

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Promoção da adesão à higiene das mãos nas crianças e nos pais

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

Autor

Sandra Filipa Oliveira Pereira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Luisa Maria da Costa Andrade

Professor Adjunto, Doutor

Maria da Conceição Marinho de Sousa Ribeiro

Oliveira Reinho

Professor Adjunto, Doutor

Autor

Sandra Filipa Oliveira Pereira

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II” do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Foi elaborado recorrendo à plataforma educativa da instituição, a E4nursing, através de uma metodologia expositiva e análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

Os estágios decorreram em quatro contextos distintos: o Serviço de Urgência Pediátrico, o Internamento Médico de Pediatria, a Unidade de Cuidados na Comunidade e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

O desenvolvimento de competências é um processo contínuo e dinâmico, pelo que importa destacar o contributo que cada campo de estágio teve para este processo, tendo em conta o tema central do projeto desenvolvido no Módulo I: a promoção da adesão à higiene das mãos nas crianças e nos pais.

O controlo da infeção é um dos pilares da segurança do doente, que por sua vez é um fator importante da qualidade dos cuidados de saúde. A intervenção do enfermeiro deve iniciar-se na prevenção ao nível comunitário e estender-se ao contexto hospitalar. Cabe assim ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica promover a adesão das crianças e dos pais a comportamentos de controlo da infeção, como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória e a higiene ambiental. Esta intervenção deve ter em conta a etapa de desenvolvimento da criança assim como o seu grau de compreensão de forma a ser eficaz e permitir a majoração dos ganhos em saúde.

Considero que tive oportunidade de desenvolver todas as competências, comuns e específicas, sendo que, devido às oportunidades em estágio, algumas foram mais aprofundadas do que outras. Avalio este processo como positivo e tomo-o como ponto de partida para o desenvolvimento de mais conhecimentos e habilidades na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista; Saúde Infantil e Pediátrica; Desenvolvimento de competências; Adesão; Controlo de infeção.

ABSTRACT

This internship report arises within the scope of the curricular unit "Professional Nature Internship with Report - Module II" of the Master's degree program in Child and Pediatric Health Nursing at the Oporto's Nursing School. Its aim is to describe the process of developing common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health. It was elaborated using the educational platform of the institution, E4nursing, through an expository methodology and reflective analysis of the activities developed in different internship contexts.

The internships took place in four distinct contexts: the Pediatric Emergency Department, the Pediatric Medical Ward, the Community Care Unit, and the Neonatal Intensive Care Unit, with the objective of promoting the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health.

Competency development is a continuous and dynamic process, so it is important to highlight the contribution that each internship field had to this process, considering the central theme of the project developed in Module I: promoting hand hygiene adherence in children and parents.

Infection control is one of the pillars of patient safety, which in turn is an important factor in the quality of healthcare. The nurse's intervention should start at the community level and extend to the hospital setting. It is thus up to the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing to promote children's and parents' adherence to infection control behaviors, such as hand hygiene, respiratory etiquette, and environmental hygiene. This intervention should take into account the child's developmental stage as well as their level of understanding in order to be effective and allow for increased health gains.

I consider that I had the opportunity to develop all competencies, both common and specific, although some were more deeply explored than others due to the experiences during internship. I evaluate this process positively and take it as a starting point for further knowledge and skills development in the field of Child and Pediatric Health Nursing.

Keywords: Specialist Nurse; Child and Pediatric Health; Competency development; Adherence; Infection control.

ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APT - Alimentação Parentérica Total

CEC - Catéter Epicutâneo-Cava

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVC - Cateter venoso central

DGE - Direção Geral da Educação

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EESIP - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESPGHAN - European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

FiO2 - Fração inspirada de oxigénio

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

INFARMED - Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NASPGHAN - North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

PSI - Plano de Saúde Individual

RAM - Reações Adversas a Medicamentos

RN - Recém-nascido

SAVP - Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SIJ - Saúde Infantil e Juvenil

SNG - Sonda nasogástrica

SU - Serviço de urgência

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TET - Tubo endotraqueal

TNC - Terapias Não Convencionais

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UKHSA - United Kingdom Health Security Agency

UNICEF - United Nations Children's Fund

USF - Unidade de Saúde Familiar

VMI - Ventilação mecânica invasiva

WHO - World Health Organization

6.2. Clientes	89
6.3. Medicação	89
6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	90
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	92
6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	96
6.5. Domínios	101
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	102
6.6. Conceção de Cuidados	105
6.7. Especificação das intervenções	111
6.8. Síntese relativa ao caso	111
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	115
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	139
9. BIBLIOGRAFIA	143
ANEXOS	159

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Critérios de Rome IV para o diagnóstico de obstipação funcional

Quadro 2. Necessidade de fibras em idade pediátrica

Quadro 3. Necessidade de água em idade pediátrica

Quadro 4. Fontes alimentares por macronutriente na dieta Ovolactovegetariana

Quadro 5. Considerações acerca da cultura islâmica relevantes neste caso clínico

Quadro 6. Consulta dos 2 meses: Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios

Quadro 7. Vacinas recomendadas aos 2 meses.

Quadro 8. Características dos recém-nascidos

Quadro 9. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que decorreu nos anos letivos 2022/2023 e 2023/2024, surge o presente relatório. A realização deste visa fundamentar a aquisição das competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e com vista à obtenção do título profissional de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Assim, este documento de carácter reflexivo, tem como objetivo espelhar o percurso feito no sentido do desenvolvimento das competências comuns e específicas de EESIP, determinadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos regulamentos nº 140/2019 e nº 422/2018, respetivamente.

No percurso de desenvolvimento de competências foram realizados dois períodos de estágio que se encontram integrados nas unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório - Módulo I e Módulo II, de acordo com o plano de estudos em vigor na ESEP. Os estágios decorreram em quatro contextos de prestação de cuidados de Saúde Infantil e Pediátrica: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Cuidados de Saúde Primários (CSP). A carga horária em cada estágio foi de 60 horas no Módulo I e 84 horas no Módulo II, com exceção do estágio em CSP onde o Módulo II contou com 120 horas de contacto.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Módulo I, foi desenvolvido um projeto individual de desenvolvimento de competências comuns aos enfermeiros especialistas e específicas do EESIP. Este projeto foi aprovado pelo Conselho Técnico Científico da ESEP e no seu planeamento privilegiou-se a problemática da promoção da adesão à higiene das mãos nas crianças e nos pais, o qual serviu de orientação para o Módulo II.

A escolha deste tema justifica-se pela importância que a prática da higiene das mãos tem no controlo da infeção intra e extra-hospitalar. Para além disso, contribuiu o interesse pessoal pelo tema, ampliado pela participação em atividades dedicadas à celebração do Dia Mundial da Higiene das Mãos, que decorreram durante o estágio do Módulo I no Internamento de Pediatria.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define higiene das mãos como “um termo generalista para referir todas as ações de higienização das mãos” (World Health Organization [WHO], 2009, p. 2), que por sua vez se refere à “ação de realizar higiene das mãos com o objetivo de remover, física ou mecanicamente, sujidade, matéria orgânica e/ou microrganismos” (WHO, 2009, p. 2).

As mãos são o principal veículo de transmissão de infeções nos vários contextos, pelo que a higiene das mãos, sendo um procedimento simples e económico, tem extrema importância no

controlo da propagação de doenças quer a nível hospitalar quer a nível comunitário (Karaaslan et al., 2014; Maria et al., 2022; WHO, 2009; Willmot et al., 2015). No entanto, a OMS tem verificado que a adesão a este procedimento é baixa pelo que a aposta na promoção da adesão à higiene das mãos é extremamente importante. Este deve ser um tema desenvolvido numa abordagem integrada no controlo de infeção a par da higiene ambiental e da etiqueta respiratória (WHO & United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021).

Nas instituições de saúde, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma problemática relacionada com a segurança do doente, tendo sido reportado que cerca de 10% dos utentes internados contraem uma IACS (Bhore, 2015). Estas, referem-se a infeções que ocorrem depois de 48h após hospitalização ou até 30 dias após a alta (Holikar et al., 2015), contribuindo para um internamento mais prolongado, com maiores custos e para o aumento da mortalidade e morbidade dos doentes (WHO, 2009). Ocorrem quer em adultos, quer na população pediátrica, sendo que nestes últimos, as taxas mais elevadas ocorrem em crianças com menos de um ano de idade, recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascimento (inferior a 1000 gramas) e crianças internados na UCIN ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (Revelas, 2012).

Por este motivo a OMS lançou, em 2009, guidelines para a higienização das mãos nas instituições de saúde. Estas guidelines abordam diversos assuntos, entre os quais destaco as técnicas de higienização das mãos e os momentos em que o procedimento deve ser realizado, ou seja, os “5 momentos para a higiene das mãos”, que consistem em momentos-chave em que a higiene das mãos deve ser realizada. Estes, estão organizados tendo por base o circuito de cuidados realizado pelo profissional de saúde: antes de tocar no doente, antes de um procedimento limpo/assético, após risco de exposição a fluídos corporais, após tocar no doente e após contacto com o ambiente do doente (WHO, 2009).

A lavagem das mãos com água e sabão e a higienização com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) são eficazes para a higienização das mãos, no entanto ambas têm limitações (Hillier, 2020). A técnica de higiene das mãos com SABA é denominada de fricção antisséptica das mãos e deve ser utilizada como método habitual de higienização das mãos porque é mais rápida, mais eficaz, causa menos danos à pele e, por norma, está mais facilmente acessível, tendo especial importância no contexto hospitalar, permitindo ultrapassar a barreira do tempo, que é o impedimento mais identificado à higiene das mãos nesse contexto. No entanto existem situações em que a utilização da SABA não é o método mais adequado para a higienização das mãos: quando as mãos se apresentam visivelmente sujas ou potencialmente contaminadas com fluidos corporais ou na prestação de cuidados a utentes com diarreia e vómitos uma vez que estes poderão estar infetados com *Clostridium difficile*. Isto porque a SABA é ineficaz contra os esporos desta bactéria. Nestes casos, as mãos devem ser higienizadas com água e sabão, esta prática também está recomendada após ida à casa de banho (Loveday et al., 2014; WHO, 2009;).

Se no contexto das unidades de saúde já existem guidelines estabelecidas e consensuais, quer internacional como nacionalmente como seja pela norma nº 007/2019 da Direção Geral da Saúde (DGS), para o contexto comunitário tal ainda não se observa, existindo uma lacuna neste contexto. MacLeod et al. (2023), refere que existem guidelines que consideram os contextos comunitários de um modo geral, mas não existem normas específicas para o contexto doméstico. Todavia, as que existem, na sua maioria carecem de melhor evidência, não são consensuais nem explícitas quanto aos momentos em que deve ser realizada a higiene das mãos, o método mais adequado nem o tempo necessário para a sua execução. No sentido de colmatar esta lacuna, a OMS tem em desenvolvimento guidelines orientadas para a higiene das mãos em contexto comunitário (WHO, nd).

Dada a importância que a higiene das mãos assume no controlo das IACS, tem havido um enorme investimento em estratégias promotoras da adesão a boas práticas de higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde nos últimos anos (WHO & UNICEF, 2021) que se devem estender aos doentes, seus acompanhantes e visitas (DGS, 2019a). Nos contextos pediátricos isto tem particular importância porque as crianças dependem essencialmente dos adultos para a satisfação das suas necessidades como por exemplo, se alimentarem (Wong et al., 2020).

À semelhança do que acontece no meio hospitalar, no contexto comunitário também as crianças, particularmente com idade inferior a cinco anos, são especialmente vulneráveis a infeções transmitidas por contacto com indivíduos doentes, sobretudo a nível do trato respiratório e gastrointestinal, principalmente as crianças que frequentam a creche ou a pré-escola (Biezen et al., 2019; Willmot et al., 2015) o que pode originar, entre outros problemas, dias de ausência resultando em perdas educacionais (Willmot et al., 2015) e podendo ainda, levar a internamento hospitalar (Halim et al., 2018).

Por forma a evitar a doença e a minimizar os efeitos desta, têm sido desenvolvidas estratégias de promoção da adesão a práticas de higiene nas escolas de forma que as crianças possam atuar como agentes de mudança e levar essas práticas para casa, influenciando assim o comportamento da família (Staniford & Schmidtke, 2020). Alguns estudos demonstram que as intervenções em meio escolar aumentam a adesão das crianças à higiene das mãos e com isso observa-se uma diminuição de infeções que ocorrem no contexto escolar e domiciliar (Biezen et al., 2019).

Neste sentido, e estando conscientes da importância que a literacia em saúde tem na promoção das boas práticas em saúde, em 2021 Portugal, implementou em dez agrupamentos de escolas o programa e-Bug, tendo como horizonte a adoção deste programa em todas as escolas do país (UK Health Security Agency [UKHSA], 2022).

O e-Bug é um programa de literacia em saúde, desenvolvido no Reino Unido, que tem como objetivo educar as crianças, em contexto escolar, sobre a prevenção e o controlo de infeções.

Este programa foi estendido a diversos parceiros internacionais, como é o caso de Portugal, onde os recursos foram revistos, validados e adaptados por docentes e profissionais de saúde, numa colaboração entre a DGS, a Direção Geral da Educação (DGE) e o Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Este programa disponibiliza recursos educativos para crianças dos cinco aos 18 anos de idade (UKHSA, 2022).

A literacia em saúde, segundo a OMS, é um conjunto de conhecimentos e competências pessoais que permitem às pessoas acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem a informação e os serviços de saúde de forma a manterem a sua saúde e o seu bem-estar e dos que os rodeiam. Inclui a capacidade de avaliar de forma crítica as informações em saúde com que se deparam e é essencial para a tomada de decisão informada. O objetivo de um alto nível de literacia em saúde é empoderar as pessoas para tomarem decisões acerca da sua própria saúde e promover o seu envolvimento em ações de promoção da saúde coletiva (WHO, 2021). Observa-se uma melhoria na saúde, na qualidade de vida e na utilização mais eficiente dos serviços de saúde quando os níveis de literacia em saúde são elevados (DGS, 2019b).

A melhoria dos níveis de literacia em saúde da população é um dos objetivos da intervenção dos enfermeiros. Estes ocupam uma posição privilegiada e de extrema importância atuando como agentes de educação e informação, independentemente do contexto (Smith, 2021).

Neste contexto, a informoterapia surge como uma ferramenta fundamental para a promoção da literacia em saúde. A informoterapia traduz-se no fornecimento da informação certa, à pessoa certa, no momento certo e através da estratégia certa (Mettler & Kemper, 2003). Esta, tem como objetivo fornecer informação adequada às necessidades do cliente de forma a capacitá-lo para a tomada de decisão informada, devendo a sua transmissão ser adaptada às características individuais de cada cliente.

O processo de capacitação dos pais e das crianças dá-se, segundo Petronilho (2007) em três momentos: o primeiro focado na transmissão de informação teórica, ou seja, através de intervenções do tipo ensinar, essencialmente centradas no domínio cognitivo; o segundo momento centrado na explicação e demonstração das técnicas por parte do enfermeiro que se comportará como modelo e será alvo da observação dos clientes, ou seja, intervenções do tipo instruir; e por fim um momento de execução por parte dos clientes, com a supervisão do enfermeiro, que vai esclarecendo dúvidas e reforçando positivamente os aspetos bem executados, ou seja, intervenções do tipo treinar. Este processo deverá ser faseado e o enfermeiro deverá ser capaz de avaliar a disponibilidade e motivação dos pais e das crianças para assimilarem o que lhes irá ser transmitido, adequando o ritmo e os conteúdos às pessoas que têm como alvo.

Nas crianças, a principal dificuldade na adesão à higiene das mãos decorre pelo facto de o seu pensamento abstrato ainda se encontrar em desenvolvimento, juntamente com o facto de as bactérias e os vírus não serem visíveis a olho nu. Como tal, as crianças apenas associam a

necessidade de higienizar as mãos quando estas se encontram visivelmente sujas (Biezen et al., 2019), sendo que estratégias de sensibilização com o uso de loções simuladoras de germes são particularmente eficazes (Maria et al., 2022).

Para o efeito, o EESIP deve mobilizar conhecimentos e habilidades específicas relacionadas com o desenvolvimento infantil e adequar as intervenções ao desenvolvimento de cada faixa etária de forma a obter os melhores resultados possíveis, tendo um papel muito relevante na promoção da saúde e prevenção da doença junto da criança e da família, uma vez que atua nos diversos contextos.

O conceito de transição é um conceito central para a prática de enfermagem uma vez que os principais encontros entre enfermeiros e clientes se dão pela instabilidade provocada por uma transição (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, uma transição é um processo complexo e multidimensional que ocorre durante um período de tempo e pressupõe a mudança de um estado para outro, ou seja, é a passagem de uma fase da vida, de uma condição ou de um status para outro, envolvendo stress e mudança obrigando a uma reorganização dos papéis e das tarefas do indivíduo/família.

A Teoria das Transições de Meleis procura conhecer a natureza e as condicionantes da transição de forma a compreender os padrões de resposta à mesma.

Quanto à sua natureza, as transições podem ser desenvolvimentais (relacionadas com as mudanças do ciclo de vida), situacionais (associadas a eventos que provocam alterações de papéis), de saúde/doença (quando ocorre mudança de um estado de saúde para um estado de doença) e organizacionais (quando são referentes a mudanças sociais e económicas) (Meleis et al., 2000). No exercício da enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica, o EESIP encontra os diversos tipos de transição: os pais e a vivência da transição para a parentalidade, as crianças que vivenciam uma transição desenvolvimental ao longo dos estadios de desenvolvimento e, também, transições de saúde-doença. Como tal, o EESIP deve estar apto para capacitar quer os pais, quer as crianças, para lidar com a transição que vivenciam ou previsivelmente irão vivenciar e fornecer-lhes ferramentas que facilitem a assunção de novos papéis.

A parentalidade é um processo maturativo que permite que os indivíduos se tornem pais ou mães, sendo encarada como um conjunto de “atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, num ambiente seguro, de modo a socializar a criança e atingir o objetivo de torná-la progressivamente mais autónoma” (Barroso & Machado, 2015, p. 17). A transição para a parentalidade pode iniciar-se em diferentes momentos para diferentes pessoas, no entanto, com o nascimento de um filho há a necessidade de se reestruturarem relações e de se estabelecerem novos papéis pelo que, implica um conjunto de transformações individuais, conjugais, familiares e sociais. A transição para a parentalidade é uma das maiores mudanças pela qual o sistema familiar passa, podendo ser um período de crise

se os elementos do casal não tiverem o apoio necessário e não estiverem devidamente preparados (Menezes & Lopes, 2007). Outros fatores podem dificultar este processo são por exemplo, o nascimento prematuro do filho, a separação precoce da mãe devido a doença do recém-nascido (RN) e o seu internamento. Nestas situações, o enfermeiro deve promover a parentalidade, permitindo que os pais continuem a ser pais e desenvolvam os seus papéis em contexto de internamento (OE, 2015b).

Quanto à vivência da situação de doença na criança, esta pode estar relacionada com uma situação aguda ou crónica. Em qualquer dos casos, cabe aos enfermeiros apoiarem e facilitarem a transição saúde-doença da criança, bem como aos pais que vivenciam estas situações. Como tal, observa-se a vivência de uma transição saúde-doença pela criança e uma transição situacional vivenciada pelos pais. É importante referir que a vivência das transições nas crianças só pode ser considerada a partir do momento que estas apresentam consciência das mudanças que ocorrem, o que por norma surge na idade pré-escolar. De forma a facilitar o processo de vivência da transição, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimentos acerca do conceito de doença em cada faixa etária.

As transições podem ser simples ou múltiplas (se ocorre só um tipo de transição ou mais que um), no que se refere ao padrão. Dentro das múltiplas, podem ainda ser sequenciais ou simultâneas (ou seja, uma seguir-se à outra ou ocorrerem ao mesmo tempo) e ainda podem estar relacionadas ou não relacionadas (Meleis et al., 2000).

As propriedades das transições são fatores essenciais à sua ocorrência e consistem na consciencialização (propriedade importante no processo de transição pois relaciona-se com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição), no envolvimento (o grau com que alguém se compromete nos processos associados à transição), na mudança/diferença (manifesta-se no confronto da realidade com as expectativas), na duração da transição e nos eventos ou pontos críticos (Meleis et al, 2000).

Para que o enfermeiro possa compreender as vivências das transições de cada indivíduo é necessário que conheça as condições pessoais (significados, crenças, estatuto socioeconómico e preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade que podem facilitar e/ou dificultar estas transições. Este conhecimento permite adequar as terapêuticas de enfermagem no sentido da promoção de uma transição saudável através de orientações antecipatórias para prover os clientes de conhecimentos que lhes permitam antecipar a experiência da transição com vista a facilitar a aceitação, estabelecer expectativas realistas e estratégias adequadas para a enfrentar (Meleis, 2010; Meleis et al, 2000; Nunes, 2019).

De forma a avaliar a vivência da transição, existem os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem avaliar o progresso do indivíduo relativamente à vivência da transição (sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e processos de coping) enquanto os indicadores de resultado referem-se à mestria

(domínio de novas competências) e à integração fluida da nova identidade (Meleis et al, 2000; Nunes, 2019). Estes são considerados os padrões de resposta à transição.

Como referido anteriormente, as terapêuticas de enfermagem, que se entendem à luz da teoria das transições como “todas as ações intencionais para cuidar dos clientes e que englobam tanto o conteúdo das intervenções como os objetivos de enfermagem” (Meleis, 2012 como citado em Nunes, 2019, p. 19) são de natureza diversa. É através destas, que os enfermeiros participam na capacitação, facilitando a preparação dos indivíduos para as transições (Meleis, 2000). A intervenção do enfermeiro é, dessa forma essencial num período antecipatório e de preparação para a mudança de papéis, reduzindo os efeitos negativos que possam advir da vivência da transição (Nunes, 2019).

As terapêuticas de enfermagem são ações executadas por um enfermeiro, podendo ser autónomas ou interdependentes, em resposta a um diagnóstico de enfermagem com objetivo de produzir um resultado de enfermagem (ICN, 2019), estas podem assumir diferentes ações uma vez que têm por base diagnósticos e objetivos diferentes:

- Intervenções do tipo "executar", ou seja, ações que implicam o colmatar de uma necessidade, sendo que a justificação para a sua pertinência é a existência da própria necessidade. Considera-se prioritária a sua realização por poderem colocar em risco as necessidades vitais e básicas do cliente.
- Intervenções do tipo “avaliar evolução”, têm como objetivo a caracterização da evolução de um diagnóstico ou foco, ou seja, servem para identificar a evolução, positiva ou negativa, de um foco. A sua realização permite identificar possíveis situações de risco, identificar novos diagnósticos e avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem e/ou a necessidade de reformulação das mesmas.
- Intervenções do tipo “informar” que vão ao encontro das necessidades de educação em saúde dos clientes. Por esta via os enfermeiros capacitam os clientes para que estes atinjam a mestria sendo este, o objetivo último destas intervenções.

A experiência do internamento acentua a experiência da transição de saúde doença na criança. Este é muitas vezes o primeiro encontro que os pais e criança têm com a instabilidade provocada pela transição.

A hospitalização da criança coloca-a numa condição de maior vulnerabilidade, assim como aos seus pais. Isto acontece pelo facto de alguns dos cuidados que eram assegurados pela criança ou pelos pais, no domicílio, passarem a ser assegurados pelos enfermeiros, sendo esta situação geradora de sentimentos de frustração, perda de controlo e revolta. Todavia, o acompanhamento por parte dos pais da evolução da condição de saúde do filho e a sua participação nos cuidados podem diminuir a sensação de incapacidade e a ansiedade dos pais, fazendo com que eles se sintam elementos ativos no processo de cuidar (Santos, 2012). Assim,

é fundamental centrar os cuidados, não só na criança, mas também na família.

