lidel.

Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência* (6), 113-121. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf>

Menoita, E. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Lusodidacta.

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). *Parecer Nº 10/ 2018. Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf

Mettler, M., & Kemper, D. (2006). Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Stud Health Technol Informe*, 121, 373-384. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095835/>

Miranda, A., Silva, L., Caetano, J., Sousa, A., & Almeida, P. (2011). Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Esc Enferm USP*, 45(2), 327-333.

Miranda, M., & Martins, P. (2021). A intervenção farmacológica e não farmacológica na PHDA: A perspetiva dos profissionais de saúde. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 79-94. doi: 10.17575/psicologia.v35i2.1752

Mitchell, D. (1994). Toward a definition of information therapy. *Medical Informatics Fellow*, pp. 71-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2247874/pdf/procascamc00001-0097.pdf>

Moadad, N., Kozman, K., Shahine, R., Ohanian, S., & Badr, L. (2016). *Distraction using the BUZZY for children during an IV insertion*. 31(1), 64-72. doi: 10.1016/j.pedn.2015.07.010

Mondozzi, M., Baker, R., & Hockenberry, M. (2019). *The child with fluid and electrolyte imbalance*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, Wong's nursing care of infants and children (11ª ed., pp. 736-777). Elsevier.

Monroe, R. (2019). *Health promotion of the preschooler and family*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, WONG'S Nursing Care of Infants and Children (11ª ed., pp. 423-439). Elsevier.

Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). *Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey*. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, Enfermagem em saúde da criança e do jovem (pp. 33-38). Lidel.

- Monteiro, N., Pereira, E., Oliveira, F., Pinto, C., & Paes, G. (2021). Eventos adversos relacionados ao uso de catéteres venosos periféricos: revisão integrativa. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(22), 280-290. <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/373/377>
- Munhóz, M., & Ortiz, L. (2006). Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar. *Revista Educação*, 1(56), 65 – 83.
- Mymedpharma. (2017). *Princípios Ativos*. <https://www.mymedfarma.com/pt/principios-ativos>
- Naphapunsakul, M., Prateepchaikul, L., Taboonpong, S., & Punthmatharita, B. (2007). Factors influencing maternal role performance in transition to being the first-time mother. *Songkla Med J*, 25(1), 1 - 8. https://www.researchgate.net/publication/277122091_Factors_influencing_maternal_role_performance_in_transition_to_being_the_first-time_mother
- Nunes, L. (2016). Os limites no agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *R. Servir, Ética em Enfermagem. Humanização nos cuidados de saúde* (Vol. 59, pp. 7-17). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Revista Internacional de Saúde Pública*, 54, 303-305. doi:10.1007/s00038-009-0050-x
- Oduro, E., Diji, A.-A., Kusi, G., Amagyei, A., Kyei-Dompim, J., Lomotey, A., . . . Budu, H. (2020). Children's nurses' knowledge and attitudes on paediatric pain: A descriptive cross-sectional survey in a developing country. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(3), 221-233. doi:10.14710/nmjn.v10i3.32457
- Oliveira, A., Costa, A., Warkentin, S., Pereira, R., Moreira, P., Fildes, A., & Hetherington, M. (2022). *Apetite na infância: como se desenvolve e como se pode moldar*. (I. d. Porto, Ed.) https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2022/05/20220208_Comportamentos_PT.pdf
- Opperman, C., & Cassandra, K. A. (2001). *Cuidar dos adolescentes*. Em C. Opperman, & K. A. Cassandra, *Enfermagem pediátrica contemporânea* (pp. 151-156). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. 2(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_v

olii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série I, Número 6: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer CJ 196/2014*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer Nº 10/ 2018*. Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório de componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-par-a-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Ontologia de enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Owens, C., & Stoessel, K. (2008). Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention. *J Hosp Infect*, 70(2), 3-10. doi:10.1016/S0195-6701(08)60017-1

Panceri, C., Pereira, K., Valentini, N., & Sikilero, R. (2012). A influência da hospitalização no desenvolvimento motor de bebés internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 32(2), 161-168. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157775/000871490.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pandita, A., Panghal, A., Gupta, G., Verma, A., Pillai, A., Singh, A., & Naranje, K. (2018). Is kangaroo mother care effective in alleviating vaccination associated pain in early infantile period? A RCT. *Early Human Development*, 127, 69-73. https://id.elsevier.com/as/authorization.oauth2?platSite=SD%2Fscience&scope=openid%20email%20profile%20els_auth_info%20els_idp_info%20els_idp_analytics_attrs%20els_sa_discover%20urn%3Acom%3Aelsevier%3Aidp%3Apolicy%3Aproduct%3Ainst_assoc&response_type=code

Papalia, D., Feldman, R., & Olds, S. (2001). *O Mundo da criança*. McGraw Hill.