O EESIP tem na base dos seus cuidados o modelo de cuidados centrados na criança e a sua família, sendo sempre este binómio o beneficiário dos seus cuidados, trabalhando em parceria em qualquer que seja o contexto em que eles se encontrem (OE, 2018).

Em resposta a esta necessidade de envolver os pais no processo de cuidar, em 1988 Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos - o Modelo de Parceria de Cuidados. Este modelo recomenda que pais sejam envolvidos ativamente nos cuidados, em função das suas capacidades e do seu desejo de envolvimento. Os profissionais devem entender os pais como elementos ativos da equipa, valorizando o conhecimento que têm da criança doente e da vontade que têm de contribuir para a sua recuperação, devendo assim, os enfermeiros, capacitá-los e empoderá-los (Monteiro & Cerqueira, 2020). Cada vez mais, o grau de envolvimento dos pais nos cuidados é maior, incluindo, atualmente, a prestação de cuidados complexos e tomada de decisão no que respeita à saúde (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Devido à complexidade inerente à prestação de cuidados em idade pediátrica, pela vulnerabilidade deste grupo etário, mas também pelas características desenvolvimentais que caracterizam cada faixa etária, cabe ao EESIP possuir conhecimentos, utilizar estratégias adequadas a cada faixa etária de forma que as suas intervenções junto das crianças e das suas famílias sejam eficazes. Importa, assim, fazer uma breve referência ao desenvolvimento infantil e o que o caracteriza.

O desenvolvimento Humano é um processo contínuo, que envolve mudanças sequenciais e complexas. Durante esse processo, adquirem-se inúmeras habilidades, que evoluem de movimentos simples e desorganizados a habilidades altamente complexas (Haywood & Getchell, 2016). Estas mudanças são universais e básicas para todos os seres humanos, mas cada criança é diferente tendo o seu próprio ritmo para atingi-las (Garrido & Boavida, 2003, como citado em OE, 2010).

O crescimento e o desenvolvimento dão-se, tendencialmente em três padrões: cefalocaudal; proximal-distal; e em diferenciação, ou seja, inicialmente desenvolvem-se as habilidades simples que evoluem para habilidades complexas (Hockenberry et al., 2019). No processo de acompanhamento deste processo complexo de desenvolvimento o enfermeiro associa ao seu conhecimento, o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização (OE, 2010). Atualmente, e respondendo a estas necessidades de monitorização está recomendado o uso da Escala de Desenvolvimento Psicomotor de Mary Sheridan Modificada para avaliação psicomotora até aos cinco anos de idade (DGS, 2013a) a qual permite fazer essa vigilância em idades chave e identificar eventuais atrasos ou dificuldades no desenvolvimento.

Existem diversas teorias que explicam o desenvolvimento infantil de diferentes perspectivas, distintas e complementares, sendo que irei apresentar um breve resumo da teoria do psicossocial de Erikson e da teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget no que se reporta à idade pediátrica.

Segundo Erickson, o desenvolvimento da personalidade dá-se em oito estádios, sendo que cinco ocorrem até aos 18 anos. Cada um destes opõe uma personalidade saudável a uma personalidade patológica, ou seja, em cada um destes estádios existe um conflito que pode ter resultados favoráveis ou desfavoráveis, sendo que o progresso ao estádio seguinte depende da resolução do anterior (Hockenberry et al., 2019). Desta forma, Erickson denomina os seguintes estádios:

- Confiança vs Desconfiança: Ocorre do nascimento ao primeiro ano de vida da criança. O desenvolvimento da confiança é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma personalidade saudável e acontece quando a criança tem as suas necessidades satisfeitas de forma atempada e consistente;
- Autonomia vs Vergonha e dúvida: Ocorre entre os 12 meses e os três anos da criança. O desenvolvimento da autonomia está centrado na crescente capacidade que tem em controlar o seu corpo, a si própria e o ambiente. Grande parte da sua aprendizagem é adquirida pela imitação de comportamentos de outros. Os sentimentos de vergonha e dúvida surgem quando a criança se sente insuficiente ou a envergonham;
- Iniciativa vs Culpa: Ocorre entre os três e os seis anos da criança. Nesta fase já apresenta consciência acerca das suas ações. Explora o mundo de forma mais autónoma. Quando as suas atividades entram em conflito com as atividades de outros sentem culpa. Nesta fase é importante que a criança consiga preservar a sua iniciativa sem colidir com os direitos de outros;
- Indústria vs Inferioridade: Ocorre dos seis aos doze anos. Nesta etapa, a criança está preparada para se tornar num trabalhador, sendo que têm o desejo de se envolverem em tarefas que conseguem concluir. Aprende a competir e a cooperar com outros e aprende regras, contudo pode desenvolver sentimentos de inferioridade caso se espere demasiado dela;
- Identidade vs Confusão de papéis: Ocorre dos doze aos dezoito anos. A confiança que a criança tinha no seu corpo é abalada pelas mudanças rápidas e significativas. Nesta fase desejam integrar os seus valores e ideais naqueles que a sociedade tem aceites como corretos, conseguindo manter a sua identidade. Quando tal não acontece, surge a confusão de papéis (Hockenberry et al., 2019).

No que respeita ao desenvolvimento cognitivo, este refere-se às mudanças nas operações mentais que ocorrem ao longo do tempo. A teoria mais aceite foi formulada por Piaget, que refere que a inteligência permite ao indivíduo fazer adaptações que aumentam a probabilidade

de sobrevivência (Hockenberry et al., 2019). Ou seja, o desenvolvimento da inteligência está intimamente ligada aos estímulos que o ambiente oferece e como o indivíduo se adapta ao mesmo (Schirmann et al., 2019).

Este autor propõe a existência de quatro estádios, sendo que cada estádio é construído com base nas aquisições do anterior, num processo contínuo:

- Sensoriomotor: do nascimento aos dois anos. A aprendizagem é guiada pelas sensações. As crianças passam dos reflexos e dos comportamentos simples para a imitação. Desenvolvem uma noção de causa-efeito e os problemas são resolvidos por tentativa- erro. Surge também a noção de permanência do objeto, mesmo quando este não esteja ao alcance visual;

- Pré-operacional: dos dois aos sete anos. É um estádio caracterizado pelo egocentrismo da criança, no sentido de estas serem incapazes de se colocarem no lugar do outro, ou seja, não conseguem ter uma perspectiva que não seja a sua. O pensamento pré-operacional é concreto e tangível, a criança não consegue raciocinar além do que é observável, nem consegue fazer deduções ou generalizações. Por outro lado, utiliza melhor a linguagem. Começa a fazer associações simples entre ideias e, mais para o fim deste período, o raciocínio é intuitivo, ou seja, os outros fazem porque ela também faz e transdutivo, quer isto dizer que devido ao facto de dois acontecimentos acontecerem juntos, eles são causadores um do outro;

- Operacional concreto: dos sete aos 11 anos. Nesta fase o raciocínio é cada vez mais lógico e coerente. Conseguem armazenar conhecimentos e utilizá-los para a solução de problemas. A criança desenvolve um novo conceito, o da conservação, compreendendo que fatores como a quantidade de um objeto permanece, mesmo que se lhe mude a aparência, no entanto ainda não consegue pensar no abstrato. O pensamento passa a ser socializado e já consegue compreender perspectivas diferentes das suas;

- Operações formais: dos 11 aos 15 anos. O pensamento formal caracteriza-se pela adaptabilidade e flexibilidade. A criança já consegue pensar em termos abstratos e extrair conclusões lógicas (Hockenberry et al., 2019).

Realizado um breve resumo das teorias que servem de base à prática da enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como às principais características das crianças a nível cognitivo e psicossocial, passarei à descrição da estrutura deste documento.

O presente relatório foi redigido com recurso à plataforma educativa da ESEP, a E4Nursing e encontra-se dividido em três partes: a Introdução, Desenvolvimento e Síntese Final. O desenvolvimento constitui-se em três capítulos: a descrição dos contextos clínicos onde decorreram os estágios; quatro casos clínicos recorrendo à E4Nursing; e a análise crítica reflexiva relativa ao processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de EESIP.

Os casos clínicos referentes aos contextos hospitalares apresentam dois momentos de contacto com os clientes representados em “sessões”, com o objetivo de documentar a continuidade de cuidados e evolução do cliente. Cada “sessão” refere-se a uma imagem/um momento de registos, podendo as duas sessões serem retratadas no mesmo turno ou em turnos diferentes.

Quanto ao caso clínico apresentado em contexto de Cuidados de Saúde Primários, este apresenta apenas uma sessão, ou seja, apenas um momento de registo da situação clínica uma vez que se trata de uma consulta de vigilância de saúde, cujo seguimento se dará numa data posterior ao término do estágio.

Cada caso clínico constitui-se pelo cenário, onde é apresentado de forma breve o caso clínico; pelo enquadramento teórico, onde se apresentam os aspetos teóricos de relevo para compreensão e enquadramento do cenário; medicação prescrita e os aspetos de enfermagem a considerar quanto à sua administração; procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, ou seja, as atitudes terapêuticas prescritas e os dispositivos médicos presentes e as considerações teóricas de cada um deles; domínios e a sua justificação; estrutura da conceção de cuidados: foco/diagnóstico, objetivos e intervenções; especificações das intervenções onde se apresentam os aspetos específicos das intervenções no caso em questão; e síntese relativa ao caso, onde se apresentam os critérios de resultado e considerações quanto àquela conceção de cuidados em específico.

O capítulo do desenvolvimento das competências pretende apresentar uma análise crítica e reflexiva acerca do processo de desenvolvimento das mesmas, relatando as atividades desenvolvidas em estágio.

A síntese final pretende expor de forma clara e sucinta ideias e conteúdos apresentados neste relatório, a reflexão sobre os resultados obtidos e o balanço dos objetivos, dúvidas e constrangimentos na elaboração do mesmo.

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

Este capítulo tem como objetivo descrever os serviços onde foram realizados os estágios considerando os recursos humanos e físicos, métodos de trabalho e projetos em desenvolvimento, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

Os estágios foram realizados num hospital central (SUP, Internamento de Pediatria e UCIN) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com a possibilidade de realizar um turno numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). Os contextos clínicos serão apresentados na ordem com que os estágios foram realizados.

Dada a diversidade dos contextos e dos métodos de trabalho utilizados, importa fazer uma breve referência teórica aos mesmos, tendo em conta a importância que estes têm na interação entre enfermeiros e com o cliente.

O método de trabalho refere-se à forma como o trabalho está estruturado, organizado e distribuído pelos enfermeiros, com o objetivo de prestar cuidados eficientes e seguros (Parreira et al., 2021). Existem quatro métodos de trabalho: método de trabalho em equipa, método de trabalho individual, método de trabalho funcional e método de trabalho de Enfermeiro de Referência (Parreira, 2005). Destes, apenas foram observados o método de trabalho em equipa, o método de trabalho individual e o método de trabalho por Enfermeiro de Referência, nos contextos onde os estágios se realizaram.

Método de trabalho em equipa: neste método, as equipas de enfermagem são orientadas por um líder (por norma um enfermeiro especialista e/ou com mais anos de experiência) que assume a responsabilidade por tomar decisões de planeamento de cuidados, assim como supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem (Ventura-Silva et al., 2021). Este método de trabalho otimiza o funcionamento de equipas com enfermeiros de diferentes níveis de formação e capacidades, apoiando os enfermeiros menos experientes, e tirando partido das capacidades de cada elemento da equipa. Todos os elementos são responsáveis pelos cuidados aos clientes (Parreira et al., 2021).

Método de trabalho individual: consiste na assistência integral a um grupo de clientes por um único enfermeiro, desde a conceção à avaliação dos cuidados (Fairbrother et al., 2010). Este método centra a sua atenção nas necessidades dos clientes respeitando a individualização e personalização dos cuidados, promovendo a relação enfermeiro-cliente apresentando uma maior satisfação dos profissionais e dos clientes (Parreira et al., 2021).

Método de trabalho por Enfermeiro de Referência: consiste na atribuição de um enfermeiro

responsável pelo planeamento, prestação de cuidados e avaliação dos mesmos a um grupo de clientes, durante todo o internamento. Será sempre este enfermeiro o responsável pela tomada de decisão no que diz respeito aos seus clientes, sendo que para garantir a continuidade de cuidados, é assistido por enfermeiros assistentes (Marquis & Huston, 2015 como cit em Parreira et al., 2021). Verifica-se, nos CSP, uma semelhança entre este método de trabalho e o do enfermeiro de família, que é o observado nas USF e Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), sendo que o enfermeiro de família é o responsável pela "prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade" (Decreto-Lei n.º 118/2014, p.4070).

Serviço de Urgência Pediátrica

Os serviços de urgência são serviços interdisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência que exijam uma intervenção médica imediata (Despacho normativo nº 11/2002 do Ministério da Saúde), concretizam a sua atividade 24h por dia, todos os dias do ano. São serviços onde existe constante mudança e tudo se desenrola num ritmo acelerado, exigindo capacidade de adaptação dos profissionais que neles desempenham as suas funções (Grupo de Trabalho - Serviço de Urgência (GT-SU), 2019). Portugal é um dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com maior número de admissões per capita no serviço de urgência (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2023).

O acesso a este serviço acontece pela triagem, realizada por um enfermeiro triador com recurso a um sistema de triagem. Este, envolve três etapas: análise inicial da gravidade clínica avaliada através do triângulo de avaliação pediátrica (aparência, respiração e circulação), avaliação da queixa principal e avaliação dos sinais vitais. Desta forma, as crianças são categorizadas de acordo com a prioridade clínica, em cinco níveis: nível 1 - Emergente, nível 2 - Muito urgente, nível 3 - Urgente, nível 4 - Pouco urgente e nível 5- Não urgente, correspondendo às cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul respetivamente (DGS, 2018). Os enfermeiros que desempenham esta função devem ter formação específica no sistema de triagem de prioridades que utilizam e devem ser, preferencialmente, EESIP (OE, 2019a), devendo ter a capacidade de, em poucos minutos, avaliar a situação colhendo os dados relevantes que lhes permita identificar situações potencialmente graves (Gomes, 2008).

O SUP onde foi realizado o estágio dividia-se em:

- Área administrativa, destinada à admissão no serviço;
- Área de triagem constituída por dois gabinetes onde era realizada a triagem das crianças;

- Salas de espera, uma destinada a crianças com prioridade pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Esta sala estava conectada a dois gabinetes de observação médica, que funcionavam como espaço de isolamento nos casos de suspeita de patologia infecciosa ou alterações da imunidade. Na outra sala de espera aguardavam observação médica crianças com prioridade urgente (amarelo) e muito urgente (laranja), que não necessitavam de monitorização;
- Sala de observação composta pela área laranja e pelo internamento de curta duração, que funcionavam no mesmo espaço open-space com 15 unidades: quatro afetas à área laranja e 11 ao internamento de curta duração, uma destas funcionava como quarto de isolamento. Todas as unidades eram constituídas por uma cama/maca ou berço, um cadeirão, um monitor de sinais vitais e uma rampa de oxigénio, ar e vácuo;
- Sala de tratamentos, para realização de procedimentos;
- Sala de emergência, na qual eram avaliadas e estabilizadas as crianças triadas com a prioridade emergente (vermelha), composta por duas unidades preparadas as situações críticas. Disponha de um sistema de cálculo de doses de medicação utilizada em situações de emergência, em função do peso da criança e algoritmos de atuação para situações frequentes no contexto de emergência, o que se revelaram ser recursos facilitadores e promotores da redução do erro e da melhoria da segurança dos cuidados.

O circuito da criança neste serviço iniciava-se com a admissão e triagem, como anteriormente referido. Posteriormente, estas eram encaminhadas à sala de espera da respetiva prioridade e/ou necessidade clínica, ou para a sala de emergência nas situações de risco de vida.

Após observação médica, e em caso de necessidade de tratamento, eram encaminhadas para a sala de tratamentos onde eram realizados os procedimentos e prestados os cuidados. Os procedimentos mais frequentes, observados durante o período de estágio, foram a aspiração de secreções, a colheita de espécimes para análise (sangue, secreções, urina e zaragatoas), monitorização de sinais vitais e administração de medicação, pelas diversas vias, com predomínio da via oral.

As situações críticas, que necessitassem de avaliação e estabilização imediata eram admitidas na sala de emergência. Existiam três vias de acesso a esta sala: criança encaminhado pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU); criança que vinha pelos próprios meios e que apresentava sinais e sintomas compatíveis com situação crítica na triagem; e criança que já se encontrava em espera para atendimento ou reavaliação médica e que tinha agravamento do seu estado clínico.

A equipa de enfermagem era composta por 52 enfermeiros distribuídos em seis equipas. Destes, 16 eram EESIP e sete tinham curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP). Em cada turno, a equipa de enfermagem era constituída por oito enfermeiros: um enfermeiro coordenador de equipa (geria as intercorrências que surgiam ao longo do turno e dava apoio à

equipa), um enfermeiro de apoio aos gabinetes médicos, um enfermeiro escalado para cuidados de cirurgia e ortopedia, dois enfermeiros triadores e três enfermeiros alocados à sala de observações (um na área laranja e dois no internamento de curta duração). No caso de ativação da sala de emergência, cabia ao enfermeiro coordenador redistribuir a equipa, de forma a garantir a operacionalidade da sala de emergência e do serviço de urgência. Na sala de emergência o rácio era de no mínimo um enfermeiro por criança, podendo este número ser superior caso a situação fosse de grande complexidade.

No que se reporta à dotação segura, segundo a OE (2019b), no internamento de curta duração do serviço de urgência deve existir um rácio de um enfermeiro para três utentes, recomendando que pelo menos 50% da equipa de enfermagem em cada turno tenha formação em SAVP e Formação Avançada em Trauma Pediátrico (OE, 2019b), especialmente aqueles que asseguram o posto da Sala de Emergência, sendo estas as recomendações que a instituição procura alcançar.

Pelo exposto e atendendo à natureza do serviço, o método de trabalho em equipa era o método adotado neste serviço.

O recurso ao SU por motivos não urgentes em utentes de idade pediátrica, conduz à sobrelotação do serviço, sendo os motivos mais frequentes a noção parental de se tratar de uma situação grave, ser o local de atendimento mais próximo e preferirem uma avaliação por um pediatra, conduzindo a pior qualidade de cuidados, insatisfação dos utentes e dos profissionais e ao aumento de custos (Freitas et al., 2016).

Assim, a capacitação dos pais sobre os motivos por que devem recorrer ao serviço de urgência, bem como a gestão de sinais e sintomas no domicílio é de extrema importância, o que melhoraria o uso dos recursos existentes, tais como o contacto prévio com SNS24 e as consultas de recurso nos centros de saúde (Deliberação nº 060/2023 da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2023).

No sentido da melhoria contínua dos cuidados, a equipa de enfermagem encontrava-se a desenvolver normas de procedimentos técnicos. Todavia, durante o período em que decorreu o estágio não se encontravam em desenvolvimento projetos orientados para o controlo das IACS. Não obstante o facto de o serviço se encontrar em instalações temporárias, a existência de dispositivos destinados à higiene das mãos era adequada, mas pelo que me foi dado observar a adesão das crianças e dos pais à higiene das mãos era baixa.

Internamento Médico De Pediatria

O serviço de pediatria médica tem por missão tratar e prestar assistência altamente qualificada

e diferenciada a crianças. Dado se tratar de um hospital de última linha, este serviço recebe crianças com patologias e necessidades de saúde muito complexas e diversas, que requerem cuidados especializados e complexos, o que exigem, dos enfermeiros um elevado nível de competências e adaptabilidade para a prestação de cuidados a estas crianças e famílias.

O serviço é composto por 36 camas distribuídas em 14 quartos duplos e oito quartos individuais, estes últimos são preferencialmente destinados a situações de isolamento e/ou situações de carácter mais sensível. Cada unidade tem uma cama ou berço, um cadeirão, um monitor de sinais vitais, uma rampa de oxigénio, ar comprimido e aspiração e uma campainha, dispendo de um lavatório à entrada e dispensador de SABA no mesmo local. Os quartos têm casa de banho privada.

O serviço conta também com uma sala de atividades para as crianças internadas. Esta sala serve de área de brincar assim como área de estudo, contando com a presença de educadoras de infância e professoras do ensino básico que auxiliam o percurso académico das crianças internadas, assim como voluntários que acompanham as crianças nas brincadeiras e nas atividades e garantem o cumprimento das normas de funcionamento da sala. Estes voluntários dão também apoio aos pais das crianças e substituem-nos nos momentos em que estes precisam de se ausentar brevemente do serviço.

Devido ao risco de acidentes em crianças, não estão disponíveis dispensadores de SABA nas camas, nem nos corredores, pese embora este seja um fator que predisponha a menor adesão à higiene das mãos.

Existem duas áreas de trabalho de enfermagem com recursos informáticos, dispensador de medicação e material clínico. Para além disso, existe ainda um ecrã com telemetria dos monitores de sinais vitais de cada uma das crianças, para maior vigilância dos parâmetros vitais.

É permitida a permanência de um dos pais ou pessoa significativa para a criança durante as 24 horas, assim como, a visita de outro adulto durante o dia. Para tal é disponibilizado ao familiar que permanece as 24 horas com a criança um cadeirão reclinável, o acesso a uma sala para realização de refeições e, no caso de famílias com insuficiência económica ou que residam a mais de 20 quilómetros do hospital, são fornecidas de senhas refeição para o almoço e jantar.

A equipa de enfermagem é composta por 38 enfermeiros, sendo que mais de 90% são EESIP. Organiza-se em equipas de seis enfermeiros no turno da manhã na prestação de cuidados, o enfermeiro gestor e uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, cinco enfermeiros no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite.

O método de trabalho neste serviço é o método individual.

Quanto à dotação, a OE (2019) recomenda que num serviço de internamento de pediatria

médica exista um rácio enfermeiro/utente de 1:3 no turno da manhã, 1:4 no turno da tarde e 1:5 no turno da noite.

Relativamente à melhoria contínua dos cuidados, encontravam-se em desenvolvimento diversos projetos, em áreas como o controlo de infeção, acolhimento da criança e família, qualidade e segurança. A equipa de enfermagem realiza mensalmente um “Journal Club”, onde é apresentado um artigo/uma revisão da literatura sobre um tema relevante ou sobre alterações às recomendações para a prática.

Considerando a importância da higiene das mãos, etiqueta respiratória e desinfeção ambiental, são desenvolvidos regularmente atividades promotoras de boas práticas dirigidas às crianças, aos acompanhantes e aos profissionais, sendo que a higienização dos brinquedos partilhados tem sido uma área de grande atenção, dada a importância que o brincar apresenta na idade pediátrica.

Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Familiar

Os ACeS são “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica” (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde). As unidades constituintes dos ACeS incluem as USF, as UCSP, as UCC, as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo existir outras unidades ou serviços que sejam considerados como necessários. Entre as unidades funcionais constituintes, encontram-se as UCC às quais compete “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde).

A UCC onde foi realizado o estágio tem projetos na área da Saúde Escolar, Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A equipa de enfermagem da UCC é composta por 17 enfermeiros, dos quais:

- Uma enfermeira coordenadora, Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Três Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, que asseguram os projetos na área da saúde sexual e reprodutiva da mulher;
- Quatro EESIP, responsáveis pela Saúde Escolar e outros projetos na área da SIJ como a Equipa Local de Intervenção (ELI), a Comissão de Proteção a Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);

- Uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que integra a equipa da Saúde Escolar;
- Dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, responsáveis pelo projeto da ECCI;
- Duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária, que também integram o projeto da ECCI;
- Quatro enfermeiras, uma que integra exclusivamente o projeto da ECCI e três que têm horário dividido entre o projeto da Saúde Escolar e a ECCI.

O estágio foi realizado junto da equipa de Saúde Escolar, que tem atualmente um parque escolar com aproximadamente 5500 alunos dos quais, cerca de 500 apresentam necessidades de saúde especiais.

A Saúde Escolar insere-se no âmbito das “Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade” (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde), tendo por base o Programa Nacional de Saúde Escolar.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015 tem como finalidade “contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (DGS, 2015b, p. 4). Para tal, pretende-se capacitar a comunidade educativa para compreender e utilizar a informação em saúde para a tomada de decisões, promover um ambiente escolar seguro minimizando os riscos a ele associados e gerir as situações de saúde que possam comprometer a aprendizagem das crianças, tendo sempre na base da intervenção a inovação, a qualidade e a formação de parcerias (DGS, 2015b).

Em conformidade com as recomendações do PNSE a equipa de saúde escolar que integrei para a realização de estágio atua em duas vertentes: a gestão das Necessidades de Saúde Especiais (NSE), articulando com os diferentes elementos envolvidos de forma a permitir a integração da criança na escola; e a capacitação da comunidade escolar, com especial enfoque no corpo discente, através de sessões de educação para a saúde.

No que se refere às dotações seguras, a OE (2019) recomenda que nas equipas de Saúde Escolar exista um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária ou Saúde Infantil e Pediátrica por cada 1.500 alunos saudáveis e de um EESIP, por cada 150 alunos com necessidades de saúde especiais.

A prestação de cuidados de saúde personalizados, ao indivíduo e à família no contexto do ACeS é proporcionado pelas USF garantindo por essa via a continuidade de cuidados ao longo da vida (Decreto-lei nº 103/2023 do Ministério da Saúde).

A USF na qual tive oportunidade de realizar parcialmente o meu estágio, especificamente no

âmbito da consulta de SIJ é uma USF modelo A, que se constitui por uma equipa de seis médicos e seis enfermeiros, destes, um é EESIP. Esta USF serve uma população de mais de 9600 utentes, dos quais 1571 se encontram em idade pediátrica. O método de trabalho utilizado neste serviço é o método de trabalho por Enfermeiro de Referência.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais presta cuidados a recém-nascidos (RN), ou seja, desde o nascimento até aos 28 dias de vida. Aqui são admitidos RN: prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas), que tenham tido uma má adaptação à vida extrauterina ou com patologias que necessitam de atenção médica e cuidados especializados.

Este serviço encontra-se dividido em duas unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é composta por 10 quartos, sendo um duplo (frequentemente utilizado em casos de gémeos) e dois quartos de isolamento, com pressões negativas no interior. Os quartos são fechados com portas de vidro, que permitem a visualização do seu interior. São compostos por uma torre (com rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, um monitor de sinais vitais, mesa de apoio e aquecedor de biberões), uma incubadora ou um berço, um cadeirão, uma cadeira, lavatório com água, sabão e toalhetes de papel. As unidades têm uma divisão adjacente, também ela envidraçada, onde é possível a permanência dos pais durante 24 horas, está equipada com televisão, sofá-cama e mesa. Em cada uma das unidades existem dois dispensadores de SABA, um junto da incubadora e outro à saída/entrada da unidade.

Cada um dos monitores das unidades dos RN tem telemetria, pelo que é possível a vigilância dos sinais vitais num ecrã que se encontra junto à área de trabalho de enfermagem. Esta última, é composta por uma bancada com material informático e armários com material clínico. Existe também uma sala junto a este local destinada ao armazenamento e à preparação de medicação.

Nesta unidade encontram-se RN prematuros e RN em estado crítico que necessitem de uma maior vigilância e cuidados, nomeadamente RN com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva e fototerapia intensiva, sendo estes RN oriundos da sala de partos, do serviço de obstetrícia ou ainda transferência de outros hospitais. Quando os RN já se encontram mais estáveis, do ponto de vista hemodinâmico, são transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios.

A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais é um espaço em open-space, composto por 14

unidades, sendo que destas, apenas sete se encontram em funcionamento devido a falta de pessoal para garantir os cuidados aos RN.

Cada unidade é composta por uma incubadora ou berço, um cadeirão e uma torre (com rampas de oxigénio, ar comprimido e vácuo, monitor de sinais vitais, mesa de apoio e aquecedor de biberões). Existe um dispensador de SABA em cada berço/incubadora. Neste espaço continua a ser permitida a presença de um dos pais durante 24 horas, no entanto estes apenas têm acesso a um cadeirão junto da incubadora/berço.

Na zona central do espaço encontra-se a área de trabalho de enfermagem, que é composta por uma bancada com material informático. Neste espaço também existe uma sala com material clínico e medicação.

Existe uma sala para os pais, que lhes permite a realização de refeições e a sua permanência durante as passagens de turno.

A equipa de enfermagem é composta por 41 enfermeiros, dos quais 33 são EESIP. Existem sete enfermeiros por turno: cinco enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e dois na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

No que refere à dotação segura, a OE (2019) recomenda uma percentagem de enfermeiros especialistas, de pelo menos 50%, preferencialmente na área da Saúde Infantil e Pediátrica, bem como um rácio de um enfermeiro para um RN na unidade de cuidados intensivos e um enfermeiro para três RN na unidade de cuidados intermédios.

O método de trabalho adotado é, à semelhança do método adotado no Internamento de Pediatria, o método individual.

Este serviço caracteriza-se pela atualização constante em termos de cuidados ao RN e na melhoria contínua das práticas, existindo vários projetos em desenvolvimento. Durante o estágio pude verificar a implementação de um projeto para aumentar a segurança na administração de leite materno.

3. CASO CLÍNICO 1: SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Mariana (nome fictício), tem dois meses e foi levada ao Serviço de Urgência (SU) pela mãe por recusa alimentar e um hemangioma ulcerado no lábio inferior. Foi colocada uma sonda nasogástrica para alimentação.

3.1. Enquadramento teórico

Cenário

A Mariana (nome fictício), tem dois meses e foi levada pela mãe ao serviço de urgência por recusa alimentar e hemangioma ulcerado no lábio inferior.

Foi colocada sonda nasogástrica para alimentação que se manterá até à cicatrização da ferida.

Encontra-se no internamento de curta duração do serviço de urgência para capacitação da mãe para alimentar por sonda nasogástrica.

1ª sessão da conceção de cuidados - início do turno da noite:

A Mariana encontra-se acompanhada pela mãe no internamento de curta duração. Foi colocada a sonda nasogástrica durante a manhã e a mãe encontra-se em processo de capacitação para alimentar a filha por sonda.

Foi informado durante a passagem de turno que a lactente é alimentada com 140ml de leite adaptado de 3/3horas. Apresenta comportamento característico de desconforto mesmo após a alimentação, tendo dificuldade em adormecer e cerca de meia hora antes da próxima refeição apresenta-se agitada e com choro vigoroso acabando por ser alimentada nessa altura, vomitando parte da refeição administrada devido ao comportamento demonstrado.

Em conversa com a mãe esta exprime alguma frustração com a situação, referindo que em casa a Mariana costumava apresentar períodos semelhantes, que a mãe associava a fome e a desconforto abdominal, mas que cediam à alimentação e à estimulação intestinal, conseguindo que a lactente dormisse por períodos.

Assim, em parceria com a mãe e com a equipa médica, foi decidido fracionar as refeições da Mariana de forma a não despoletar esse comportamento de agitação que levava ao vômito, bem como aplicar algumas estratégias para alívio do desconforto abdominal que a lactente

demonstrava de forma a permitir um sono tranquilo.

2ª sessão da conceção de cuidados - fim do turno da noite:

Com a aplicação das medidas referidas anteriormente foi possível ter a lactente mais tranquila, tendo sido facilitador para a mãe aprender e treinar a alimentação da filha por sonda nasogástrica.

Hemangioma Infantil

O hemangioma infantil é o tipo de tumor mais frequente na infância, podendo afetar cerca de 4 a 5% dos lactentes, sendo mais frequentes no sexo feminino. Consiste num crescimento anormal de células endoteliais com uma vasculatura aberrante (Darrow et al., 2015) que se divide em 2 fases: a fase proliferativa que ocorre tipicamente no primeiro ano de vida; e a fase involutiva que se inicia por volta dos 12 meses (Chang et al., 2008), e que pode levar vários anos (Darrow et al., 2015).

A maior parte dos hemangiomas infantis resolvem por si, no entanto uma pequena parte pode necessitar de intervenção devido à sua localização ou tamanho, para evitar complicações como ulceração, comprometimento funcional ou desfiguração (Krowchuk et al., 2019). A complicação mais frequente é a ulceração do hemangioma, que pode levar a dor significativa, sangramento e infecção (Shin, Orlow e Chang, 2007).

Nos casos em que é necessária intervenção, atualmente o tratamento é feito com recurso ao propranolol, um beta bloqueador inespecífico e cujo mecanismo de ação ainda não está bem esclarecido no tratamento destes tumores (Krowchuk et al., 2019; Sebaratnam et al., 2021).

Transição

A Mariana não se encontra a vivenciar nenhum tipo de transição uma vez que ainda não tem consciencialização que lhe permita fazê-lo, devido à sua faixa etária.

A mãe da Mariana encontra-se a vivenciar uma transição desenvolvimental, a transição para a parentalidade, e simultaneamente, uma transição situacional pela vivência da doença da filha.

Neste caso assume-se transição situacional uma vez que há necessidade da mãe adquirir novas competências para assumir um novo papel nos cuidados à filha.

3.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 2 meses | Feminino

Mãe/Pai

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Figura parental principal: mãe.

25-09-2023 21:30 - Número de outros filhos: 0.

25-09-2023 21:30 - Papel parental partilhado.

25-09-2023 21:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

25-09-2023 21:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

26-09-2023 07:00

26-09-2023 07:00 - Figura parental principal: mãe.

26-09-2023 07:00 - Número de outros filhos: 0.

26-09-2023 07:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

26-09-2023 07:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação**Início**

2023-09-25 21:30:00

2023-09-25 21:30:00

Medicação

Paracetamol Solução Oral 40mg/ml - 83mg se febre ou dor

Propranolol Solução Oral 3,75 mg/ml - 8.25 mg 12/12h

Fim**3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita****Propranolol Solução Oral**

Segundo a Agência Europeia de Medicamentos (nd), o Propranolol pertence ao grupo dos bloqueadores beta, não seletivos cardíacos e está indicado no tratamento do hemangioma infantil proliferativo que requer terapêutica sistémica, como nos casos de hemangioma potencialmente fatal ou comprometedor da função vital, hemangioma ulcerado com dor e/ou ausência de resposta a medidas elementares de cuidado de feridas e/ou hemangioma com risco de cicatrizes permanentes ou desfiguração.

Deve ser administrado durante a ingestão de alimentos, ou imediatamente após para evitar o

risco de hipoglicemia. Se a criança estiver a vomitar ou não se alimentar adequadamente, a dose deve ser omitida.

Contraindicações:

Lactentes prematuros, nos quais a idade corrigida de 5 semanas ainda não tenha sido atingida, Lactentes, durante a amamentação, caso a mãe esteja a ser tratada com medicamentos que sejam contraindicados com o propranolol, Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, Asma ou antecedentes de broncospasmo, Bloqueios auriculoventriculares de segundo ou terceiro grau, Síndrome do nódulo sinusal, Hipotensão, Bradicardia, Choque cardiogénico, Insuficiência cardíaca não controlada, Angina de Prinzmetal, Perturbações graves da circulação arterial periférica (fenómeno de Raynaud), Lactentes com predisposição para hipoglicemia e Feocromocitoma.

Efeitos indesejáveis mais frequentes incluem: Infeções do trato respiratório, diarreia e vômitos, perturbações do sono, broncospasmo, obstipação, dor abdominal, hipoglicemia, redução do apetite, irritabilidade e agitação.

Paracetamol

O Paracetamol é um medicamento antipirético e analgésico que está indicado no controlo da dor ligeira a moderada e da febre.

As contraindicações à sua toma são a hipersensibilidade ao princípio ativo ou aos excipientes e a insuficiência hepática grave.

Os efeitos indesejáveis incluem sonolência, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, obstipação, hipersudorese, hipotermia.

O paracetamol tem o seu início de ação ao fim de 30min-1hora da administração, sendo o seu pico de ação entre as 1 e 3 horas da administração.

(Infarmed, 2023a)

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

25-09-2023 21:30 - Características do dispositivo: Levine nº 8 (PVC).

25-09-2023 21:30 - Nível de inserção da sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Nariz Direita(o): 32.00 cm.

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução da administração pela sonda

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [2/2h]

25-09-2023 21:30 - Assegurar funcionamento da sonda

25-09-2023 21:30 - Otimizar sonda gástrica [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [2/2h e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [SOS]

25-09-2023 21:30 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Trocar sonda gástrica [10 em 10 dias e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [Diariamente e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Promover papel parental especial: medidas de otimização da sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Capacidade da mãe/pai para otimizar sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 21:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para otimizar sonda gástrica [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Instruir mãe/pai a otimizar a sonda gástrica [Agora]

25-09-2023 21:30 - Treinar mãe/pai a otimizar sonda gástrica [Nas próximas refeições]

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão a medidas de otimização da sonda gástrica [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Promover papel parental especial: alimentar por sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Capacidade da mãe/pai para alimentar por sonda gástrica: Necessita de ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

25-09-2023 21:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar a capacidade para alimentar por sonda gástrica

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar por sonda gástrica [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Instruir a mãe/pai a alimentar por sonda gástrica [Agora]

25-09-2023 21:30 - Treinar mãe/pai a alimentar por sonda gástrica [Nas próximas refeições]

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: capacidade para alimentar por sonda gástrica [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Assegurar ingestão de alimentos

25-09-2023 21:30 - Alimentar por sonda gástrica [2/2h]

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

Sonda Nasogástrica

Foi colocada uma sonda nasogástrica à Mariana de forma a assegurar a ingestão alimentar adequada enquanto se dá a cicatrização da ulceração do hemangioma.

As sondas gástricas são dispositivos colocados até ao estômago com o objetivo de alimentar o indivíduo ou fazer decompressão gástrica (Ernstmeier e Christman, 2021).

Atualmente, o dispositivo de alimentação entérica mais utilizado em idade pediátrica é a sonda nasogástrica (SNG) (Lyman et al., 2015).

A inserção de sondas nasogástricas é um procedimento realizado comumente por enfermeiros de forma "cega", ou seja sem qualquer tecnologia que permita guiar ou visualizar o seu posicionamento, e apesar de na maior parte das vezes ser um procedimento bem sucedido, com a sonda a ficar posicionada corretamente no estômago, por vezes acontecem inserções em que a sonda fica mal posicionada, o que leva ao compromisso da segurança do utente e aumentando o risco de complicações (Irving et al., 2018).

De acordo com as recomendações mais atuais, segundo Irving et al., (2018), é possível diminuir o risco de mau posicionamento da sonda, através de:

- Medição do comprimento da sonda a introduzir: Existem 2 métodos que são mais utilizados para medição do comprimento da sonda a introduzir para a sua colocação no estômago. O primeiro sendo a medição do nariz ao lóbulo da orelha e de seguida ao apêndice xifóide, e o segundo que para além desta medição acrescenta a medida do apêndice xifóide à linha média da cicatriz umbilical. A literatura revela que o segundo método é mais preciso na colocação da sonda a nível gástrico e que o primeiro leva a um maior número de posicionamentos a nível esofágico, aumentando assim o risco de aspiração (Ellet et al., 2012).

- Verificação do posicionamento da SNG: Os métodos para verificação do posicionamento da SNG variam de instituição para instituição e de profissional para profissional. Os métodos mais comuns incluem auscultação, aspiração e visualização dos resíduos gástricos, teste com tira de pH dos resíduos gástricos e radiografia (Irving et al., 2014). Está desaconselhado o uso da auscultação e da aspiração e observação do conteúdo gástrico uma vez que a sua utilização não garante o correto posicionamento da SNG. Atualmente o *gold standard* para verificação do posicionamento da SNG é a radiografia (Irving et al., 2018), no entanto não é o método mais seguro nem mais prático, uma vez que a exposição a radiações deixa dúvidas se será a melhor opção na idade pediátrica bem como a possibilidade de erros na interpretação da radiografia

por fraca colaboração da criança e que pode levar a maus posicionamentos (Cohen e Ellett, 2012). A utilização de tiras de pH para testar o conteúdo gástrico é um método baseado na evidência para verificação do posicionamento da SNG (Irving et al., 2018). A literatura revelou que um $\text{pH} \leq 5.5$ obtido de uma aspiração gástrica por SNG é um indicador fiável do correto posicionamento da SNG no estômago (Renner, 2010; Simons e Abdallah, 2012; Metheny, 2016).

Se o utente estiver a receber alimentação contínua esta deve ser interrompida entre 15-20 min antes da aspiração para teste de pH. Em caso de dúvida ou impossibilidade de aspirar conteúdo gástrico deve-se recorrer à radiografia para confirmação do posicionamento da SNG (Irving et al., 2018).

A otimização da sonda nasogástrica inclui verificação e higiene do local de inserção, lavagem da sonda para manutenção da sua permeabilidade e monitorização de complicações (Ernstmeyer e Christman, 2021).

A verificação do local de inserção e a sua limpeza deve ser realizado diariamente para observação de possíveis complicações (como úlcera de pressão na asa do nariz e compromisso da integridade da pele no local do adesivo) pelo que a fixação deve ser trocada diariamente e deve ser feita a limpeza do local com água tépida, deixando secar ao ar e só depois aplicar novo adesivo (Ernstmeyer e Christman, 2021). A fixação não deve permitir que a sonda fique em pressão contra as paredes da narina (Boullata et al., 2016).

A permeabilidade da sonda pode ficar comprometida por diversos motivos, entre os quais uma lavagem inadequada do lúmen da mesma (Ernstmeyer e Christman, 2021). A forma mais eficaz e recomendada para a lavagem da sonda é a utilização de água. No caso dos lactentes com menos de 6 meses, a ingestão de água é desnecessária e pode mesmo comprometer a ingestão nutricional (Alberta Health Services, 2013) pelo que deve ser utilizada apenas a quantidade necessária para lavagem do comprimento da sonda gástrica (Boullata et al., 2016), sendo que esta água deve ser o mais estéril possível até aos 4 meses para evitar possíveis infeções gastrointestinais (Alberta Health Services, 2013).

A troca da sonda gástrica deve ser efetuada conforme o material de que é feita, ou seja, se a sonda é de PVC, esta deve ser utilizada até 10 dias devendo ser trocada nesta altura se ainda se mantiver a sua necessidade. Caso seja de poliuretano pode permanecer até 6 a 8 semanas, devendo ser trocada nesta altura (Best, 2019).

3.5. Domínios

Início
25-09-2023 21:30

Domínios
Eliminação intestinal

Fim

Início	Domínios	Fim
25-09-2023 21:30	Eliminação urinária	
25-09-2023 21:30	Sono	
25-09-2023 21:30	Lactente	
25-09-2023 21:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
25-09-2023 21:30	Digestão	
25-09-2023 21:30	Pele e mucosas	
25-09-2023 21:30	Sensações somáticas	
25-09-2023 21:30	Metabolismo	
25-09-2023 21:30	Desenvolvimento físico	
25-09-2023 21:30	Reflexo de sucção	

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

Eliminação intestinal

A medicação que está a ser administrada à Mariana pode provocar efeitos a nível da eliminação intestinal, pelo que este foco deve ser alvo da nossa atenção.

Eliminação urinária

A avaliação da eliminação urinária pode ser indicador da hidratação da criança.

Sono

O sono, definido pela CIPE (ICN, 2019) como “Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.” A hospitalização pode alterar os hábitos de sono devido aos estímulos sonoros e luminosos, bem como à necessidade de manipulações frequentes da criança (Meltzer et al., 2012). Para além disso importa vigiar possíveis efeitos adversos da terapêutica administrada.

Lactente

Define-se como lactente o período que decorre desde os 29 dias de vida até aos 12 meses de idade da criança (Hockenberry et al., 2019).

A Mariana encontra-se no período de desenvolvimento de lactente pelo que tem necessidades próprias da idade que precisam ser asseguradas, devido à dependência e vulnerabilidade características desta faixa etária.

Sondas, Drenos e Cateteres

A Mariana tem uma SNG para alimentação que lhe foi colocada no SU.

Digestão

A Mariana apresentou episódios de vômito no SU.

Pele e mucosas

A Mariana apresenta um hemangioma ulcerado no lábio inferior. Para além disso o estado da pele e das mucosas podem ser indicativos do estado de hidratação da criança.

Sensações somáticas

A Mariana apresenta um hemangioma ulcerado que provoca dor. Para além disso apresenta comportamento sugestivo de cólica, que a mãe refere ser frequente no domicílio.

Desenvolvimento físico

A Mariana recorreu ao SU por recusa alimentar, o que lhe provocou uma diminuição do peso corporal. A avaliação do peso é um dado útil para avaliação da ingestão alimentar.

Metabolismo

A Mariana encontra-se a fazer Propanolol para controlo do hemangioma, o que, associado à recusa alimentar (motivo de ida ao SU) e ao vômito pode levar a episódios de hipoglicemia.

Reflexo de Sucção

Devido à grande dimensão do hemangioma da Mariana esta apresenta dificuldades na sucção. Este foco deve voltar a ser avaliado quando a condição que o compromete for resolvida.

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Manifesta dor.

25-09-2023 21:30 - Dor

25-09-2023 21:30 - Expressão facial: Tremor frequente do queixo ou mandíbula cerrada.

25-09-2023 21:30 - Movimento dos membros: Pernas inquietas ou agitadas ou tensas.

25-09-2023 21:30 - Choro/vocalização: Choro persistente ou gritos ou soluços ou queixas frequentes .

25-09-2023 21:30 - Atividade: Curvado ou rígido ou com movimentos bruscos.

25-09-2023 21:30 - Consolabilidade: Difícil de consolar ou confortar.

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução da dor

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da dor [Às 22.30h e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Diminuir dor [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Gerir analgesia [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Executar massagem [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Posicionar para aliviar a dor [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Promover papel parental especial: gestão da dor

25-09-2023 21:30 - 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.

25-09-2023 21:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora]

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [Sem horário]

26-09-2023 07:00

26-09-2023 07:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Reflexo de sucção

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Com acanolamento da língua.

25-09-2023 21:30 - Com peristaltismo da língua.

25-09-2023 21:30 - Sem força de sucção.

25-09-2023 21:30 - Reflexo de sucção comprometido

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução do reflexo de sucção

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [Após a cicatrização da ferida]

Digestão

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

25-09-2023 21:30 - Presença de vômito.

25-09-2023 21:30 - Vomitar

25-09-2023 21:30 - Vômito em moderada quantidade.

25-09-2023 21:30 - Tipo de vômito: alimentar.

25-09-2023 21:30 - Ausência de vômito em jato.

25-09-2023 21:30 - Determinar vômitos

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do vomitar [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]

25-09-2023 21:30 - Diminuir episódios de vômito [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Planear dieta [Sem horário] [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Prevenir aspiração [FIM] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [Sem horário] [FIM]

26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações do vomitar

25-09-2023 21:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de aspiração: facilitador.

25-09-2023 21:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de desidratação: facilitador.

26-09-2023 07:00

26-09-2023 07:00 - Sem vômitos.

Eliminação intestinal

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem horário]

26-09-2023 07:00

26-09-2023 07:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

Eliminação urinária

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Urina em moderada quantidade.

25-09-2023 21:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

25-09-2023 21:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem horário]

26-09-2023 07:00

26-09-2023 07:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

26-09-2023 07:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

25-09-2023 21:30 - Ferida traumática

25-09-2023 21:30 - Localização da ferida traumática

25-09-2023 21:30 - Lábio Inferior

25-09-2023 21:30 - Comprimento da lesão tegumentar: 3.00 cm.

25-09-2023 21:30 - Largura da lesão tegumentar: 1.50 cm.

25-09-2023 21:30 - Exsudado em pequena quantidade.

25-09-2023 21:30 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: hemático.

25-09-2023 21:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

25-09-2023 21:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

25-09-2023 21:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

25-09-2023 21:30 - Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de granulação.

25-09-2023 21:30 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão

tegumentar.

25-09-2023 21:30 - Tecido / estrutura afetada: mucosa.