Pedersen, L., Fisker, L., Rölfig, J., Ahlburg, P., Veien, M., Vase, L., & Møller-Madsen, B. (2023). Virtual reality increases pressure pain threshold and lowers anxiety in children compared with

control and non-immersive control—A randomized, crossover trial. *European Journal of Pain*, 27, 805-815. doi:10.1002/ejp.2108

Pinho, C., Vidal, J., Nogueira, A., Silva, A., & Martins, A. (2018). Um achado incomum no exame da fontanela anterior. *Nascer e Crescer*, 27(4), 243-245. doi:10.25753/BirthGrowthMJ.v27.i4.10212

Piñón, A., Carballido, E., Vázquez, E., Fernandes, S., Gutiérrez, O., & Spuch, C. (2019). Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(1), 116-132. doi:10.7714/CNPS/13.1.206

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev Port Clin Geral*, 25, 677-687.

Pires, R., Reis, M. S., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Estratégias de supervisão clínica: análise crítico-reflexiva das práticas. *Millenium*, 2(14), 47-55. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36379>

Pontes, A., Barros, N., Rodrigues, N., Albuquerque, M., Cabral, M., Lucena, M., . . . Andrade, Â. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(2). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34161>

Popik, E., Freitas, J., Oliveira, M., & Borges, T. (2017). *Crescimento*. Em A. Afonso, Saúde Infantil e Juvenil (pp. 1-9). Lidel.

Portaria n.º 343/2015 do Ministério das Finanças e da Saúde. (2015). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 199. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/10/19900/0881508831.pdf>

Porto, D., Guinazi, M., Resende, A., Mata, V., Lopes, M., & Borges, L. (2023). Apendicectomia: Benefícios da videolaparoscopia comparada à convencional no Brasil em pacientes pediátricos. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 7039-7045. doi:10.34119/bjhrv6n2-206

Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). *The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939

Registered Nurses Association of Ontario. (2008). *Care and maintenance to reduce vascular access complications - Guideline supplement*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/3380_Care_and_Maintenance_to_Reduce_Vascular_Access_Complications_Supplement_FINAL.pdf

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, pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pp. 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Rodgers, C. (2019a). *Health promotion of the school-age*. Em M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, WONG'S Nursing Care of Infants and Children (Vol. I, pp. 460-495). Elsevier.

Rodgers, C. (2019b). *The child with gastrointestinal dysfunction*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, WONG'S Nursing Care of Infants and Children (11ª ed., pp. 825-882). Elsevier.

Rodrigues, J., Fernandes, S., & Marques, G. (2020). *Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas*. *Saúde Soc. São Paulo*, 29(2). doi:10.1590/S0104-12902020190395

Rodrigues, P., Santos, G., & Coqueiro, J. (2018). Diagnóstico tardio e infecção de sítio cirúrgico em sujeitos submetidos a apendicectomia. *Revista de Enfermagem*, 12(6), 1539-1545. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230986/29178>

Sağlık, D., & Çağlar, S. (2019). The effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. *J Emerg Nurs*, 45(3), 278-285. doi:10.1016/j.jen.2018.07.003

Saliba, M. (2020). *Emergências médicas em consultório dentário, como evitá-las*. Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. CESPU, Instituto Universitário de Ciências da Saúde. https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3533/MIMD_RE_A26720_MARCELLOSALIBA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, N., Moína, M., Vera, C., García, I., Muñoz, L., Marqués, B., . . . Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española. (2015). Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 17(68). doi:10.4321/S1139-76322015000500006

Santos, D. (2014). *Cuidados de Enfermagem no Cateterismo Venoso Periférico: Impacte no Perfil Microbiológico*. Dissertação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Psiquiatria Lanceta*, 5(2), 175-186. doi:10.1016/S2215-0366(17)30167-0

Schneider, C., & Medeiros, L. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos

país. *Unoesc & Ciência - ACHS*, 2(2), pp. 140-154. https://periodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/741/pdf_216

Sequeira, C., Sequeira, A., Carvalho, M., & Amaral, C. (2016). *Comunicar com o recém-nascido*. Em C. Sequeira, Comunicação clínica e relação de ajuda (pp. 191-192). Lidel.