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução da ferida traumática

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da ferida traumática [1x turno e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Promover cicatrização da ferida traumática

25-09-2023 21:30 - Executar tratamento da ferida traumática [1x turno e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Promover papel parental especial: gestão da cicatrização da ferida traumática

25-09-2023 21:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida traumática: facilitador.

Metabolismo

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Glicemia capilar: 81 mg/dl.

25-09-2023 21:30 - Glicemia

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução da glicemia

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução da glicemia [Agora e em SOS]

25-09-2023 21:30 - Controlar glicemia

25-09-2023 21:30 - Administrar solução com glicose [SOS]

Sono

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Dormiu por períodos longos.

25-09-2023 21:30 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

25-09-2023 21:30 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 26-09-2023 07:00

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução do sono

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do sono [Sem horário]

26-09-2023 07:00

26-09-2023 07:00 - Dormiu por períodos longos.

26-09-2023 07:00 - Sono reparador [MELHOROU].

Desenvolvimento físico

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Peso: 5.50 Kg.

25-09-2023 21:30 - Percentil do peso: P(25).

25-09-2023 21:30 - Crescimento

25-09-2023 21:30 - Determinar evolução do crescimento

25-09-2023 21:30 - Avaliar evolução do crescimento [2/2 dias]

Lactente

25-09-2023 21:30

25-09-2023 21:30 - Lactente

25-09-2023 21:30 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

25-09-2023 21:30 - Alimentar cliente [2/2h]

25-09-2023 21:30 - Implementar estratégias de promoção do sono [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Implementar medidas de segurança [Sem horário]

25-09-2023 21:30 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o

choro

25-09-2023 21:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador.

25-09-2023 21:30 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

25-09-2023 21:30 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

3.7. Especificação das intervenções

Alimentar cliente

- Por sonda nasogástrica;
- Leite adaptado 20ml na 1ª administração;
- Leite adaptado 50ml nas administrações seguintes se não apresentar vômito na 1ª administração.

Administrar solução com glicose

- Em caso de glicemia < 50 mg/dl.
- De acordo com indicação médica.

Executar tratamento da ferida traumática

- Limpeza da ferida com compressas embebidas em soro fisiológico tépido.

Planejar dieta

- Administrar alimentação de forma fracionada;
- iniciar a alimentação com 20ml de leite adaptado (habitual da criança) por gavagem e aguardar tolerância;
- Se tolerou a administração anterior faz 50ml de leite adaptado por gavagem a cada 2h.

Posicionar para prevenir a aspiração

- Na criança com SNG a cabeceira do berço deve ser mantida com elevação de 30º para prevenção da aspiração;
- Após a alimentação a criança deve ser colocada para eructar numa posição vertical;
- No caso de vômito a criança deve ser lateralizada ou verticalizada com a cabeça inclinada para a frente.

Otimizar sonda gástrica

- Manter a permeabilidade da sonda através de lavagens com água estéril após administração da alimentação e da medicação.
- Verificar a fixação da sonda;
- Verificar o local de inserção da sonda para identificação de possíveis zonas de pressão.

Instruir mãe/pai a otimizar a sonda gástrica

- Demonstrar e explicar como deve verificar o correto posicionamento da sonda;
- Demonstrar e explicar como deve recortar o adesivo para fixação da sonda;

- Demonstrar e explicar como deve ser feita a fixação da sonda e quando deve ser trocada;
- Demonstrar e explicar como deve ser feita a lavagem da sonda, reforçando a sua importância;
- Explicar sinais de complicações no local de inserção da sonda.

Treinar mãe/pai a otimizar sonda gástrica

- Supervisionar a mãe a otimizar a sonda gástrica;
- Esclarecer dúvidas;
- Elogiar o desempenho da mãe.

Executar massagem

- Massagem abdominal

Gerir analgesia

- Administrar paracetamol 83mg

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

- Estratégias não farmacológicas para alívio da cólica:
- Ensinar sobre massagem abdominal;
- Ensinar sobre estimulação intestinal;
- Ensinar sobre aplicação de calor;
- Ensinar sobre contenção da criança (Swaddle).

Posicionar para aliviar a dor

- Colocar a M deitada em decúbito ventral com as pernas fletidas sob o abdomen;
- Deitar a M no antebraço realizando pressão na zona abdominal

Instruir a mãe/pai a alimentar por sonda gástrica

- Demonstrar e explicar o procedimento de alimentação por sonda gástrica

Treinar mãe/pai a alimentar por sonda gástrica

- Supervisionar a mãe a alimentar por sonda gástrica;
- Esclarecer dúvidas
- Elogiar desempenho da mãe.

3.8. Síntese relativa ao caso

Indicadores de Resultado

Dor

Que a M se apresente sem dor.

Glicemia

Que a M não apresente episódios de hipoglicemia.

Vomitar

Que a M não apresente vômito;

Que a M não apresente aspiração em caso de vômito.

Ferida traumática

Que a ferida traumática cicatrize sem intercorrências.

Sono comprometido

Que a M apresente sono tranquilo.

Lactente

Que a M apresente as necessidades básicas satisfeitas.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

Que a mãe da M. apresente conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor: massagem abdominal;

Que a mãe da M. apresente conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor: contenção do bebê;

Que a mãe da M. apresente conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor: estimulação intestinal;

Que a mãe da M. apresente conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor: Aplicação de calor.

Sonda gástrica

Que a M não apresente complicações associadas à sonda nasogástrica;

Que a sonda da M. esteja funcionando.

Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda gástrica

Que a mãe da M seja capaz de trocar a fixação da sonda nasogástrica;

Que a mãe da M seja capaz de realizar a lavagem da sonda nasogástrica;

Que a mãe da M seja capaz de verificar o correto posicionamento da sonda nasogástrica;

Que a mãe da M seja capaz de evitar complicações associadas à sonda nasogástrica.

Potencial da mãe/pai para melhorar a capacidade para alimentar por sonda gástrica

Que a mãe da M seja capaz de alimentar por sonda nasogástrica.

Reflexão sobre aspetos específicos desta conceção de cuidados

Quanto à dor sentida pela M., esta apresenta dor associada à presença da ferida traumática e dor associada a cólica abdominal. Deste modo as intervenções de massajar e posicionar têm como objetivo o alívio da dor abdominal.

Quanto à colocação da sonda nasogástrica para alimentação da criança enquanto a ferida no lábio cicatriza, esta pressupõe que a mãe adquira a capacidade para o fazer após o regresso a casa. Assim, torna-se imperativo que a sua capacidade seja avaliada e caso necessite de ser melhorada e seja o momento adequado para intervir, lhe sejam realizados ensinamentos. Desta forma foi necessário identificar esta necessidade sob o foco dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica: sonda gástrica. Neste foco observa-se a existência de dados para avaliação da capacidade e autoeficácia para otimização da sonda, mas não acerca da alimentação pelo que surgiu necessidade de os introduzir criando um novo diagnóstico com novos objetivos e novas intervenções.

Foi verificado a existência de um pequeno erro, nesta conceção de cuidados, que pelas limitações da plataforma não é possível de ser corrigido: no domínio do Sono, na avaliação da primeira sessão pode ler-se "25-09-2023 21:30 - Dormiu por períodos longos.", quando a opção selecionada deveria ser "Dormiu por curtos períodos".

4. CASO CLÍNICO 2: INTERNAMENTO PEDIATRIA

A Zara (nome fictício), tem 2 anos e encontra-se no 1º dia de internamento por impactação fecal. Está acompanhada pela mãe.

4.1. Enquadramento teórico

Caso Clínico

A Zara (nome fictício), tem 2 anos e encontra-se no 1º dia de internamento por impactação fecal. Está acompanhada pela mãe.

São imigrantes, a residir em Portugal há 10 anos no entanto com alguma dificuldade na comunicação em Português e em Inglês (só é fluente na língua materna). A Zara não fala português, apenas fala a língua materna, mas aparenta entender o que lhe é dito.

O agregado familiar tem uma dieta ovolactovegetariana, incluindo a Zara.

Foi possível perceber que foi iniciado o treino de controlo de esfíncteres à Zara há cerca de 2 meses.

A mãe acompanha a Zara no internamento, no entanto tem de se ausentar por períodos para dar apoio aos 2 filhos que tem no domicílio, ficando a Zara aos cuidados da equipa de enfermagem.

Impactação fecal

A impactação fecal é definida como sendo obstipação severa com presença de uma grande massa fecal, que pode ser detetada por palpação abdominal ou toque retal e que é pouco provável de ser evacuada autonomamente (Benninga et al., 2005).

A obstipação é considerada um sintoma e não uma doença. Esta pode ser dividida em 2 tipos: orgânica e funcional. A obstipação orgânica (cerca de 5% dos casos de obstipação) pode ser resultante de malformações estruturais, causas neurológicas, metabólicas ou distúrbios intestinais. A obstipação funcional (cerca de 95% dos casos) corresponde à dificuldade em defecar devido a outras causas que não as orgânicas, sendo que as crianças estão mais suscetíveis a este problema em 3 períodos específicos: na introdução alimentar, na altura de

desfralde e ao começarem a frequentar a escola (Consolini, 2022). Outros fatores que podem precipitar a obstipação funcional tais como: eventos de vida stressantes, abuso sexual ou maus tratos, fatores comportamentais da criança e o estilo parental dos pais. Para além destes fatores, outros existem que podem potenciar a ocorrência de obstipação na criança como a dieta, a atividade física, microbiota intestinal anormal, entre outros (Rajindrajith et al., 2022)

O diagnóstico de obstipação funcional é realizado através dos critérios de Rome IV, encontrados no quadro abaixo (Geus et al., 2023):

< 4 anos (Devem apresentar 2 ou mais critérios por 1 ou mais meses anteriormente ao diagnóstico)	≥ 4 anos (Deve apresentar 2 ou mais critérios pelo menos uma vez por semana por 1 ou mais meses anteriormente ao diagnóstico)
< 3 defecações por semana; História de retenção fecal excessiva; História de defecações dolorosas ou endurecidas; História de fezes de grande diâmetro; Presença de grande massa fecal no reto; Em crianças com continência de esfíncteres ≥ 1 episódio de incontinência fecal por semana após aquisição do controlo de esfíncteres; História de fezes de grande diâmetro, que podem obstruir a sanita.	< 3 defecações por semana; ≥ 1 episódio de incontinência fecal por semana; História de defecações dolorosas ou endurecidas; Presença de grande massa fecal no reto; História de fezes de grande diâmetro, que podem obstruir a sanita; História de postura de retenção fecal ou retenção fecal intencional excessiva.

Quadro 1. Critérios de Rome IV para o diagnóstico de obstipação funcional (transcrito de Geus et al. 2023).

A obstipação funcional é comum na infância, contando com uma prevalência global de cerca de 9.5%. É caracterizada pela presença de dejeções dolorosas e pouco frequentes, incontinência fecal, comportamentos de retenção fecal e passagem ocasional de fezes de grande diâmetro (Rajindrajith et al., 2022).

As crianças podem adiar a defecação porque pode ser uma ação dolorosa (devido a fezes duras) ou por não quererem interromper as brincadeiras. Para tal, contraem o esfíncter anal forçando a subida das fezes para uma posição mais alta na ampola retal. A persistência deste comportamento provoca um aumento no diâmetro do reto para acomodar as fezes retidas, levando a uma diminuição da vontade para defecar e endurecendo as fezes. Assim, forma-se um círculo vicioso de dor ao defecar e de retenção das fezes, agravando a obstipação. Ocasionalmente, fezes líquidas passam em volta das fezes impactadas levando a perdas involuntárias (Consolini, 2022).

O tratamento não farmacológico é o tratamento de primeira linha na gestão da obstipação funcional. Segundo Tabbers et al. (2014) as guidelines da European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e da North American Society for

Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) recomendam ingestão adequada de fibras e hidratação, bem como atividade física adequada em combinação com educação e desmistificação e sugerem acrescentar treino intestinal em crianças com idade igual ou superior a 4 anos (Geus et al., 2023). Desta forma deve-se garantir um aporte adequado de fibras, sendo que o seu excesso não traz benefícios e nas crianças com impactação fecal deve ser evitado pois pode agravar os sintomas; hidratação adequada e limitação da ingestão de leite de vaca, especialmente se a sua ingestão for excessiva uma vez que se tem verificado que este alimento pode provocar alterações da mucosa intestinal podendo provocar inflamação da mesma (Leung & Hon, 2021).

Aporte adequado de fibras em idade pediátrica:

Idade (em anos)	Quantidade de fibras (grama/dia)
1-3	10
4-6	14
7-10	16
11-14	19
15-17	21

Quadro 2. Necessidade de fibras em idade pediátrica (adaptado de European Food Safety Agency [EFSA], 2017).

Aporte adequado de água em idade pediátrica:

Idade	Quantidade de água (Litros/dia)
6-12 meses	0.8 - 1.0
1 ano	1.1-1.2
2-3 anos	1.3
4-8 anos	1.6
9-13 anos	1.9-2.1
14-17 anos	2.0-2.5

Quadro 3. Necessidade de água em idade pediátrica (adaptado de EFSA, 2017).

A educação deve ser realizada aos pais e às crianças de forma adequada à idade (Leung & Hon, 2021):

A criança não deve ignorar a vontade de defecar uma vez que a repetição deste comportamento pode levar a uma menor responsividade cerebral a este estímulo;

A criança não deve ser apressada a utilizar a casa de banho e deve ter privacidade;

Deve-se pedir à criança que se sente na sanita todos os dias por volta da mesma hora (de preferência após uma refeição, de forma a se aproveitar o reflexo gastro-cólico), durante pelo menos 10 minutos;

A criança deve adotar um posicionamento correto: pernas dobradas e com os joelhos acima da linha da anca (pode ser utilizado um banco de apoio);

Os pais devem fazer da defecação uma atividade positiva, com a utilização de música ou a leitura de um livro;

Se a obstipação surgir em altura de desfralde este deve ser interrompido até restabelecimento do padrão intestinal.

O tratamento farmacológico surge quando o tratamento não farmacológico não surtiu efeito. Este consiste em três etapas: desimpactação, manutenção e, se possível, o desmame (Geus et al., 2023).

Desimpactação: Em crianças com impactação fecal deve ser realizada uma limpeza intestinal inicial antes do início da terapia de manutenção de forma a esta ser mais eficaz. Nesta fase podem ser utilizadas medicações orais (com recurso a polietilenoglicol, lactulose, hidróxido de magnésio, entre outros), retais (enemas) ou uma combinação de ambas (Leung & Hon, 2021). A via oral é melhor tolerada e menos invasiva, no entanto são necessários vários dias para que surja efeito, enquanto que a via retal é mais rápida, no entanto mais invasiva menos bem tolerada pelas crianças (Poddar, 2016). A estimulação retal pode ser necessária para remover as fezes duras (Leung & Hon, 2021).

Manutenção: Após uma desimpactação com sucesso é necessário continuar com tratamento de manutenção. As guidelines da ESPGHAN/NASPGHAN recomendam a utilização de polietilenoglicol, devido à sua efetividade, podendo ser utilizados outros laxantes osmóticos, como a lactulose, quando o polietilenoglicol não estiver disponível. não existe um período definido como ideal para realização da terapia de manutenção, no entanto as crianças devem ser reavaliadas para verificação da necessidade de se manter a terapêutica e as crianças que se encontram em processo de desfralde devem manter a medicação até à aquisição do controlo dos esfíncteres (Geus et al., 2023).

Desmame: A manutenção deve durar cerca de 2 meses, uma vez que o término precoce da terapêutica de manutenção pode levar a recorrência do episódio. Deve ser considerado o desmame quando a criança já não apresenta critérios de Rome IV durante pelo menos 1 mês, devendo ser diminuída gradativamente a dose dos laxantes (Leung & Hon, 2021).

A criança do 1 aos 3 anos de idade (Período *todtler*)

Caracteriza-se pela exploração intensa do ambiente, da atenção que lhe presta e pela apreensão dos comportamentos de quem a rodeia, tanto positivos como negativos (Silva, 2020).

Neste período a visão binocular já está bastante desenvolvida, no entanto, a perceção de profundidade continua a desenvolver-se, pelo que as quedas continuam a ser um perigo para a

criança. A audição, o tato, o paladar e o olfato estão mais desenvolvidos e mais coordenados entre si e todos estes sentidos são utilizados para explorar o ambiente. Há o desenvolvimento por preferências alimentares a determinados alimentos com sabores específicos, texturas e cheiros (Hockenberry et al., 2019).

O processo digestivo está mais completo neste período. A acidez gástrica continua a aumentar, tendo a capacidade de destruir diversos tipos de bactérias e a capacidade do estômago aumenta para conseguir acomodar 3 refeições principais (Hockenberry et al., 2019).

Nesta fase, uma das mudanças mais relevantes é a aquisição do controlo voluntário da eliminação, atingindo-se gradualmente o controlo dos esfíncteres anal e uretral através da progressiva mielinização da medula espinhal, sendo que esta competência, se atinge entre os 18 e os 24 meses de idade (Hockenberry et al., 2019).

Treino de controlo de esfíncteres / Desfralde

O treino de controlo de esfíncteres ou desfralde, é um processo complexo que pode ser influenciado por características anatómicas, fisiológicas e comportamentais (Kiddooo, 2011). A orientação antecipada dos pais para este processo é de extrema importância pois ajuda a preparar os pais, a desmistificar concepções erradas e a desenvolver expectativas apropriadas, reduzindo o risco de o transformar num processo frustrante (Hockenberry et al., 2019).

Nos últimos 70 anos verificou-se um aumento na idade em que esta competência é adquirida, podendo dever-se ao facto de muitos pais não terem a certeza de quando devem iniciar o treino de controlo de esfíncteres e por isso atrasam o seu início. A idade por si não deve ser o único critério para decidir o início deste treino, mas sim a identificação de certos sinais desenvolvimentais na criança. Alguns desses sinais são:

dizer não; apresentar vocabulário amplo; completar tarefas e ficar orgulhoso de novas capacidades; colocar coisas onde elas pertencem; expressar uma necessidade e ter perceção de evacuar; mostrar interesse no treino; querer estar limpo e indicar quando a fralda está suja ou molhada; e descer e subir as calças relacionado com a necessidade de evacuar (Wyndaele et al., 2020).

O treino de controlo de esfíncteres é uma causa importante de obstipação funcional uma vez que a recusa de dejeção ocorre em aproximadamente 25% das crianças durante este período (Philichi, 2018). Para além disso, o início precoce do desfralde pode provocar ansiedade e stress na criança resultando em comportamentos de retenção fecal (Petersen, 2014).

Desenvolvimento psicossocial

Se a necessidade de confiança foi satisfeita durante o período de lactente a criança está pronta a substituir a dependência por autonomia, superando a dúvida e a vergonha. No período *toddler* a criança deve começar a diferenciar-se dos outros, em específico da mãe; tolera

separar-se dos pais; controla funções corporais; adquire comportamentos socialmente aceitáveis; domina a comunicação verbal e interage com os outros de maneira menos egocêntrica (Hockenberry et al., 2019).

Desenvolvimento cognitivo

Neste período a criança encontra-se entre duas fases identificadas por Piaget: o final da fase sensório-motora (até aos 24 meses aproximadamente) e o início da fase pré-operatória. Isto significa que a criança não consegue pensar no abstrato. A solução de problemas baseia-se no que vê e ouve diretamente. As características do pensamento pré-operatório são:

Egocentrismo - não conseguem visualizar situações pela perspectiva de outra pessoa;

Raciocínio transdutivo - ligação de factos que não mantêm ligação entre eles;

Organização global - mudar qualquer parte do todo muda o todo inteiro;

Centrar-se - Focar apenas um aspecto em vez de considerar todos os aspetos;

Animismo - atribui qualidades vivas a objetos inanimados;

Irreversibilidade - Incapacidade de reverter ações fisicamente iniciadas;

Pensamento mágico - Acreditam que os pensamentos são poderosos e podem causar eventos;

Incapacidade de manter - Incapacidade em entender que um objeto pode alterar a sua forma sem alterar a sua quantidade (Hockenberry et al., 2019).

Impacto da hospitalização na criança e na família

A hospitalização da criança é um evento crítico com repercussões para a criança e a família. A criança é retirada do seu núcleo familiar, sendo inserida num ambiente desconhecido, submetida a procedimentos invasivos que são geradores de desconforto físico e psicológico. Em consequência podem surgir sinais e sintomas como ansiedade, perda de peso, alterações do humor, desenvolvimento de fobias e inseguranças (Rodrigues et al., 2020).

Não só a criança hospitalizada, mas também a família desta sofrem com uma série de mudanças que interferem na sua dinâmica familiar. Os pais vivenciam sentimentos de culpa, revolta e tristeza associados à necessidade de hospitalização da criança (Jorge, 2004). Os enfermeiros devem ter como preocupação conhecer os medos, dificuldades, sentimentos e necessidades da família, de forma a melhor adequar as suas intervenções e minimizar estes sentimentos negativos (Cardoso, 2010).

Dieta ovolactovegetariana

A diversidade de padrões alimentares é uma característica da cultura humana, existindo várias formas do ser humano se alimentar de forma saudável. Uma alimentação saudável é aquela que tem em consideração as necessidades individuais de cada pessoa, devendo ser suficiente, equilibrada, diversificada e adaptada a cada situação e circunstância (DGS, 2015a).

A dieta ovolactovegetariana é uma dieta semivegetariana que permite a ingestão de ovo, leite e seus derivados. Desta forma excluem-se da dieta a carne e o peixe (DGS, 2019c). As fontes de macronutrientes nesta dieta encontram-se explícitas no Quadro 4.

Macronutrientes	Fonte na dieta ovolactovegetariana
Proteína	Leguminosas, produtos à base de soja, cereais integrais, pseudocereais como a quinoa, o amaranto e o trigo sarraceno, frutos gordos, sementes, laticínios e ovos
Gordura	Óleos e cremes vegetais, frutos gordos, sementes
Ácidos Gordos Essenciais	Algas, microalgas, sementes e óleos de linhaça, chia e cânhamo, soja óleo de soja, nozes e beldroegas
Hidratos de Carbono	Cereais e seus derivados, tubérculos, leguminosas e frutas

Quadro 4. Fontes alimentares por macronutriente na dieta Ovolactovegetariana (Adaptado de DGS, 2015a).

A adoção de um padrão alimentar à base de plantas, devidamente adequado à faixa etária, tem vindo a ser associado a benefícios para a saúde (Sabaté, 2010), no entanto também têm vindo a ser identificadas carências nutricionais e energéticas decorrentes deste tipo de dieta (Cofnas, 2019).

Cuidados culturalmente sensíveis

Considera-se uma abordagem culturalmente sensível quando cliente e profissional de saúde, de diferentes culturas, interagem com o objetivo de construir uma relação terapêutica de qualidade (Uzun & Sevinç, 2015). Esta relação terapêutica é influenciada pelas diferenças culturais dos clientes e dos profissionais, sendo que os cuidados individualizados surgem quando ambos reconhecem, aceitam e ultrapassam essas diferenças (Claeys et al., 2020).

Este conceito tem vindo a revelar-se cada vez mais importante na prática de enfermagem, tendo em conta o fenómeno de globalização a que se tem vindo a assistir, sendo que a enfermagem transcultural tem vindo a tornar-se uma componente chave na área da saúde (Vilelas & Janeiro, 2012). Surge assim o conceito de competência cultural, que é definida como “a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim para prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas” (Leininger, 2002 como cit em Vilelas e Janeiro, 2012, p. 121).

Neste caso em concreto, a criança e a sua família são muçulmanos, pelo que me irei cingir a esta especificidade.

No que diz respeito às famílias muçulmanas, importa mencionar que estão relacionadas com o islamismo. Isto significa obediência, dedicação e lealdade a Alá (Kung, 2017), sendo o Islão um código de vida que conduz todas as áreas da vida dos muçulmanos (matrimónio, sexualidade, gravidez, entre outros) (Paiva & Barbosa, 2017). Prestar cuidados culturalmente sensíveis a estas famílias inclui a transposição das barreiras linguísticas, o conhecimento das crenças, hábitos, mitos e tabus que envolvem os comportamentos de saúde (Silva et al., 2021).

O conhecimento acerca da crenças islâmicas acerca da saúde, da doença, da dieta, a influência da medicina tradicional e as questões da privacidade permitem que o profissional de saúde seja capaz de prestar cuidados culturalmente sensíveis (Ezenkwele & Roodsari, 2013 como cit em Attum et al., 2023).

Apresenta-se no quadro abaixo um resumo das considerações acerca da cultura islâmica/muçulmana.

Questões comportamentais	Deve-se minimizar o contacto visual e físico entre sexos opostos, sempre que possível; Durante um exame físico é preferível que este seja realizado por um profissional do mesmo sexo do cliente; O uso da mão esquerda é visto como sujo. De forma a evitar ofensa deve utilizar-se a mão direita para administração de medicação, entregar objetos ao cliente e assistir com a alimentação.
Dieta	Está proibida a carne de porco e outro tipo de carnes que não seja de origem Halal. Isto significa que o animal deve ter sido morto em nome de Alá. Neste caso não se aplica uma vez que a família tem uma dieta ovolactovegetariana.
Religião	Devem rezar cinco vezes por dia, o que pode interferir com rotinas hospitalares, pelo que pode ser necessário ajustar algumas delas; Deve ser providenciado um espaço com privacidade e sem interrupções.
Crenças acerca da doença	Vêm os profissionais de saúde como ajudantes da vontade de Alá; Vêm a doença e o sofrimento como um teste de Alá.
Privacidade	São indivíduos muito modestos na forma de vestir, pelo que se for necessária a remoção de alguma peça de roupa, deve acontecer pelo menor tempo possível.

Quadro 5. Considerações acerca da cultura islâmica relevantes neste caso clínico (Adaptado de Attum et al., 2023).

4.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 2 anos | Feminino

Mãe/Pai

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Figura parental principal: mãe.

28-10-2023 13:00 - Número de outros filhos: 2.

28-10-2023 13:00 - Filho(s) escolar.

28-10-2023 13:00 - Papel parental partilhado.

28-10-2023 13:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

28-10-2023 13:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Figura parental principal: mãe.

01-11-2023 21:00 - Número de outros filhos: 2.

01-11-2023 21:00 - Filho(s) escolar.

01-11-2023 21:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

01-11-2023 21:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Medicação

Início

2023-10-28 13:00:00

2023-10-28 13:00:00

2023-11-01 21:00:00

Medicação

Enema (150ml de NaCl + 20ml de lactulose) 12/12h

Macrogol 2 saquetas 8/8h

Paracetamol 40mg/ml PO - 280mg em caso de dor

Fim

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Macrogol

Segundo o Infarmed (2023b), o Macrogol é um laxante osmótico utilizado no tratamento sintomático da obstipação em crianças dos 6 meses aos 8 anos de idade.

Tem como contra indicações: hipersensibilidade, íleo paralítico, obstrução intestinal, estenose intestinal sintomática, doença inflamatória intestinal grave, megacolon tóxico, perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva.

Os efeitos indesejáveis incluem dor abdominal, diarreia, vômitos, distensão abdominal, náuseas, distúrbios eletrolíticos e reações de hipersensibilidade.

Enema

Um enema é a administração de um líquido por via retal com o objetivo de ajudar na eliminação intestinal ou para administração de medicação (Mitchell, 2019).

A sua administração está contraindicada nos casos de íleo paralítico, obstrução intestinal, doença inflamatória intestinal, assim como em situações em que exista retorragia e cirurgia abdominal recente (Dougherty and Lister, 2015).

Aspetos a ter em conta na administração de um enema:

A administração de medicamentos por via retal pode ser embaraçosa para a criança pelo que a sua privacidade deve ser assegurada;

O utente deve ser encorajado a esvaziar a bexiga (se for possível) uma vez que a realização do enema com a bexiga cheia pode causar desconforto abdominal;

Garantir que a temperatura do enema está próxima da temperatura corporal de forma a não provocar danos na mucosa intestinal;

Deitar o utente em decúbito lateral esquerdo com as pernas fletidas e a perna direita mais próxima do peito que a perna esquerda. Esta posição permite a introdução do enema de forma mais natural;

Lubrificar a ponta da sonda retal de forma a reduzir fricção que pode causar trauma na mucosa anal;

Expurgar o ar do sistema de administração do enema pois a sua introdução no intestino pode causar distensão e desconforto abdominal;

Instilar o líquido lentamente para não provocar desconforto (Mitchell, 2019).

Paracetamol

O Paracetamol é um medicamento antipirético e analgésico que está indicado no controlo da dor ligeira a moderada e da febre.

As contraindicações à sua toma são a hipersensibilidade ao princípio ativo ou aos excipientes e a insuficiência hepática grave.

Os efeitos indesejáveis incluem sonolência, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, obstipação, cefaleia, hipersudorese, hipotermia.

(Infarmed, 2023a)

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-10-2023 13:00	Sensações somáticas	
28-10-2023 13:00	Apetite	
28-10-2023 13:00	Eliminação intestinal	
28-10-2023 13:00	Período toddler	
28-10-2023 13:00	Eliminação urinária	
28-10-2023 13:00	Desenvolvimento físico	

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

Sensações somáticas

Este foi um foco de atenção uma vez que a Z. recorreu ao SU com dor abdominal. A impactação fecal pode causar dor abdominal assim como a medicação prescrita (macrogol) pode causar cólica.

Apetite

A Z. apresenta diminuição do apetite, sendo importante estar atento à ingestão alimentar da criança de forma a garantir um aporte adequado de fibras para facilitar a evacuação de fezes.

Eliminação intestinal

O motivo de internamento da Z é impactação fecal. A criança não apresentava dejeções há cerca de 15 dias e apresentava um fecaloma na ampola retal, assim como na região abdominal, onde era possível palpar uma massa dura de fezes.

Desta forma é importante vigiar a eliminação intestinal desta criança para se perceber quando se der a desimpactação de forma a iniciar terapêutica de manutenção.

Este foco surge também como importante para capacitar a mãe a vigiar a eliminação intestinal da filha no domicílio após o regresso a casa de forma a evitar comportamentos que possam causar uma recidiva da situação.

Período toddler

A Zara encontra-se no período toddler que se inicia aos 12 meses de idade e termina aos 3 anos. A mãe da Zara tem de se ausentar do internamento por períodos pelo que as necessidades básicas da criança têm de ser asseguradas pela equipa de enfermagem, como a alimentação, o dar banho, a troca da fralda, entre outros.

Eliminação urinária

Pela eliminação urinária (quantidade e características das micções) é possível perceber se a Z tem uma ingestão hídrica adequada, fator de extrema importância para a desimpactação e posteriormente prevenção de obstipação.

Desenvolvimento físico

Sendo que a Z apresenta diminuição do apetite, é importante avaliar o seu peso para perceber o seu estado nutricional durante o internamento.

4.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Sem manifestação de dor.

28-10-2023 13:00 - Determinar sinais de dor

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Sem horário]

01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Manifesta dor [PIOROU].

01-11-2023 21:00 - Dor

01-11-2023 21:00 - Expressão facial: Tremor frequente do queixo ou mandíbula cerrada.

01-11-2023 21:00 - Movimento dos membros: Aos pontapés ou pernas esticadas.

01-11-2023 21:00 - Choro/vocalização: Gemidos ou choramingos ou queixas ocasionais.

01-11-2023 21:00 - Atividade: Curvado ou rígido ou com movimentos bruscos.

01-11-2023 21:00 - Consolabilidade: Difícil de consolar ou confortar.

01-11-2023 21:00 - Determinar evolução da dor

01-11-2023 21:00 - Avaliar evolução da dor [às 22h e em SOS]

01-11-2023 21:00 - Diminuir dor

01-11-2023 21:00 - Gerir analgesia [Agora e em SOS]

01-11-2023 21:00 - Executar massagem [Agora e em SOS]

Apetite

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Ingeriu parte das refeições.

28-10-2023 13:00 - Apetite diminuído.

28-10-2023 13:00 - Apetite comprometido

28-10-2023 13:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Às refeições]

28-10-2023 13:00 - Determinar evolução do apetite

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do apetite [Às refeições]

28-10-2023 13:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [em SOS]

28-10-2023 13:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [em SOS]

01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Ingeriu parte das refeições.

01-11-2023 21:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

Eliminação intestinal

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Ausência de dejeções.

28-10-2023 13:00 - Presença de massa palpável de fezes no reto.

28-10-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem horário]

28-10-2023 13:00 - Obstipação

28-10-2023 13:00 - Determinar evolução da obstipação

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da obstipação [Sem horário]

01-11-2023 21:00 - Fezes: em grande quantidade.

28-10-2023 13:00 - Promover eliminação intestinal

28-10-2023 13:00 - Planear dieta [Contínuo]

28-10-2023 13:00 - Gerir hidratação [Contínuo]

28-10-2023 13:00 - Promover papel parental especial: gestão da obstipação

28-10-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

01-11-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-10-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-10-2023 13:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento

próprio para intervir.

28-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime dietético

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético [No próximo contacto]

01-11-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

28-10-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre regime dietético [Agora e em SOS]

28-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO] 01-11-2023 21:00

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso [No próximo contacto] [FIM] 01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

28-10-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso [Agora e em SOS] [FIM] 01-11-2023 21:00

28-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime de exercício [RESOLVIDO] 01-11-2023 21:00

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime de exercício [No próximo contacto] [FIM] 01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

28-10-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre regime de exercício [Agora e em SOS] [FIM] 01-11-2023 21:00

28-10-2023 13:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 01-11-2023 21:00

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal [No próximo contacto] [FIM] 01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador [MELHOROU].

28-10-2023 13:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal [Agora e em SOS] [FIM] 01-11-2023 21:00

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da obstipação [Contínuo]

01-11-2023 21:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da obstipação.

28-10-2023 13:00 - Impactação fecal

28-10-2023 13:00 - Determinar evolução da impactação fecal

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da impactação fecal [Sem horário]

28-10-2023 13:00 - Promover eliminação intestinal

28-10-2023 13:00 - Remover fecaloma [Agora]

28-10-2023 13:00 - Promover papel parental especial: gestão da impactação fecal

28-10-2023 13:00 - Capacidade da mãe/pai para remover fecaloma: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Consistência das fezes: Fezes em síbalas.

01-11-2023 21:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

01-11-2023 21:00 - Presença de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

Eliminação urinária

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Urina em moderada quantidade.

28-10-2023 13:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

28-10-2023 13:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

28-10-2023 13:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

28-10-2023 13:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x turno]

01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Urina em moderada quantidade.

01-11-2023 21:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

01-11-2023 21:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Peso: 13.45 Kg.

28-10-2023 13:00 - Percentil do peso: P(50).

01-11-2023 21:00

01-11-2023 21:00 - Peso: 13.40 Kg.

Período toddler

28-10-2023 13:00

28-10-2023 13:00 - Período toddler

28-10-2023 13:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

28-10-2023 13:00 - Alimentar cliente [em SOS]

28-10-2023 13:00 - Dar banho [em SOS]

28-10-2023 13:00 - Executar cuidados de higiene oral [em SOS]

28-10-2023 13:00 - Vestir/despir [em SOS]

28-10-2023 13:00 - Trocar fralda [em SOS]

28-10-2023 13:00 - Implementar medidas de segurança [Contínuo]

4.6. Especificação das intervenções

Gerir hidratação

- Garantir a ingestão de pelo menos 1.3L de água diariamente.

Planear dieta

- Solicitar ao serviço de nutrição dieta ovolactovegetariana adequada à faixa etária;
- Restringir ingestão de leite de vaca.

Referenciar compromisso do apetite ao médico

- Em caso de diminuição do apetite severa ou de recusa alimentar.

Ensinar mãe/pai sobre regime de exercício

- Ensinar a mãe que a Z deve, tanto quanto possível andar pelo serviço, podendo até utilizar a sala de brincar de forma a promover a motilidade intestinal.
- No domicílio deve também incentivar a atividade física, evitando estar muito tempo parada.

Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso

- Ensinar a mãe sobre macrogol:
- Ensinar à mãe que o macrogol pode causar cólica, bem como pode surgir escape de fezes líquidas;
- Ensinar a mãe sobre enemas:
- Explicar à mãe que os enemas servem para realizar limpeza intestinal, e neste caso para permitir a hidratação do fecaloma de forma a facilitar a sua saída;
- Explicar à mãe que a Z pode sentir algum desconforto durante a realização do enema;
- Ensinar a mãe sobre terapêutica de manutenção:
- Explicar à mãe que a Z irá realizar laxantes no domicílio para ajudar na eliminação de fezes e que o seu cumprimento é de extrema importância uma vez que, se não o fizer, poderá levar a situações de repetição do quadro atual.

Ensinar mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal

- Explicar à mãe que o período de desfralde é um período com maior risco de obstipação e impactação fecal pelo que deve ser tida mais atenção à frequência das dejeções, uma vez que a criança pode provocar retenção fecal por não querer interromper brincadeiras. Deverá por isso incentivar frequentemente o uso do WC, especialmente após as refeições de forma a tirar partido do reflexo gastro-cólico.
- Ensinar a mãe que deve estar atenta às características das fezes da Z: fezes duras ou de tamanho muito grande podem indicar necessidade de aumentar o aporte hídrico ou de fibras.

Executar massagem

- Massagem abdominal.

4.7. Síntese relativa ao caso

Indicadores de Resultado

Apetite comprometido

Que a Z ingira a totalidade das refeições.

Obstipação

Que a Z apresente dejeções de características normais.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Que a mãe refira que a ingestão excessiva de leite de vaca pode ser um fator agravante da obstipação.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

Que a mãe refira que a toma de macrogol pode provocar dor abdominal e escape de fezes líquidas;

Que a mãe refira o objetivo da realização dos enemas;

Que a mãe refira que os enemas podem provocar algum desconforto;

Que a mãe compreenda a importância da terapêutica de manutenção após a desimpactação.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

Que a mãe refira que a atividade física é um fator que facilita a evacuação de fezes e que por isso deve aumentar a atividade física da filha no internamento.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal

Que a mãe refira que o desfralde pode ser um fator precipitante da obstipação e impactação fecal;

Que a mãe refira que deve estar mais atenta à eliminação intestinal da Z, neste período;

Que a mãe refira que deverá incentivar frequentemente o uso do WC, especialmente após as refeições;

Que a mãe refira que fezes duras ou de tamanho muito grande podem indicar necessidade de aumentar o aporte hídrico ou de fibras.

Impactação fecal

Que a Z apresente evacuação dos fecalomas

Reflexão sobre aspetos específicos desta conceção de cuidados

No decorrer da hospitalização a criança é removida do seu ambiente familiar e social sendo inserida num ambiente desconhecido, sendo muitas vezes alvo de procedimentos invasivos (Rodrigues et al., 2020).

Muitas vezes, a hospitalização é a primeira crise que a criança enfrenta, sendo elas especialmente vulneráveis a estes stressores devido aos pobres mecanismos de coping que apresentam (Hockenberry et al., 2019).

Apresentam, assim, alterações do apetite, sono e humor demonstrando sinais e sintomas como ansiedade, diminuição da capacidade cognitiva, perda de autoestima, desenvolvimento de fobias e inseguranças e perda de peso (Rodrigues et al., 2020).

Desta forma, existiram focos de atenção que foram avaliados no caso concreto desta criança, mas que não foram documentados na conceção de cuidados pois se encontravam sem qualquer alteração, tais como o sono e o humor.

Para além disso, foi avaliada a capacidade da mãe para remover fecalomas, uma vez que a criança apresenta impactação fecal. A mãe referiu não saber como fazer e não ter interesse em aprender uma vez que na sua cultura não é visto como aceitável tal procedimento. Não se opunha à realização do mesmo na filha uma vez que entendia a sua necessidade, mas que não queria ser ela a fazê-lo, nem iria fazê-lo em circunstância alguma. Daí a classificação como "necessita de ser melhorada para progredir para a mestria, não é o momento próprio para intervir".

Para além do diagnóstico de "impactação fecal" foi também identificado o diagnóstico de "obstipação". Esta decisão teve por base dois motivos: o primeiro é que a impactação fecal é uma forma grave de obstipação, decorrendo da não resolução da mesma; o segundo porque após resolução da impactação fecal, a eliminação intestinal da criança deverá ser vigiada de perto pois poderá surgir novo episódio de impactação, assim como é necessário que a mãe tenha os conhecimentos necessários para a prevenção da sua recorrência.

5. CASO CLÍNICO 3: CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

O Gabriel (nome fictício) tem 2 meses e recorre à sua Unidade de Saúde Familiar, na companhia dos pais, para consulta de Saúde Infantil e Juvenil e vacinação.

5.1. Enquadramento teórico

Contextualização

O Gabriel é o primeiro filho do casal, ambos com o 12º ano de escolaridade, tendo sido uma gravidez planeada e desejada.

Nasceu de parto eutócico com uma idade gestacional de 40 semanas e 3 dias, tendo decorrido sem intercorrências e apresentando um APGAR de 9/10/10 ao 1º, 5º e 10º minutos respetivamente.

Encontra-se a ser amamentado em exclusivo e foi possível verificar, durante a consulta, que a mãe estava preocupada se o lactente teria ganho o peso adequado, mostrando-se insegura quanto à sua evolução, bem como ao estado do desenvolvimento psicomotor, uma vez que referia não saber se o Gabriel estaria a desenvolver-se dentro do que seria esperado.

Consulta Saúde Infantil do lactente com 2 meses

Segundo a DGS (2013a), a vigilância da Saúde Infantil e Juvenil tem como principal objetivo os ganhos contínuos em saúde na população pediátrica. Assim preconiza-se a realização de consultas em intervalos pré-definidos, correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança ou jovem, que têm como objetivos:

Avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, detetando precocemente situações que possam alterar as suas vidas;

Estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde relacionados com a nutrição, a prática da atividade física, a prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança para prevenção de acidentes;

A promoção da adesão ao PNV, da saúde oral, da prevenção das perturbações emocionais e

comportamentais, da prevenção dos acidentes e intoxicações, dos maus-tratos e do aleitamento materno.

Em Portugal as linhas orientadoras são apresentadas na Norma nº 010/2013 da DGS - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

O PNSIJ recomenda a realização de consultas de vigilância para avaliação do crescimento e do desenvolvimento psicomotor de forma a que sejam detectadas precocemente situações que possam comprometer, ou afetar, a qualidade de vida da criança, devendo estas situações serem encaminhadas de acordo com as suas necessidades. Nestas consultas, deve-se ainda beneficiar do contacto com os serviços de saúde para promover a educação para a saúde dos pais, que estão a experienciar a transição para a parentalidade, devendo assim serem abordadas em todas as consultas as preocupações dos mesmos. Assim, estão preconizadas no PNSIJ, no 1º ano de vida do lactente, 6 consultas (DGS, 2013a):

primeira consulta: na primeira semana de vida;

ao 1 mês;

aos 2 meses;

aos 4 meses;

aos 6 meses;

aos 9 meses.

Parâmetros a avaliar	Cuidados antecipatórios
Peso, Comprimento, IMC/Percentil e Perímetro cefálico;	Promoção do aleitamento materno;
Visão (avaliar através da anamnese e do teste de fixação e perseguição) e audição;	Administração da vitamina D;
A realização do exame físico (avaliação céfalo-caudal, inclui avaliação da pele e das mucosas);	Posição de deitar;
Avaliação do desenvolvimento psicomotor com recurso à escala de Mary Sheridan Modificada;	Sono;
Vacinação (cumprimento do PNV);	Hábitos intestinais devendo ser abordadas as cólicas e a obstipação;
Relação emocional, onde se inclui a vinculação e a ligação mãe/pai-filho;	Desenvolvimento infantil, abordando com os pais as atividades promotoras do desenvolvimento;
Risco de maus tratos (identificação de sinais e sintomas de maus tratos);	Prevenção de acidentes e segurança;
Segurança do ambiente.	Sinais e sintomas de alerta e sinais e sintomas comuns, e como atuar em cada situação;
	Vacinação;

Relação emocional entre bebé e pais.

Quadro 2 - Consulta dos 2 meses: Parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios [Adaptado de DGS (2013a)].

Assim sendo, e para melhor conseguirem identificar dificuldades do desenvolvimento e capacitar os pais para as necessidades do lactente, os enfermeiros devem conhecer quais são os comportamentos e as necessidades expectáveis para cada faixa etária e conhecer quer o lactente quer a sua família (Chora, 2020).

O primeiro ano de vida é o ano em que ocorrem mais mudanças na vida do lactente. A maturação dos sistemas acontece de forma muito rápida e progressiva (Chora, 2020), dando-se essencialmente no sentido céfalo-caudal e no sentido proximal-distal (Hockenberry et al., 2019). As crianças apresentam padrões próprios de desenvolvimento no seu primeiro ano de vida, por essa razão, a idade com que vão surgindo as suas habilidades é variável. Todavia, existem diretrizes que guiam a avaliação e a promoção da saúde do lactente, que servem de orientação aos profissionais de saúde (Chora, 2020).

Assim, segundo Hockenberry et al. (2019) é esperado que os lactentes aumentem o seu peso em cerca de 680g por mês, durante os primeiros 5 meses, sendo que nessa altura o seu peso ao nascimento tenha pelo menos duplicado, e triplicado por volta dos 12 meses. O comprimento também deverá aumentar e deverá, aos 12 meses, ter-se verificado um aumento de cerca de 50% do comprimento ao nascer. Assim, com base nas curvas de crescimento da OMS (2006) um lactente do sexo masculino, aos 2 meses, que se encontre no percentil 50 de peso, comprimento e perímetro cefálico, deverá pesar cerca de 5.5Kg, medir 58-59cm de comprimento e cerca de 39-39,5cm de perímetro cefálico.

No primeiro ano de vida, o leite tem um papel extremamente importante na alimentação do lactente (DGS, 2019c). Até aos 6 meses de vida o leite materno deve ser o alimento preferencial e exclusivo, sendo a sua manutenção na dieta da criança até aos 24 meses também importante. Quando este não se encontra disponível, ou não é suficiente para suprir todas as necessidades alimentares do bebé, a alimentação deve ser exclusivamente láctea, recorrendo às fórmulas infantis (Hockenberry et al. 2019; DGS, 2019c).

O sono tem um papel de extrema importância no crescimento e desenvolvimento humano (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Quando nasce, o recém-nascido não tem um ritmo circadiano estabelecido, dormindo por curtos períodos durante as 24h. Por volta das 10-12 semanas de vida, o ritmo circadiano começa a estabelecer-se, isto reflete-se em períodos de sono noturno mais longos (Tham et al., 2017).

O PNSIJ preconiza a aplicação da escala de Mary Sheridan Modificada para avaliação do

desenvolvimento psicomotor até aos 5 anos. Esta escala avalia quatro parâmetros do desenvolvimento, sendo eles: Motricidade global, Visão e motricidade fina, Audição e linguagem e Comportamento e adaptação social. A aplicação desta escala nos dois primeiros anos de vida da criança deve ter em conta a idade gestacional da mesma (DGS, 2013a).

Assim, recorrendo a esta escala, aos 2 meses o lactente:

Em decúbito ventral, levanta a cabeça;

Em decúbito dorsal, a postura deve ser assimétrica: virando subitamente cabeça do lactente para um lado observa-se o membro superior do lado da face em flexão e extensão do membro superior contralateral;

Em tração pelas mãos, a cabeça cai;

Quando sentado/a apresenta o dorso em arco e as mãos fechadas;

Em suspensão vertical apresenta a cabeça ereta e os membros semi-fletidos;

Segue uma bola pendente a 20-25 cm em $\frac{1}{4}$ de círculo (do lado até à linha média);

Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido;

Fixa a face da mãe quando o alimenta;

Tem sorriso presente às 6 semanas;

Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.