Sheehan, M. (2019). *The child with cerebral dysfunction*. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, Wong's Nursing Care of Infants and Children (11ª ed., pp. 1108-1169). Elsevier.

Silva, V. (2014). *Literacia tecnológica e necessidades de informação da pessoa com Diabetes: potencial de utilização das TIC*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Sistemas, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Silveira, S. (2018). *Prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde: bundle do cateterismo venoso periférico*. Relatório de Estágio, Évora. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23681/1/Mestrado-Enfermagem_M%C3%A9dico_Cir%C3%BArgica_a_pessoa_em_situa%C3%A7%C3%A3o_Cr%C3%ADtica-Sandra_Maria_Martins_Silveira-Preven%C3%A7%C3%A3o_da_infe%C3%A7%C3%A3o_associada_aos_cuidados...%20.pdf

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2022). *O que é o Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi)*. <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>

Sobral, M., Pessoa, V., Florêncio, R., Solon, A., Bento, J., Cestari, V., & Menezes, L. (2018). Elementos essenciais da consulta de enfermagem à criança e ao adolescente. *Journal of Nurses UFPE*, 12(12), 3464-3475. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235064/30826>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2014). *Tratamento dor moderada aguda na criança*. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes/P2014_DOR_corr%20Clara_tb%20\(3\).pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Publicacoes/P2014_DOR_corr%20Clara_tb%20(3).pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2024). *Cuidados intensivos pediátricos*. <https://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=126>

Sousa, B. (2014). *O follow-up e as complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório*. Dissertação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Itencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, Instituto de Ciências de Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24-28. doi:10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142

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*, 5(1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in children: Assessment and nonpharmacological management. *International Journal of Pediatrics*. doi:10.1155/2010/474838

Stern, R., Koch, K., & Andrews, P. (2011). *Nausea : Mechanisms and Management*. Oxford.

Stringer, M. (2017). Acute appendicitis. *Journal Paediatrics and Child Health*, 53(11), 1039-1133. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/14401754/2017/53/11>

Tamayo-Orrego, L., Forero, A., Giraldo, L., Sánchez, J., Varela, V., & Restrepo, F. (2015). Efeito diferencial do subtipo clínico em los potenciales evocados cognitivo de paciente com déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 44(2), 77-86. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745015000311>

Tavares, P. (2020). *No contexto do internamento*. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95-103). Lisboa: Lidel.

UBM Medica Portugal. (2011). *Simposium terapêutico - Enciclopédia de especialidades farmacêuticas*. Lisboa: UBM Medica Portugal.

Vaz, F., & Trigo, R. (2020). *A criança e o jovem em contexto de urgência*. Em A. L. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293-309). Lisboa: Lidel.

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. Obtido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Verissimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial Erik Erikson. *Psicologia Geral*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>

Williams, A., & Craig, K. (2017). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423. doi:10.1097/j.pain.0000000000000613

World Health Organization. (2006). *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43368/9241593784_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20-

Yeh, K.-H., & Yang, Y.-J. (2006). Construct validation of individuating and relating autonomy orientations in culturally chinese adolescents. *Asian Journal of Social Psychology*, 9(2), 148-160. doi:10.1111/j.1467-839X.2006.00192.x

Yu, Z., Zhou, Y., Xu, X., Lin, L., Le, Q., & Gu, Y. (2023). Pharmacological and non-pharmacological

interventions in management of peripheral venipuncture-related pain: a randomized clinical trial. *BMC Pediatrics*, 23(58). doi:10.1186/s12887-023-03855-z

Ziyaeifard, M., Azarfarin, R., Zamani, K., Alizadehasl, A., Khalili, Y., Moradian, M., . . . Pouraliakbar, H. (2018). Imperative role of education of ICU nurses regarding postoperative pain management after pediatric cardiac surgery. *Iranian Heart Journal*, 19(2), 13-19. http://journal.iha.org.ir/article_82809.html