Os sinais de alarme aos 2 meses são: Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado/a; hipertonicidade na posição de pé; nunca segue a face humana; não vira os olhos e a cabeça para o som da voz humana; não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos (DGS, 2013a).

Vacinação

Uma vacina é uma preparação que, ao ser administrada a um indivíduo provoca neste uma resposta imunológica capaz de conferir imunidade contra uma doença (Vilanova, 2020).

Em Portugal, existe o Programa Nacional de Vacinação que é acessível a todas as pessoas que se encontram no país, de forma gratuita. Este programa tem como objetivo proteger os indivíduos e a população de doenças potencialmente graves e para as quais há proteção eficaz pela vacinação (DGS, 2020).

Nas faixas etárias mais avançadas existe uma menor capacidade de resposta a infecções e às vacinas, pelo que é importante vacinar massivamente as camadas mais jovens, evitando a propagação de doenças e protegendo os mais velhos pela formação da imunidade de grupo

(Vilanova, 2020).

Assim, a vacinação deve ser entendida como um direito e um dever dos cidadãos, uma vez que, ao se vacinarem estarão a defender a saúde de toda a população. São recomendados diferentes esquemas vacinais gerais que têm em conta a idade e o estado anterior de vacinação do indivíduo, havendo ainda esquemas específicos para grupos de risco e circunstâncias especiais. Antes da vacinação, o profissional que vacina deve esclarecer, de forma clara, sobre as vacinas que vão ser administradas, explicando os benefícios da vacinação e potenciais reações adversas, bem como o risco da não vacinação (DGS, 2020).

A vacinação no primeiro ano de vida deve ser cumprida de forma rigorosa nas idades recomendadas, sem atrasos, uma vez que é o período de maior vulnerabilidade (DGS, 2020).

Aos 2 meses está prevista a administração da vacina hexavalente (contra difteria, tétano e tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite e hepatite B), vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos e vacina contra *Neisseria meningitidis B*. Estas vacinas pertencem ao PNV e são gratuitas. Poderá ainda ser administrada a vacina para prevenção de gastroenterites devido à infeção por rotavírus, que deverá ser prescrita por um médico e adquirida pelos pais numa farmácia.

Transição

De acordo com a teoria das transições de Afaf Meleis, a mãe do Gabriel encontra-se a vivenciar a transição para a parentalidade, tratando-se neste caso de uma transição desenvolvimental simples.

Quanto ao Gabriel, não é possível falar de transição nesta fase do desenvolvimento uma vez que o lactente ainda não tem consciencialização que lhe permita vivenciar a transição.

5.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 2 meses | Masculino

Mãe/Pai

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - Figura parental principal: mãe.

12-12-2023 14:00 - Número de outros filhos: 0.

12-12-2023 14:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

12-12-2023 14:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-12 14:00:00	Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB	
2023-12-12 14:00:00	Vacina conjugada contra infeções por Streptococcus pneumoniae de 13 serotipos (Pn13)	
2023-12-12 14:00:00	Vacina contra a doença invasiva por Neisseria meningitidis B - MenB	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

	Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB	Vacina conjugada contra infeções por Streptococcus pneumoniae de 13 serotipos (Pn13)	Vacina contra a doença invasiva por Neisseria meningitidis B - MenB
Indicação	Prevenção da difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por Haemophilus influenzae b, poliomielite e hepatite B.	Prevenção de doença invasiva, pneumonia e otite média aguda associadas aos serótipos contidos na vacina.	Prevenção de doença invasiva por Neisseria meningitidis B.
Contra indicações	Encefalopatia de etiologia desconhecida nos 7 dias seguintes à administração de uma vacina com componentes de Bordetella pertussis.	---	----

Reações adversas	Dor e tumefação no local de administração (1 a 3 dias após a administração, podendo surgir um nódulo que, geralmente, é reabsorvido ao longo de várias semanas), febre e choro persistente (especialmente nas primeiras 24 horas). Também pode ocorrer sonolência, agitação, anorexia, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias.	Dor, vermelhidão, tumefação, febre, irritabilidade, diminuição do apetite e perturbações do sono.	Dor, eritema, tumefação, induração no local da administração, febre, irritabilidade, diarreia, vômitos, perturbações alimentares, sonolência, choro anormal e erupção cutânea. A ocorrência de febre é mais frequente nas crianças com menos de 2 anos de idade, sobretudo quando a vacina é administrada simultaneamente com outras vacinas do PNV.
Administração	É administrada por via Intramuscular: <12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda; ≥12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo.	É administrada por via Intramuscular: <12 meses de idade - no músculo vasto externo, na face externa antero-lateral da coxa direita; ≥12 meses de idade - no músculo deltoide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito.	É administrada por via Intramuscular: <12 meses de idade: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda; ≥12 meses de idade: músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo.

Quadro 1 - Vacinas recomendadas aos 2 meses. Adaptado de DGS (2020).

Outros aspetos a considerar:

A vacinação deve ser adiada em caso de doença aguda grave, com ou sem febre;

No caso de existência de alterações da coagulação a decisão de administração compete ao médico assistente;

Estas vacinas podem ser administradas simultaneamente com outras vacinas em locais anatómicos diferentes ou no mesmo membro (exceto com a BCG), desde que as injeções sejam distanciadas $\geq 2,5$ cm (DGS, 2020).

5.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-12-2023 14:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
12-12-2023 14:00	Comportamentos para amamentar	
12-12-2023 14:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
12-12-2023 14:00	Desenvolvimento psicomotor	
12-12-2023 14:00	Desenvolvimento físico	
12-12-2023 14:00	Lactente	

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

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

Durante o período de lactente, a criança encontra-se, segundo Erickson, na primeira fase do desenvolvimento psicossocial denominada de "confiança vs desconfiança". Nesta fase, que ocorre durante o primeiro ano de vida do lactente, este vai desenvolvendo confiança em si, nos outros e no mundo conforme as suas necessidades vão sendo atendidas, sendo um fator crucial o tipo de relacionamento que existe entre o lactente e os pais. Quando esta relação não é adequada, a desconfiança pode ser a consequência (Hockenberry et al., 2019).

O estabelecimento desta relação é um processo que se vai desenvolvendo ao longo do primeiro ano de vida da criança, sendo que a confiança adquirida nesta fase terá extrema importância nas fases seguintes, conferindo à criança um sentimento de segurança que lhe permite experimentar situações desconhecidas com menos medo (Hockenberry et al., 2019).

Desta forma cabe aos profissionais de saúde avaliar o desenvolvimento desta relação entre pais e filho de forma a poder identificar sinais de compromisso da relação que poderá desencadear dificuldades desenvolvimentais na criança.

Comportamentos para amamentar

A amamentação tem um contributo muito importante no estabelecimento da ligação mãe-filho e na vinculação, devendo ser exclusiva até aos 6 meses de vida do lactente. Desta forma, é necessário apoio da equipa de enfermagem para apoiar a mãe, esclarecer dúvidas e incentivar a manutenção deste comportamento pelo menos até essa altura.

Desenvolvimento psicomotor e Desenvolvimento físico

Para além de ser o principal objetivo da consulta de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, a avaliação do desenvolvimento, quer físico, quer psicomotor permite ao profissional de saúde identificar precocemente situações de risco possibilitando um encaminhamento precoce para

outros profissionais de forma a minimizar as consequências para a criança.

Lactente

Tratando-se esta, de uma fase de desenvolvimento com rápida evolução é importante compreender a capacidade dos pais de satisfazerem as necessidades típicas desta faixa etária pelo que o domínio também foi selecionado. Só dessa forma é que o enfermeiro pode ajudar na capacitação dos pais, promovendo a saúde do lactente e o desenvolvimento infantil saudável.

5.5. Conceção de Cuidados

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

12-12-2023 14:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

12-12-2023 14:00 - Ligação mãe/pai-filho

12-12-2023 14:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [No próximo contacto]

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [No próximo contacto]

Comportamentos para amamentar

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

12-12-2023 14:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

12-12-2023 14:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

12-12-2023 14:00 - Com manifestações de pega adequada.

12-12-2023 14:00 - Amamentação

12-12-2023 14:00 - Determinar evolução da amamentação

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [No próximo contacto]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - 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.

12-12-2023 14:00 - Vinculação

12-12-2023 14:00 - Determinar evolução da vinculação

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução da vinculação [No próximo contacto]

Desenvolvimento psicomotor

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

12-12-2023 14:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

12-12-2023 14:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

12-12-2023 14:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

12-12-2023 14:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

12-12-2023 14:00 - Desenvolvimento infantil

12-12-2023 14:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [No próximo contacto]

Desenvolvimento físico

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - Peso: 5.60 Kg.

12-12-2023 14:00 - Percentil do peso: P(25).

12-12-2023 14:00 - Comprimento/Altura: 60.00 cm.

12-12-2023 14:00 - Percentil do comprimento: P(50).

12-12-2023 14:00 - Perímetro cefálico: 40.00 cm.

12-12-2023 14:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).

12-12-2023 14:00 - Índice de massa corporal: 15.56 Kg/m².

12-12-2023 14:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(15).

12-12-2023 14:00 - Encerramento da fontanela

12-12-2023 14:00 - Posição anterior: sem compromisso.

12-12-2023 14:00 - Posição posterior: sem compromisso.

12-12-2023 14:00 - Crescimento

12-12-2023 14:00 - Determinar evolução do crescimento

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução do crescimento [No próximo contacto]

Lactente

12-12-2023 14:00

12-12-2023 14:00 - Lactente

12-12-2023 14:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

12-12-2023 14:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-12-2023 14:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre crescimento da criança

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança [No próximo contacto]

12-12-2023 14:00 - Ensinar mãe/pai sobre crescimento [Neste contacto]

12-12-2023 14:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

12-12-2023 14:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-12-2023 14:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para

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

12-12-2023 14:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente [No próximo contacto]

12-12-2023 14:00 - Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste contacto]

12-12-2023 14:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

12-12-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [No próximo contacto]

12-12-2023 14:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste contacto]

5.6. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre crescimento

- Explicar aos pais que o crescimento não é igual em todas as crianças, ou seja, é característico de cada uma.
- Explicar que nos primeiros três meses de vida do bebé ele deve ganhar entre 20 a 30g de peso por dia;
- Explicar que por norma aos 12 meses os bebés têm 3 vezes o peso com que nasceram;
- Explicar aos pais que o Gabriel aumentou 850g de peso desde a última consulta no centro de saúde (que ocorreu há 40 dias), pelo que 850/40 dá 21.25g/dia o que se encontra dentro do previsto.

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Explicar aos pais que o Gabriel apresenta todos os comportamentos preconizados para a sua idade e já apresenta alguns comportamentos da etapa seguinte e uma vez que se encontra próximo dos 3 meses, em casa devem continuar a estimular o desenvolvimento através:
- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Ouvir música suave na companhia do cuidador;
- Dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo;
- Cantar para o bebé;
- Mobilizar o bebé, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição;
- Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo;
- Oferecer-lhe objetos para segurar e colocar objetos pendentes para que possa segui-los;

- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente

- Explicar aos pais que o desenvolvimento infantil é característico de cada criança, e que nem sempre atingem as mesmas competências ao mesmo tempo. No entanto existe uma escala onde se apresentam as competências que as crianças devem adquirir e as idades onde por norma tal acontece - Escala de Mary Sheridann;
- Explicar aos pais que o Gabriel, com a idade atual, apresenta os comportamentos previstos para a sua idade em termos de desenvolvimento psicomotor, apresentando também comportamentos da faixa etária seguinte, o que é normal uma vez que já tem 2 meses e meio.
- Explicar aos pais que os sinais de alarme aos 3 meses são:
 - Não sorrir;
 - Não apresentar qualquer controlo da cabeça;
 - Ter as mãos sempre fechadas;
 - Ter os membros rígidos em repouso;
 - Sobressalto ao menor ruído;
 - Chorar e gritar quando se toca;
 - Movimentar-se pouco.

5.7. Síntese relativa ao caso

Indicadores de resultado

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre crescimento da criança

Que a mãe seja capaz de referir que o crescimento é característico de cada criança;

Que a mãe seja capaz de referir que até aos 3 meses de vida, os lactentes devem ganhar uma média de 20 a 30g de peso por dia;

Que a mãe seja capaz de entender que o Gabriel aumentou de peso, dentro do esperado.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente

Que a mãe seja capaz de compreender que o desenvolvimento psicomotor é característico de cada criança;

Que a mãe seja capaz de identificar os sinais de alarme aos 3 meses.

Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

Que a mãe seja capaz de enumerar as atividades que pode desenvolver no domicílio para promover o desenvolvimento psicomotor do Gabriel.

6. CASO CLÍNICO 4 : UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A Carina (nome fictício), tem 4 dias de vida e encontra-se no 3º dia pós operatório de correção de atresia esofágica tipo A de Gross.

6.1. Enquadramento teórico

1ª sessão da conceção de cuidados 13/01/2024:

A Carina (nome fictício) tem 4 dias de vida e encontra-se no 3º dia pós operatório de esófago-esofagostomia por toracoscopia por atresia esofágica sem fístula traqueoesofágica tipo A de Gross.

Nasceu com 38 semanas de idade gestacional por parto eutócico, com diagnóstico pré-natal de atresia esofágica.

Encontra-se internada desde o nascimento tendo ficado em ventilação espontânea até à cirurgia. Atualmente encontra-se com Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), com fração inspirada de oxigénio (FiO2) a 21%. Encontra-se sedada e curarizada por apresentar tensão anastomótica moderada. Está em pausa alimentar desde o nascimento, sendo que as suas necessidades basais se encontram garantidas por administração de alimentação parentérica total.

Apresenta os seguintes dispositivos:

- Tubo endotraqueal (TET) tamanho 3.5, com cuff insuflado, que se encontra ao nível 8 na comissura labial;
- Sonda oral transanastomótica que se encontra ao nível 20 na comissura labial;
- 2 Cateteres Epicutâneo-Cava (CEC) em posição central: no membro superior direito encontra-se com perfusão de morfina e midazolam e no membro superior esquerdo encontra-se em perfusão a Alimentação Parentérica Total (APT);
- Dreno torácico em drenagem passiva, com selo de água;
- Sonda vesical nº 6.

Encontra-se em incubadora fechada com necessidade de humidade e aquecimento.

É a segunda filha do casal, tendo um irmão com 2 anos.

Os pais são ambos enfermeiros e já teriam sido informados, durante a gravidez, do diagnóstico da filha e do provável percurso após o nascimento. Encontram-se presentes no internamento durante o dia.

2ª Sessão da conceção de cuidados 19/01/2024:

A Carina encontra-se no 10º dia de vida e no 9º dia pós operatório de correção da atresia esofágica.

Foi iniciado o desmame de morfina, midazolam e suspenso o rocurónio no dia 16/01/2024, tendo sido extubada eletivamente no dia 18/01/2024, sem intercorrências, apresentando-se alerta. Mantém todos os dispositivos à exceção do TET.

Apresentava bons reflexos de sucção e deglutição, pelo que foi realizar raio-x contrastado no dia 19/01, que revelou pequena deiscência da anastomose, mantendo-se em regime de nada pela boca.

Atrésia esofágica

A atresia esofágica é uma malformação congénita que consiste numa descontinuidade do esófago, com ou sem fístula traqueoesofágica, levando a que o topo superior não comunique com o topo inferior do mesmo e conseqüentemente com o estômago (Alberti et al., 2011; Dingemann et al., 2019; Syed et al., 2020). Estima-se que ocorra a cada 1 a 2 por 5000 nascimentos na Europa (Cassina et al., 2016).

A classificação pode ser feita da seguinte forma, segundo critérios de Gross (Alberti et al., 2011):

Tipo A - Atrésia esofágica isolada, sem formação de fístula traqueoesofágica. Ocorre em cerca de 7% dos casos;

Tipo B- Atrésia esofágica com fístula traqueoesofágica proximal. Ocorre em cerca de 2% dos casos;

Tipo C- Atrésia esofágica com fístula traqueoesofágica distal. Ocorre em cerca de 86% dos casos;

Tipo D- Atrésia esofágica com fístula traqueoesofágica proximal e distal. Ocorre em menos de 1% dos casos;

Tipo E- Fístula traqueoesofágica sem atresia esofágica. Ocorre em cerca de 4% dos casos.

A suspeita da presença da malformação pode surgir durante a gravidez, quando a mulher

apresenta clínica de polihidrâmnios e a ecografia revela uma bolha gástrica pequena ou ausente (Alberti et al., 2011; Pardy et al., 2020). No entanto, estes achados não têm grande especificidade, pelo que, apenas 24 a 32% dos casos têm diagnóstico pré-natal (Pardy et al., 2019). Nos casos em que não existe diagnóstico pré-natal, após o nascimento o recém-nascido apresenta incapacidade para gerir as secreções apresentando salivação excessiva, episódios de engasgamento e tosse (Alberti et al., 2011). O gold standard do diagnóstico é a incapacidade de inserir uma sonda gástrica 10Fr (ou 8Fr no caso de recém-nascidos com peso inferior a 1500g) para além dos 10cm de comprimento e a realização de raio-x torácico revela o enrolamento da sonda na bolsa esofágica (Alberti et al., 2011; Syed et al., 2020; Dingemann et al., 2019). Quando o diagnóstico de atresia esofágica está definido é relevante realizar uma avaliação mais cuidada do recém-nascido (ou do feto em caso de diagnóstico pré-natal), uma vez que mais de 50% das crianças apresenta outras malformações associadas (Alberti et al., 2011).

O tratamento é cirúrgico. A primeira reparação bem sucedida ocorreu em 1941 e desde então a técnica tem vindo a ser aperfeiçoada, tendo diminuído a mortalidade associada a esta malformação (Alberti et al., 2011; Bowder & Lal, 2021; Pardy et al., 2020).

O método mais comum para a reparação desta malformação é através de toracotomia direita (Syed et al., 2020), no entanto, antes da sua realização deve ser realizado um ecocardiograma ao recém-nascido para verificar se há presença de arco aórtico direito (ocorre em 2.5% dos casos), pelo que, se confirmar, a toracotomia esquerda é preferível (Alberti et al., 2011; Dingemann et al., 2019). Atualmente as técnicas de cirurgia já permitem a realização deste procedimento por toracosopia, que é recomendada em casos de equipas experientes na técnica, pois traz benefícios estéticos e diminui as sequelas musculoesqueléticas comparativamente com a abordagem tradicional (Dingemann et al., 2019).

As principais complicações associadas à correção desta malformação são a fuga de líquidos pela anastomose, pneumotórax hipertensivo e sépsis (Van Hoorn et al., 2019).

Após o nascimento, ou após diagnóstico de atresia esofágica, o recém-nascido deve ser internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais em incubadora ou berço aquecido para manutenção da temperatura corporal, com a cabeceira elevada a 30º para prevenir a aspiração da saliva (Alberti et al., 2011; Bowder & Lal, 2021). Deve ser dada preferência à ventilação espontânea, se tal for possível, e caso não o seja deve optar-se por ventilação invasiva à ventilação não invasiva pela distensão que esta última provoca a nível das estruturas (Dingemann et al., 2019).

Recomenda-se a colocação de uma sonda (idealmente uma sonda de Replogle, mas, na sua ausência, uma sonda gástrica tem o mesmo efeito) na porção existente do esófago em aspiração contínua em baixa pressão para prevenir aspiração da saliva (Alberti et al., 2011; Bowder & Lal, 2021; Dingemann et al., 2019; Syed et al., 2020).

O recém-nascido deve ficar em regime de nada pela boca pelo que é necessária a administração de fluídos endovenosos para manutenção das necessidades básicas (Alberti et al., 2011; Dingemann et al., 2019).

A cirurgia consiste na aproximação dos topos do esófago, encerrando a fístula traqueoesofágica, caso exista. Durante a cirurgia e antes do encerramento total da anastomose é colocada uma sonda transanastomótica em drenagem livre, sendo também colocado um dreno torácico para identificação precoce de deiscência da anastomose (Alberti et al., 2011; Dingemann et al., 2019).

Após a cirurgia, o recém-nascido deve regressar à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais numa incubadora de transporte para minimizar as perdas de calor (Alberti et al., 2011).

Nos casos em que a anastomose fica em tensão, o recém-nascido deve ser ventilado, sedoanalgesiado e curarizado (Alberti et al., 2011; Dingemann et al., 2019), mantendo o pescoço em flexão, durante pelo menos 5 dias de forma a minimizar o risco de deiscência da anastomose. A sonda transanastomótica deve ficar em drenagem livre para evitar contacto das secreções gástricas com a anastomose, sendo que deve ser administrado um inibidor da bomba de prótons para diminuir a acidez gástrica. Deve garantir-se a segura fixação da sonda pois esta não deve ser removida nem manipulada sem indicação da equipa cirúrgica pelo risco de danificar a anastomose (Alberti et al., 2011).

A aspiração de secreções da naso e orofaringe deve ser superficial e deve-se ter o cuidado de não ultrapassar a anastomose com a sonda, sob o risco de a danificar (Alberti et al., 2011).

O dreno torácico deve manter-se com selo de água até à realização do raio-X contrastado, pois permite a visualização precoce de possíveis perdas pela anastomose, devendo garantir-se a sua permeabilidade (Alberti et al., 2011).

O Recém-Nascido

Define-se como recém-nascido, ou neonato, a criança até aos 28 dias de vida. Este período, denominado de período neonatal (Vilaça & Ramos, 2020), é o período de transição entre a vida intra e extra uterina, caracterizado pela substituição da circulação placentária para a respiração independente (Hockenberry et al., 2019). O Recém-nascido apresenta algumas características específicas da sua faixa etária que se identificam no quadro abaixo (Quadro 1).

Sistema	Características e implicações para a prática
Respiratório	Alteração fisiológica mais crítica e imediata pela qual os recém-nascidos passam; Valores de referência: 30 a 60 respirações/min, variando conforme estado de alerta do recém-nascido.

Circulatório	Pode variar entre 120 a 140 batimentos/min conforme estado de alerta do recém-nascido.
Termorregulação	Capacidade para produzir calor através de consumo energético e de oxigênio; Maior predisposição à perda de calor devido à grande superfície corporal e à fina camada de gordura levando ao risco de hipotermia; Dificuldade em dissipar calor em ambientes superaquecidos, levando ao risco de hipertermia.
Gastrointestinal	Fígado imaturo afetando a conjugação de bilirrubina com ácido glicurônico contribuindo para a icterícia fisiológica dos recém-nascidos; Fígado armazena menos glicogênio, em consequência, os recém-nascidos têm maior tendência à hipoglicemia; A capacidade do estômago varia nos primeiros dias de vida, de cerca de 5 mL no primeiro dia de vida para cerca de 60 mL no terceiro; Os recém-nascidos têm ondas peristálticas rápidas e ondas não peristálticas simultâneas ao longo do esôfago, que impulsionam o leite para o estômago. A imaturidade relativa das ondas peristálticas, combinada com a pressão reduzida do esfíncter esofágico inferior, o relaxamento inadequado do mesmo e o esvaziamento gástrico lento, faz com que a regurgitação seja uma ocorrência comum; Alterações progressivas no padrão das fezes indicam funcionamento adequado do trato gastrointestinal: - Mecônio: primeiras fezes do recém-nascido. Têm uma cor escura e uma textura viscosa; - Fezes de transição: surgem cerca de 3 dias após início da alimentação. Apresentam coloração acastanhada-esverdeada ou amarelada e a sua textura é mais líquida; - Fezes do leite: as características dependem do leite do qual o recém-nascido é alimentado. - Leite materno: Cor amarela dourada de consistência pastosa e cheiro a leite azedo; - Leite artificial: Cor amarela clara a acastanhada de consistência mais firme e cheiro mais intenso.
Renal	Imaturidade renal para concentrar a urina e se adaptar a situações de desequilíbrio hidroeletrólítico;
Tegumentar	Funções imaturas dos diversos constituintes da pele; A ligação entre a derme e a epiderme é frágil, tornando o recém-nascido mais suscetível a lesões mecânicas e químicas; Baixa quantidade de melanina o que os torna mais sensíveis aos efeitos do sol.
Endócrino	O sistema encontra-se desenvolvido mas é ainda imaturo, deixando o recém-nascido mais suscetível à desidratação, por exemplo; Presença de hormonas maternas no sistema do recém-nascido podendo existir hipertrofia das glândulas mamárias e pseudomenstruação.

Neurológico	Incompleto ao nascimento mas suficientemente desenvolvido para enfrentar a vida extrauterina; A maior parte das funções neurológicas constitui-se de reflexos primitivos; A mielinização ocorre gradualmente no sentido céfalo-caudal e próximal-distal, daí o desenvolvimento das funções motoras grossas e finas, nessa respetiva ordem; Os campos responsáveis pelos sentidos do paladar, olfato e audição são os primeiros a serem mielinizados, bem como o campo responsável pelo processamento da sensação de dor;
Medidas antropométricas	
Peso	Deve ser avaliado logo após o nascimento; Por norma existe uma perda fisiológica de 10% de peso nos primeiros dias de vida; O peso ao nascimento deve ser recuperado entre o 10º e 14º dias de vida; O peso pode variar entre 2.700 a 4.000 g, nos recém-nascidos de termo.
Comprimento	Entre 48 a 53 cm.
Perímetro cefálico	Entre 33 e 35,5 cm, podendo ser mais pequeno após o nascimento pela modelagem que pode existir resultante da passagem pelo canal de parto, no entanto ao 3º dia já deve apresentar tamanho normal

Quadro 8. Características dos recém-nascidos (Adaptado de Hockenberry et al., 2019)

A UCIN

As UCIN são compostas por um ambiente altamente tecnológico e têm a finalidade de dar resposta às necessidades de RN em estado crítico, com um elevado risco de morte. A manutenção da vida obriga a uma assistência constante e a equipamentos sofisticados, constituindo um foco de ansiedade quer para os pais, quer para os profissionais (Hockenberry et al., 2019).

A admissão de um RN numa UCIN é um evento gerador de stress, quer nos pais, quer no próprio RN, que é alvo de procedimentos invasivos e se encontram rodeados de luzes, sons e pessoas de forma constante. Este conjunto de fatores, associado ao risco da morte do RN provoca nos pais sentimentos negativos, sentindo-se vulneráveis e com medo, pelo que a resposta às suas necessidades por parte dos profissionais é de extrema importância (Hockenberry et al., 2019). Os pais experienciam stress psicológico, perda do papel parental e interrupção no estabelecimento da ligação com o RN (Hall et al., 2016).

Também os RN experienciam o internamento na UCIN de forma negativa resultante do ambiente tecnológico, da separação dos pais, da ocorrência de eventos stressores e dos procedimentos invasivos dolorosos a que são sujeitos (Raz et al., 2015). Esta hospitalização ocorre durante um

período crítico do desenvolvimento cerebral pelo que a exposição a estes fatores aumenta o risco de compromisso no desenvolvimento (Spittle et al., 2015).

Desta forma, torna-se relevante, para além do suprimento das necessidades fisiológicas como nutrição, hidratação, termorregulação proteção do sono e prevenção da dor, assegurar também as necessidades psicoemocionais, fundamentais para o crescimento, desenvolvimento e bem-estar do RN (Coughlin, 2014), numa premissa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento, cujo objetivo centra-se na minimização dos estímulos nocivos e na individualização da estimulação baseada nas respostas comportamentais e fisiológicas do RN, e desta forma, providenciar um ambiente de cuidados que promova o desenvolvimento do mesmo (Coughlin, 2016).

6.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 10 dias | Feminino

Mãe/Pai

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Figura parental principal: mãe.

13-01-2024 16:00 - Número de outros filhos: 1.

13-01-2024 16:00 - Filho(s) Toddler.

13-01-2024 16:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

13-01-2024 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

6.3. Medicação

Início

Medicação

Fim

2024-01-13 16:00:00Morfina 1ml/h [contínuo]

2024-01-19 22:00:00

2024-01-13 16:00:00Midazolam 0.3ml/h [Contínuo]

2024-01-19 22:00:00

2024-01-13 16:00:00Ampicilina 134mg EV 12/12h

2024-01-19 22:00:00

2024-01-13 16:00:00Gentamicina 11mg EV 1x dia

2024-01-19 22:00:00

Início	Medicação	Fim
2024-01-13 16:00:00	Morfina 0.3mg SOS 4/4h	
2024-01-13 16:00:00	Midazolam 0.3mg SOs 4/4h	2024-01-19 22:00:00
2024-01-13 16:00:00	Brometo de Rocurónio 0.4mg SOS 4/4h	2024-01-19 22:00:00
2024-01-13 16:00:00	Omeprazol 2.6mg 1x dia	
2024-01-13 16:00:00	APT Bolsa C perfusão contínua a 8.2ml/h	
2024-01-13 16:00:00	Lípidos 20% + Oligoelementos + Cernevit em perfusão contínua a 1.7 ml/h	

6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Alimentação parentérica

A nutrição parentérica está indicada sempre que não seja possível estabelecer uma nutrição entérica adequada, num período prolongado (Radbone, 2022). Todas as soluções devem ser protegidas da luz natural e artificial durante o armazenamento e a administração para minimizar a degradação de alguns compostos (Khashu et al., 2009) devendo para tal ser utilizada uma sobrebolsa fotoprotetora e um sistema de perfusão opaco (Pedrón Giner et al., 2017).

A nutrição parentérica neonatal deve ser administrada via CVC devido ao risco de extravasamento (Radbone, 2022).

As complicações associadas estão relacionadas à presença de CVC para a sua administração (Modiet al., 2009).

Medicamento	Grupo farmacológico	Indicação terapêutica	Contra-indicações	Interações medicamentosas	Efeitos adversos frequentes
Morfina	Analgésicos estupefacientes	Analgesia e o sono-hipnoanalgesia	Hipersensibilidade à substância ativa ou aos excipientes Choque Estados convulsivos	É incompatível com as bases, brometos e iodetos, assim como com o permanganato de potássio e o ácido tânico. É igualmente incompatível com os sais de ferro, chumbo, magnésio, prata, cobre e zinco. A morfina é fisicamente incompatível com a aminofilina, sais sódicos do ácido barbitúrico e a fenitoína.	Bradycardia, náuseas e vômitos. Depressão do centro respiratório e da tosse, assim como aumento do tempo de esvaziamento gástrico e obstipação.

Midazolam	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	Sedação consciente antes e durante procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, com ou sem anestesia local. Sedação em unidades de cuidados intensivos	Hipersensibilidade à substância ativa ou aos excipientes	A solução injetável de midazolam não deve ser diluída com Macrodex a 6% em dextrose, nem misturada em injeções alcalinas. O midazolam precipita na presença de bicarbonato de sódio.	Reações paradoxais tais como agitação, movimentos involuntários (incluindo convulsões tônico-clônicas e tremor muscular) e hiperatividade. Durante o tratamento prolongado com midazolam, pode desenvolver-se dependência física. Assim a suspensão abrupta do tratamento far-se-á acompanhar de sintomas de privação.
Ampicilina	Aminopenicilinas	Tratamento de infeções bacterianas graves causadas por microrganismos Gram positivo e Gram negativo susceptíveis à ampicilina	Hipersensibilidade à substância ativa e aos β-lactâmicos como as cefalosporinas. Mononucleose infecciosa	Não deve ser misturada no mesmo líquido de perfusão ou em seringas que contenham aminoglicosídeos uma vez que pode ocorrer inativação física.	Náuseas e vômitos, exantema
Gentamicina	Aminoglicosídeos	Tratamento de infeções bacterianas graves por microrganismos sensíveis à gentamicina	Hipersensibilidade à gentamicina ou outros aminoglicosídeos e aos excipientes. Miastenia gravis. Deve ser administrado com precaução nas pessoas que apresentam compromisso renal	Não deve ser misturada numa solução para perfusão com antibióticos beta-lactâmicos, eritromicina, ou Lipiphysan uma vez que esta associação pode causar inativação físico-química. O mesmo se aplica à combinação da gentamicina com diazepam, furosemida, acetato de flecainida ou heparina sódica. A gentamicina é incompatível com a anfotericina B, cefalotina sódica, nitrofurantoina sódica, sulfadiazina sódica e tetraciclina.	Compromisso da função renal e discrasia hemorrágica Ototoxicidade

Brometo de Rocurónio	Relaxantes musculares de ação periférica	Proporcionar o relaxamento da musculatura esquelética	Hipersensibilidade à substância ativa ou aos excipientes	Incompatibilidade física quando adicionado a soluções contendo as seguintes substâncias ativas: anfotericina, amoxicilina, azatioprina, cefazolina, cloxacilina, dexametasona, diazepam, enoximona, eritromicina, famotidina, furosemida, succinato sódico de hidrocortisona, insulina, intralipid, metoexital, metilprednisolona, succinato sódico de prednisolona, tiopental, trimetoprim e vancomicina. A administração concomitante com aminoglicosídeos, lincosamidas e antibióticos polipeptídicos, acilaminopenicilinas, tetraciclina e doses elevadas de metronidazol, potenciam o efeito do rocurónio.	Taquicardia Os agentes bloqueadores neuromusculares são conhecidos por serem capazes de induzir a libertação de histamina tanto localmente no local de injeção como de forma sistémica, sendo possível a ocorrência de prurido e de reação eritematosa no local de injeção e/ou reações histaminóides generalizadas
Omeprazol	Inibidores da bomba de prótons	Tratamento anti-secretor gástrico	Hipersensibilidade à substância ativa ou excipientes e a benzimidazóis		Cefaleias, dor abdominal, obstipação, diarreia, flatulência e náuseas/vómitos.

Quadro 9. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita (Adaptado de Infarmed, 2005, 2010, 2014, 2020, 2021, 2022).

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Regime de nada pela boca

13-01-2024 16:00 - Ventilação invasiva [RESOLVIDO] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Tipo de ventilação invasiva: ventilação controlada - assistida por pressão.

13-01-2024 16:00 - Ventilação invasiva - FiO2: 21 %.

13-01-2024 16:00 - Ventilação invasiva - volume corrente: 13 ml.

13-01-2024 16:00 - Ventilação invasiva - frequência respiratória (programada): 40 cr/min.

13-01-2024 16:00 - Ventilação invasiva - PEEP: 6 cm H2O.

13-01-2024 16:00 - Prevenir complicações da ventilação invasiva [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h] [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Contínuo] [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Lavar cavidade oral [1x turno] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Incubadora

13-01-2024 16:00 - Temperatura: 32°C

13-01-2024 16:00 - Humidade: 34%

13-01-2024 16:00 - Assegurar funcionamento da incubadora

13-01-2024 16:00 - Otimizar incubadora [1x turno]

Sondas, Drenos e Cateteres

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Sonda gástrica

13-01-2024 16:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

19-01-2024 22:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

13-01-2024 16:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

13-01-2024 16:00 - Cavidade oral: 20.00 cm.

19-01-2024 22:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

19-01-2024 22:00 - Cavidade oral: 20.00 cm.

13-01-2024 16:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: biliar.

19-01-2024 22:00 - Substância drenada pela sonda gástrica: biliar.

19-01-2024 22:00 - Quantidade drenada pela sonda gástrica: 0 ml.

13-01-2024 16:00 - Características do dispositivo: Levine nº 6.

19-01-2024 22:00 - Características do dispositivo: Levine nº 6.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica [3/3h]

13-01-2024 16:00 - Assegurar funcionamento da sonda

13-01-2024 16:00 - Otimizar sonda gástrica [3/3h]

13-01-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [3/3h]

13-01-2024 16:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [em SOS]

13-01-2024 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

13-01-2024 16:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [Quando o adesivo se encontrar húmido]

13-01-2024 16:00 - Tubo endotraqueal [RESOLVIDO] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Nível de inserção do tubo endotraqueal

13-01-2024 16:00 - Cavidade oral: 8.00 cm.

13-01-2024 16:00 - Presença de cuff

13-01-2024 16:00 - Traqueia: Com cuff.

13-01-2024 16:00 - Pressão do cuff: 25 cmH2O.

13-01-2024 16:00 - Características do dispositivo: tamanho 3,5.

13-01-2024 16:00 - Assegurar funcionamento do tubo endotraqueal [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Otimizar tubo endotraqueal [1x turno] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o tubo endotraqueal [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução do nível de inserção do tubo endotraqueal [3/3h] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da pressão do cuff [1x dia e em SOS] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com tubo endotraqueal [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Gerir a pressão do cuff [Diário] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Dreno

13-01-2024 16:00 - Localização do dreno

13-01-2024 16:00 - Tórax Direita(o)

13-01-2024 16:00 - Tipo de dreno: torácico com selo de água .

13-01-2024 16:00 - Substância drenada: sero hemática.

13-01-2024 16:00 - Quantidade drenada pelo dreno de ferida: 0 ml.

13-01-2024 16:00 - Sem complicações no local de inserção do dreno.

19-01-2024 22:00 - Localização do dreno

19-01-2024 22:00 - Tórax Direita(o)

19-01-2024 22:00 - Tipo de dreno: torácico com selo de água .

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da drenagem pela sonda / dreno

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da drenagem [No fim de cada turno]

13-01-2024 16:00 - Assegurar funcionamento do dreno

13-01-2024 16:00 - Otimizar dreno [3/3 horas]

13-01-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o dreno

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do dreno [em SOS]

13-01-2024 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com dreno torácico

13-01-2024 16:00 - Executar tratamento ao local de inserção do dreno [2/2 dias]

13-01-2024 16:00 - Cateter urinário

13-01-2024 16:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

13-01-2024 16:00 - Transparência da urina: Límpida.

13-01-2024 16:00 - Características do dispositivo: Silicone nº 6.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da drenagem pelo cateter urinário

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da drenagem pelo cateter urinário [3/3h]

13-01-2024 16:00 - Assegurar funcionamento do cateter

13-01-2024 16:00 - Otimizar cateter urinário [1x turno]

13-01-2024 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter urinário

13-01-2024 16:00 - Cateter central

13-01-2024 16:00 - Localização do cateter central

13-01-2024 16:00 - Veia subclávia Direita(o)

13-01-2024 16:00 - Ausência de dor.

13-01-2024 16:00 - Ausência de calor.

13-01-2024 16:00 - Ausência de rubor.

13-01-2024 16:00 - Ausência de tumefação.

13-01-2024 16:00 - Ausência de exsudado.

13-01-2024 16:00 - Veia subclávia Esquerda(o)

13-01-2024 16:00 - Ausência de dor.

13-01-2024 16:00 - Ausência de calor.

13-01-2024 16:00 - Ausência de rubor.

13-01-2024 16:00 - Ausência de tumefação.

13-01-2024 16:00 - Ausência de exsudado.

13-01-2024 16:00 - Assegurar funcionamento do cateter

13-01-2024 16:00 - Otimizar cateter central (Veia subclávia Direita(o), Veia subclávia Esquerda(o)) [1x turno]

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [12/12h]

13-01-2024 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central (Veia subclávia Direita(o), Veia subclávia Esquerda(o)) [1x turno]

19-01-2024 22:00 - Localização do cateter central

19-01-2024 22:00 - Veia subclávia Direita(o)

19-01-2024 22:00 - Ausência de dor.

19-01-2024 22:00 - Ausência de calor.

19-01-2024 22:00 - Ausência de rubor.

19-01-2024 22:00 - Ausência de tumefação.

19-01-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

19-01-2024 22:00 - Veia subclávia Esquerda(o)

19-01-2024 22:00 - Ausência de dor.

19-01-2024 22:00 - Ausência de calor.

19-01-2024 22:00 - Ausência de rubor.

19-01-2024 22:00 - Ausência de tumefação.

19-01-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

13-01-2024 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

13-01-2024 16:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central (Veia subclávia Direita(o), Veia subclávia Esquerda(o)) [em SOS]

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

Ventilação Invasiva

O principal objetivo da ventilação invasiva é corrigir o compromisso da função pulmonar, garantir as trocas gasosas e diminuir o trabalho respiratório (van Kaam et al., 2021). Com o avanço tecnológico foram sendo desenvolvidos vários modos de ventilação que a tornou menos agressiva e mais fisiológica para os recém-nascidos (Chakkarapani et al., 2020a).

No modo de ventilação assistida-controlada, o ventilador irá dar suporte a cada respiração espontânea do recém-nascido, sendo que no caso de este apresentar uma drive respiratória diminuída, lhe administra as insuflações conforme a frequência respiratória pré-definida. Este modo providencia um volume corrente mais consistente e diminui o trabalho respiratório do recém-nascido (Chakkarapani et al., 2020b).

Aspetos a ter em consideração na prestação de cuidados ao recém-nascido ventilado:

O posicionamento do recém-nascido deve ser realizado por 2 pessoas (uma manuseia o TET e outra o recém-nascido) para minimizar o risco de extubação acidental (Daco, 2011);

Deve sempre confirmar-se a fixação do TET e a posição do mesmo antes de qualquer intervenção (Daco, 2011);

Os cuidados devem ser agrupados para minimizar a manipulação dos recém-nascidos para conservação de energia destes (Daco, 2011);

O recém-nascido deve ser posicionado de forma a que o TET fique alinhado e apoiado para minimizar o risco de zonas de pressão (Daco, 2011);

Deve manter-se a cabeceira elevada a pelo menos 30º para minimizar microaspirações e diminuir o risco de pneumonia associada ao ventilador (Cooper e Haut, 2013; Daco, 2011; Garland, 2010);

A oro e a nasofaringe devem ser aspiradas antes da mobilização do recém-nascido e do TET (Cooper e Haut, 2013; Daco, 2011; Garland, 2010);

A aspiração do TET só deve ser feita quando se identificar essa necessidade, e não de forma rotineira (Cooper e Haut, 2013; Daco, 2011; Garland, 2010);

A condensação no circuito do ventilador deve ser removida antes do posicionamento do recém-nascido de forma a prevenir a sua aspiração (Cooper & Haut, 2013; Garland, 2010);

Deve ser feita higiene da boca com leite materno, sempre que disponível para diminuir o risco de pneumonia associada ao ventilador (Cai et al., 2022).

Aspiração por Tubo Endotraqueal (TET)

A aspiração de secreções é um dos procedimentos mais frequentes nos utentes com via aérea artificial (Ozden e Gorgulu, 2012), sendo um procedimento chave para a manutenção da via aérea (Blakeman et al., 2022) uma vez que a presença de uma via aérea artificial pode levar ao aumento das secreções, à irritação tecidual, inibição da ação mucociliar e inibição do reflexo da tosse (Sha, 2004 como citado em Silva et al., 2018).

Apesar de frequente e aparentemente seguro, a aspiração de secreções por via aérea artificial não é isenta de complicações. Estas podem incluir taquicardia, aumento da pressão arterial média, arritmias, dessaturação (Blakeman et al., 2022), sangramento, atelectasia, elevação da pressão intracraniana, lesão da mucosa traqueal (Silva et al., 2018) e broncoespasmo (Edwards, 2018). Assim, a aspiração de secreções deve ser um procedimento no qual devem ser avaliados os prós e os contras da sua execução e que não deve ser executado de forma rotineira e programada, mas sim quando se verificarem sinais/sintomas que justifiquem a sua implementação (Blakeman et al., 2022; Edwards, 2018; Favretto et al., 2012; Silva et al., 2018).

Aspetos a ter em conta na aspiração de secreções:

A aspiração de secreções deve apenas ser realizada quando se identifica a sua necessidade, tendo-se verificado a mesma eficácia com menos complicações associadas, comparativamente à sua realização de forma rotineira (Blakeman et al., 2022).

A pressão de aspiração deve manter-se entre os 80 e os 100 mmHg em recém-nascidos, devendo ser verificada antes do início do procedimento, ocluindo a extremidade distal do tubo de aspiração. Utilizar a sucção apropriada minimiza os danos no epitélio traqueal, devendo ser utilizada pressão suficiente para remover eficazmente as secreções (Blakeman et al., 2022; Silva et al., 2018).

O diâmetro da sonda de aspiração deve ser menor que 70% do diâmetro interno do tubo endotraqueal, no caso dos recém-nascidos. A seleção do tamanho do cateter deve ser feita considerando tanto o tamanho do tubo quanto a consistência das secreções. Recomenda-se o uso do menor cateter de aspiração capaz de remover adequadamente as secreções (Blakeman

et al., 2022; Silva et al., 2018).

Deve ser confirmado o comprimento da sonda a introduzir antes do início do procedimento uma vez que a mesma não deve ultrapassar a extremidade distal do tubo endotraqueal. A medição adequada ajuda a prevenir lesões devido à inserção demasiado profunda da sonda. Esta não deve ser inserida até se sentir resistência - este procedimento causa lesões e cicatrizes na carina (Edwards, 2018; Blakeman et al., 2022; Silva et al., 2018).

Quanto à pré-oxigenação, a taxa de FiO₂ deve permanecer entre 10 a 20% acima do nível basal durante 30 a 60 segundos antes do procedimento e até 1 minuto após, devendo retornar ao valor basal assim que possível. A hiperoxigenação por rotina tem efeitos adversos como hipercapnia, atelectasia por absorção, reposta inflamatória e perda de volume pulmonar (Silva et al., 2018).

Não deve ser instilado NaCl 0.9% estéril na via aérea artificial. Este procedimento é comum para facilitar a aspiração das secreções, no entanto os estudos mais recentes demonstram que não é o procedimento mais adequado uma vez que pode contribuir para a colonização bacteriana e compromisso das trocas gasosas porque a maior percentagem do soro introduzido fica na árvore brônquica e não é eficazmente aspirado, nem facilita a fluidificação das secreções (Blakeman et al., 2022; Silva et al., 2018).

A aspiração das secreções não deve ultrapassar os 10 a 15 segundos por inserção da sonda devido ao risco de hipoxemia e a evidência não apoia a aplicação de pressão intermitente, rotação da sonda ou virar a cabeça da criança de um lado para o outro (Elsevier, nd).

Em cada aspiração só se deve inserir a sonda um máximo de 3 vezes para minimizar o risco de trauma da mucosa, hipoxemia, broncoespasmo, traqueíte necrosante, infecção e desconforto, além de aumentar a probabilidade de barotrauma (Silva et al., 2018).

Dreno torácico

Um dreno torácico é um tubo flexível inserido na parede torácica, até ao espaço pleural. A sua presença cria uma pressão negativa dentro do tórax, permitindo a drenagem de líquido ou ar que se encontra na cavidade torácica (Ravi & McKnight, 2022).

A manutenção dos drenos torácicos depende de médico para médico, não existindo uma norma que sirva para todos os casos, no entanto existem alguns aspetos a ter em consideração na manipulação e manutenção destes dispositivos (Ravi & McKnight, 2022):

O reservatório deve estar sempre abaixo do nível da criança para prevenir que o líquido drenado reflua para o espaço pleural (Broster et al., 2021; Hutching & Sanchez, 2021; Thames Valley Neonatal Network Quality Care Group, 2018);

Assegurar-se que existem duas pinças junto da incubadora para o caso de haver desconexão acidental do sistema de drenagem (Broster et al., 2021; Hutching & Sanchez, 2021; Thames Valley Neonatal Network Quality Care Group, 2018);

Verificar frequentemente se a conexão do sistema se encontra bem adaptada (Broster et al., 2021; Hutching & Sanchez, 2021);

Garantir a permeabilidade do dreno assegurando que o mesmo não se encontra dobrado ou enrolado (Broster et al., 2021; Hutching & Sanchez, 2021; Thames Valley Neonatal Network Quality Care Group, 2018);

O dreno não deve ser clampado, exceto no caso de necessidade de troca do sistema de drenagem ou no caso de transferência do recém-nascido para a incubadora de transporte, e deve ser descampado assim que possível (Broster et al., 2021; Hutching & Sanchez, 2021);

A mobilização do recém-nascido deve ser feita por duas pessoas para se assegurar que não existe deslocamento do dreno nem desconexão do sistema de drenagem (Broster et al., 2021);

Enquanto permanecer com o dreno, o recém-nascido não deve ser retirado da incubadora para ir ao colo (Broster et al., 2021);

O penso do local de inserção do dreno deve ser trocado se se encontrar repassado, e o local de inserção deve ser observado para identificação precoce de sinais inflamatórios (Broster et al., 2021; Hutching & Sanchez, 2021; Thames Valley Neonatal Network Quality Care Group, 2018).

Cateter urinário

A cateterização urinária é um procedimento invasivo associado a diversas complicações, sendo as mais comuns a infeção do trato urinário e o traumatismo da uretra. Assim existem alguns cuidados que devem ser tidos em conta no manuseio deste dispositivo:

O meato urinário e a sonda vesical devem ser avaliados pelo menos 1x turno para se garantir que o tubo não se encontra dobrado e que não está a ser repuxado causando assim traumatismo;

Garantir que o coletor se encontra pendente (abaixo do nível da bexiga) e que não toca no chão;

O saco coletor deve ser esvaziado pelo menos 1x turno;

Deve manter-se o sistema sempre fechado.

Manter a higiene da região perineal;

O cateter só se deve manter enquanto for estritamente necessário (Newman, 2007).

Cateter central

O cateterismo venoso central é uma prática comum nas unidades de cuidados intensivos neonatais, no entanto está acompanhado de um elevado número de complicações devido a tratar-se de um procedimento invasivo (Neto et al., 2004).

O cateter Epicutâneo - Cava (CEC) é um cateter central de inserção periférica, ou seja, é inserido numa veia periférica mas a sua extremidade fica alojada num vaso central (normalmente a veia cava superior ou inferior) (Barone e Pittiruti, 2019).

Cuidados a ter com o CEC:

Na sua colocação deve ser utilizada técnica asséptica, assim como na sua manipulação e remoção;

Deve ser fixado sempre em 2 pontos para não permitir a sua mobilização;

A fixação deve ser realizada com steristrips e adesivo transparente, que permitam observar o local de inserção, sendo que nunca deve abranger toda a circunferência do braço para não provocar estase venosa;

O penso só deve ser trocado quando estiver pouco aderente, houver sangue ou líquido extravasado no local de inserção ou o cateter se tiver dobrado ou mobilizado;

Quando se proceder à troca do penso o local de inserção deve ser desinfetado com solução de clorhexidina ou iodopovidona;

Se ainda houver hemorragia na altura de colocar o penso pode ser colocada uma compressa esterilizada no local, devendo ser trocado o penso assim que a hemorragia parar.

Deve ser colocada uma compressa esterilizada debaixo do canhão do cateter para diminuir a pressão na pele;

No final da colocação a sua posição deve ser confirmada através de radiografia, não devendo ser utilizado o cateter até à confirmação da sua posição;

Por ser um cateter muito frágil não deve ser utilizado para administração de fluidos viscosos, administração de concentrado eritrocitário ou colheita de sangue;

Devem ser utilizadas apenas seringas de 10ml para administração de bólus pelo CEC devido às altas pressões que as seringas mais pequenas causam no mesmo;

O local de inserção deve ser inspecionado no início do turno e ser feito o registo que deve incluir o aspecto visual do local de inserção e a integridade do penso. A zona em redor da inserção e todo o membro devem ser avaliados para certificar que não existe edema ou eritema no local de inserção e ao longo de todo o trajeto;

O CEC deve ser removido assim que já não seja necessário. O tempo de permanência do CEC nunca deve exceder as indicações do fabricante, no entanto a remoção eletiva às 4 semanas revelou-se a mais benéfica a nível de risco infeccioso/longevidade do cateter (Almeida et al., 2012; Neto et al., 2004).

Complicações dos CVC:

Sépsis;

Infeção na zona de inserção;

Flebite/ tromboflebite;

Infiltração dos líquidos em perfusão;

Oclusão do cateter;

Fratura do cateter;

Migração do cateter;

Exteriorização do cateter;

Perfuração do miocárdio;

Derrame pericárdico;

Tamponamento cardíaco;

Derrame pleural;

Arritmia cardíaca;

Embolia gasosa;

Trombose;

Síndrome da veia cava superior (Almeida et al., 2012; Neto et al., 2004).

6.5. Domínios

Início

13-01-2024 16:00Consciência
13-01-2024 16:00Sensações somáticas
13-01-2024 16:00Sistema respiratório
13-01-2024 16:00Sistema cardiovascular
13-01-2024 16:00Eliminação intestinal
13-01-2024 16:00Eliminação urinária
13-01-2024 16:00Pele e mucosas

Domínios

Fim

19-01-2024 22:00

Início	Domínios	Fim
13-01-2024 16:00	Termorregulação	
13-01-2024 16:00	Volume de líquidos	
13-01-2024 16:00	Secreção e excreção de leite	
13-01-2024 16:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
13-01-2024 16:00	Recém-nascido	
13-01-2024 16:00	Atitudes terapêuticas	
13-01-2024 16:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
13-01-2024 16:00	Desenvolvimento físico	
19-01-2024 22:00	Reflexo de sucção	
19-01-2024 22:00	Deglutição	
19-01-2024 22:00	Sono	
19-01-2024 22:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	

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

Consciência (1ª Sessão)

"*Status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior*" (ICN, 2019).

A Carina foi submetida a cirurgia, encontrando-se sedo-analgesiada e curarizada pelo que a vigilância do seu estado de consciência é de extrema importância para evitar a ocorrência de complicações da cirurgia. Por um lado para manutenção dos dispositivos, especialmente a sonda transanasomótica que não pode ser mobilizada, e por outro lado deve manter-se imóvel e com a cervical em flexão devido à tensão da anastomose.

Sensações somáticas (mais concretamente a Dor) (1ª e 2ª Sessão)

Segundo a CIPE (ICN, 2019) trata-se de "*Percepção comprometida: 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*".

Segundo a DGS (2003), a dor é considerada o 5º sinal vital, uma vez que se trata de um sintoma transversal as situações patológicas e o seu controlo é considerado um dever dos profissionais e um direito dos utentes. Como referido anteriormente, no enquadramento teórico, a cirurgia a que a Carina foi submetida tem grande potencial de provocar dor, bem como a presença de todos os dispositivos associados (tubo endotraqueal, dreno torácico e sonda vesical), pelo que é importante estar atento a manifestações de dor por parte da recém-nascida para garantir o seu máximo conforto.

Sistema respiratório (1ª e 2ª Sessão)

A Carina encontra-se em ventilação mecânica invasiva pelo que o sistema respiratório deve ser foco da minha atenção, especialmente os sinais de possível compromisso das trocas gasosas.

Sistema cardiovascular (1ª e 2ª Sessão)

A Carina encontra-se sedo-analgesiada, com perfusão de morfina e midazolam que podem provocar alterações disritmias cardíacas (bradi e taquicardias) pelo que este foco deve ser alvo da minha atenção.

Eliminação intestinal (1ª e 2ª Sessão)

A Carina encontra-se em regime de nada pela boca desde o nascimento, assim como se encontra com medicação com potencial efeito obstipante. É importante observar se existe eliminação do mecónio, e mais tarde, após início da alimentação se as fezes se mantêm adequadas, para evitar desconforto.

Eliminação urinária (1ª e 2ª Sessão)

Permite avaliar o estado de hidratação da recém-nascida, bem como é importante a sua contabilização para cálculo do balanço hídrico.

Pele e mucosas (1ª e 2ª Sessão)

A Carina encontra-se sedo-analgesiada e curarizada pelo que não é capaz de alterar a posição do corpo, encontrando-se também com diversos dispositivos invasivos o que pode levar ao desenvolvimento de úlceras por pressão.

A coloração das mucosas e da pele podem ser indicativas do estado de hidratação e oxigenação da recém-nascida.

Termorregulação (1ª e 2ª Sessão)

Segundo a CIPE (ICN, 2019), é um "*Processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal*".

Enquanto recém-nascida, a Carina apresenta fatores que a predispõe a uma maior perda de

calor, como a grande superfície corporal (que normalmente é compensada nos recém-nascidos pela posição fletida do corpo, mas que neste caso não ocorre da mesma maneira uma vez que se encontra sedo-analgesiada e curarizada) e uma camada de gordura subcutânea fina que não promove a retenção de calor. Para além disso, a produção de calor nos recém-nascidos dá-se por um mecanismo de termogénese com consumo de energia e oxigénio (Hockenberry et al., 2019), pelo que é de extrema importância a manutenção da temperatura adequada nos recém-nascidos gravemente doentes. Este controlo é feito pela incubadora, que permite a regulação da temperatura no seu interior, bem como da humidade do ar.

Volume de líquidos (1ª e 2ª Sessão)

Os recém-nascidos estão mais propensos à desidratação, e acidose pela imaturidade dos seus sistemas (Hockenberry et al., 2019). Neste caso, a Carina apresenta ligeiros edemas generalizados e tem prescrição médica de realização de balanço hídrico de 12/12 horas.

Secreção e excreção de leite (Mãe) (1ª e 2ª Sessão)

O leite materno é o melhor alimento para os recém-nascidos e lactentes até aos seis meses de vida, devido aos seus múltiplos benefícios (Levy & Bértolo, 2012). A mãe da Carina quer amamentar a filha quando a mesma for capaz de tal, e para que o consiga fazer necessita de estimular e extrair leite de forma a conseguir manter a sua produção.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho (1ª e 2ª Sessão)

"Ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança" (ICN, 2019).

O internamento de um recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais provoca nos pais sentimentos negativos como a tristeza, a ansiedade, o medo e a culpa. Muitas vezes estes sentimentos associados à separação física do recém-nascido, bem como à impossibilidade de cuidarem do/a filho/a pode dificultar a criação da ligação entre ambos (Fernandes et al., 2014). Os enfermeiros devem por isso estar capacitados e sensibilizados a identificarem estes sentimentos de forma a ajudar os pais a lidar com eles (Gomes, 2004), criando oportunidade de se desenvolver uma ligação mãe/pai-filho positiva.

Recém-nascido (1ª e 2ª Sessão)

Recém-nascido é a criança que tem entre 0 e 28 dias de vida, sendo este o tempo de transição

entre a "dependência intrauterina e a existência "autónoma"" (Vilaça e Ramos, 2020, pág 107).

Deste modo a Carina, com quatro dias de vida encontra-se neste período desenvolvimental, pelo que tem necessidades características que devem ser asseguradas.

Reflexo de sucção e deglutição (2ª sessão)

Após extubação a Carina irá realizar um raio-x contrastado, ou seja, terá de ingerir uma pequena quantidade de líquido radiopaco para verificação do trajeto do mesmo e identificação de possível deiscência da anastomose. Desta forma é necessário avaliar a sua capacidade de sucção e deglutição de forma a fazê-lo em segurança e possivelmente iniciar alimentação por via oral.

Sono (2ª sessão)

Quanto ao sono, este é definido pela CIPE (ICN, 2019) como "Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos."

O sono é um processo que serve para reorganizar as funções corporais e garantir a recuperação física e psíquica. Durante o sono dá-se a renovação celular, a produção de hormonas e anticorpos. Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017) e desenvolvimento psicomotor (Salavessa e Vilariça, 2009).

Durante o internamento, o barulho, as manipulações frequentes e o desconforto associado à presença de dispositivos pode provocar alterações no sono (Meltzer et al., 2012).

O recém-nascido dorme em média 17 horas, sendo despertado pela sensação de fome (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Ligação filho-mãe/pai (2ª sessão)

"O processo de vinculação consiste numa ligação emocional entre o recém-nascido e os pais ou o cuidador" (Querido et al., 2020, pág. 63). É extremamente importante promover a interação entre o recém-nascido e os pais o mais precocemente possível de forma a estabelecer o processo vincutivo. Tal poderá acontecer através do toque, da massagem, da amamentação e do contacto pele-a-pele (Querido et al., 2020).

6.6. Conceção de Cuidados

Consciência

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Com indícios de compromisso da consciência.

13-01-2024 16:00 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Abertura dos olhos: nenhuma.

13-01-2024 16:00 - Resposta verbal: nenhuma.

13-01-2024 16:00 - Resposta motora: nenhuma.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da consciência [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da consciência [3/3 horas ou em SOS] [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h] [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Prevenir aspiração [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [Contínuo] [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Lavar cavidade oral [1x turno] [FIM] 19-01-2024 22:00

Sensações somáticas

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Sem manifestação de dor.

13-01-2024 16:00 - Determinar sinais de dor

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [3/3 horas ou em SOS]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Reflexo de sucção

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Com acanolamento da língua.

19-01-2024 22:00 - Com peristaltismo da língua.

19-01-2024 22:00 - Com força de sucção.

Sistema respiratório

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Frequência respiratória: 40 ciclos/min.

13-01-2024 16:00 - Ritmo respiratório regular.

13-01-2024 16:00 - Movimento respiratório simétrico.

13-01-2024 16:00 - Profundidade da ventilação: inspições normais.

13-01-2024 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

13-01-2024 16:00 - Sem adejo nasal.

13-01-2024 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue

13-01-2024 16:00 - Periférico(a): 99 %.

13-01-2024 16:00 - Coloração da mucosa: rosada.

13-01-2024 16:00 - Reflexo da tosse: ausente.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da ventilação

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da ventilação [Contínuo]

13-01-2024 16:00 - Limpeza da via aérea comprometida [RESOLVIDO] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Melhorar limpeza da via aérea [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Aspirar via aérea [Em SOS] [FIM] 19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Frequência respiratória: 50 ciclos/min.

19-01-2024 22:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

19-01-2024 22:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

19-01-2024 22:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

19-01-2024 22:00 - Sem adejo nasal.

19-01-2024 22:00 - Saturação do oxigênio no sangue

19-01-2024 22:00 - Periférico(a): 96 %.

19-01-2024 22:00 - Coloração da mucosa: rosada.

19-01-2024 22:00 - Reflexo da tosse: presente [MELHOROU].

19-01-2024 22:00 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Localização do Pulso

13-01-2024 16:00 - Tórax

13-01-2024 16:00 - Frequência do pulso: 115 pulsações por minuto.

13-01-2024 16:00 - Pulso de amplitude mediana e irregular.

13-01-2024 16:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-01-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o)

13-01-2024 16:00 - Temperatura das extremidades

13-01-2024 16:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

13-01-2024 16:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

13-01-2024 16:00 - Coloração das extremidades

13-01-2024 16:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

13-01-2024 16:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Localização do Pulso

19-01-2024 22:00 - Tórax

19-01-2024 22:00 - Frequência do pulso: 132 pulsações por minuto.

Deglutição

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

Eliminação intestinal

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Ausência de dejeções.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [3/3h ou em SOS]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [PIOROU].

19-01-2024 22:00 - Fezes: em moderada quantidade.

19-01-2024 22:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

19-01-2024 22:00 - Coloração das fezes: escura não hemática.

Eliminação urinária

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Quantidade de urina: 25 ml.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [3/3h]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Quantidade de urina: 30 ml.

19-01-2024 22:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

19-01-2024 22:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Pele e mucosas

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

13-01-2024 16:00 - Ferida cirúrgica

13-01-2024 16:00 - Localização da ferida cirúrgica

13-01-2024 16:00 - Tórax Direita(o)

19-01-2024 22:00 - Localização da ferida cirúrgica

19-01-2024 22:00 - Tórax Direita(o)

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [2/2 dias ou em SOS]

13-01-2024 16:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

13-01-2024 16:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [2/2 dias]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Temperatura corporal periférica

13-01-2024 16:00 - Região axilar: 36.20 °C.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Contínuo]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Temperatura corporal periférica

19-01-2024 22:00 - Região axilar: 36.60 °C.

Volume de líquidos

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

13-01-2024 16:00 - Peso: 2.60 Kg.

13-01-2024 16:00 - Fontanelas normais.

13-01-2024 16:00 - Edema [RESOLVIDO] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Localização do edema

13-01-2024 16:00 - Corpo

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução de sinais de edema [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [1x turno] [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [No fim de cada turno] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de entrada de líquidos [Sempre que haja administração de líquidos] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução do balanço hídrico [12/12 horas] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Diminuir edema [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Massajar [3/3h] [FIM] 19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Turgor da pele normal [MELHOROU].

19-01-2024 22:00 - Pele hidratada.

Sono

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Dormiu por períodos longos.

19-01-2024 22:00 - Sono reparador.

19-01-2024 22:00 - Determinar evolução do sono

19-01-2024 22:00 - Avaliar evolução do sono [1x turno]

Secreção e excreção de leite

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

13-01-2024 16:00 - Lactação

13-01-2024 16:00 - Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após.

19-01-2024 22:00 - Mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após [MANTEVE].

13-01-2024 16:00 - Presença de leite na mama.

19-01-2024 22:00 - Presença de leite na mama.

13-01-2024 16:00 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes.

19-01-2024 22:00 - Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes [MANTEVE].

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da lactação [Diário]

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da lactação

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da lactação [Diário]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

13-01-2024 16:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Diário]

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Diário]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

19-01-2024 22:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

19-01-2024 22:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

19-01-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

19-01-2024 22:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

19-01-2024 22:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Contínuo]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - 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.

19-01-2024 22:00 - Determinar evolução da vinculação

19-01-2024 22:00 - Avaliar evolução da vinculação [Diário]

19-01-2024 22:00 - Promover papel parental especial: vinculação

19-01-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação: facilitador.

Desenvolvimento físico

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução do crescimento

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução do crescimento [2/2 dias]

19-01-2024 22:00

19-01-2024 22:00 - Peso: 2.68 Kg.

19-01-2024 22:00 - Percentil do peso: P(3).

Recém-nascido

13-01-2024 16:00

13-01-2024 16:00 - Recém-nascido

13-01-2024 16:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [1x turno] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Determinar complicação no coto do cordão umbilical [FIM]

19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Avaliar evolução de complicações no coto do cordão umbilical [em SOS] [FIM] 19-01-2024 22:00

13-01-2024 16:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer

necessidades desenvolvimentais

19-01-2024 22:00 - Dar banho [Turno da manhã]

13-01-2024 16:00 - Executar cuidados de higiene oral [1x turno]

13-01-2024 16:00 - Trocar fralda [Se apresentar dejeção]

13-01-2024 16:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [Diário] [FIM] 19-01-2024
22:00

6.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da lactação

- Questionar a mãe sobre a estimulação no domicílio;
- Observar a lacto-extração;
- Observar a quantidade de leite extraído a cada extração.

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Limpeza com soro fisiológico tépido e penso simples oclusivo.

Executar cuidados de higiene oral

- Higiene da boca com leite materno

Otimizar sonda gástrica

- Instilar 2ml de ar a cada 3 horas para manutenção da permeabilidade da sonda transanastomótica.

Otimizar dreno

- Garantir a permeabilidade do dreno utilizando um mugidor pelo menos 1x turno.

Executar tratamento ao local de inserção do dreno

- Limpeza com soro fisiológico tépido e aplicação de penso oclusivo simples.

Avaliar evolução de sinais de dor

- Com recurso à escala N-Pass.

Gerir a pressão do cuff

- Confirmar a pressão do cuff: 20cmH₂O

Otimizar incubadora

- Garantir temperatura do ar suficiente para manutenção de temperatura corporal da recém-nascida entre 36,5º e 36,8ºC

Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

- Observar se a mãe/o pai observam a recém-nascida, se lhe tocam e se participam nos cuidados

6.8. Síntese relativa ao caso

Indicadores de resultado

Consciência comprometida

Que a Carina apresente uma pontuação de 3 na Escala de coma de Glasgow;

Que a Carina não apresente úlceras por pressão;

Que a Carina não apresente episódios de aspiração.

Limpeza da via aérea comprometida

Que a Carina apresente a via aérea permeável.

Ferida cirúrgica

Que a ferida cirúrgica do tórax à direita cicatrize sem intercorrências.

Edema

Que a Carina apresente diminuição do edema corporal.

Lactação

Que a mãe da Carina mantenha a intenção de a alimentar com leite materno;

Que a mãe da Carina mantenha a produção de leite materno.

Recém-nascido

Que a Carina se apresente limpa;

Que o coto umbilical se mantenha limpo e seco;

Que o coto umbilical não apresente sinais de infecção.

Considerações face à conceção de cuidados

Conforme foi sendo referido ao longo desta conceção de cuidados, os cuidados de enfermagem ao recém-nascido gravemente doente incide, por um lado na manutenção das funções vitais, garantindo o seu conforto e, por outro lado o apoio emocional aos pais e o seu envolvimento neste período crítico para o desenvolvimento de ligações afetivas que ditarão o tipo de relação que existirá entre pais e filhos.

Neste caso em específico, a recém-nascida encontrava-se, no primeiro momento, num momento pós cirúrgico onde era necessária estimulação mínima e alguma imobilidade. Assim, neste momento inicial, a participação dos pais acaba por ser mínima, incidindo principalmente no observar e no tocar a criança, cabendo ao enfermeiro a estimulação destes comportamentos, essenciais para a criação da ligação entre mãe/pai e filha.

No segundo momento, uma vez que a recém-nascida já não se encontra sedada nem ventilada, e já se apresenta alerta, cabe ao enfermeiro promover o início da participação dos pais nos cuidados inerentes à faixa etária, como por exemplo trocar a fralda, sendo ainda necessária a execução de procedimentos e cuidados inerentes à situação patológica da criança, já com maior participação dos pais nos cuidados.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde, atualmente, evidenciam uma maior exigência técnica e científica, sendo a especialização e diferenciação dos enfermeiros uma tendência cada vez mais real (OE, 2019a) e necessária, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e para os seus clientes (Lopes et al., 2018).

No que respeita aos cuidados de enfermagem, sabe-se atualmente, que o número de enfermeiros, as suas qualificações e as condições em que praticam a sua atividade estão intimamente ligadas à qualidade e segurança dos serviços prestados (Lopes et al., 2018).

O Enfermeiro Especialista (EE), “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (OE, 2019a p. 4744). Ou seja, é um enfermeiro especializado numa determinada área clínica, que adquiriu as competências e o know-how adicional para providenciar cuidados mais especializados nessa determinada área (Lopes et al., 2018).

A OE preconiza que para a atribuição do título de EE, o enfermeiro detenha um conjunto de competências transversais a todas as áreas de especialidade- as competências comuns do EE- que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019a, p. 4744); bem como as competências específicas da sua área de especialidade, que têm como objetivo, no caso do EESIP, a resposta em “áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (OE, 2018, p. 19192).

Segundo Fleury & Fleury, competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (Fleury & Fleury, 2001, p. 188).

Desta forma, este capítulo tem o objetivo de descrever o percurso formativo ao longo do curso de MESIP, especialmente durante os ENP, e em como este contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESIP.

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes: as competências comuns do EE e as competências específicas do EESIP.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE organizam-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a OE preconiza que as competências do EE se baseiem no conhecimento da ética e deontologia, na avaliação metódica das melhores práticas e nas preferências do cliente. Este deve demonstrar uma prática respeitosa dos direitos humanos através do exercício seguro, profissional e ético da profissão (OE, 2019a). Posto isto, são consideradas duas competências no âmbito deste domínio:

A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A deontologia é “um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral” (OE, 2015a, p. 11). O Código Deontológico da OE preconiza, como primeiro dever no exercício da profissão, que este seja assente em “adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p. 78), assim como “Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão” (OE, 2015a, p. 78). Desta forma, é basilar que a tomada de decisão e os cuidados de enfermagem se alicercem em princípios ético-legais e que tenham em consideração a preferência dos clientes, sempre que estes a consigam exprimir, sendo que quando tal não é possível, o enfermeiro deve ser o defensor dos maiores interesses do cliente. A deontologia de enfermagem reconhece no doente uma dignidade absoluta, sendo esta baseada na individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia de cada um e que carece de ser respeitada durante a prestação de cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

Sendo a responsabilidade profissional, a ética e o cumprimento das normas legais princípios fundamentais da prática de enfermagem, estes fazem parte da prática diária. No entanto, durante o percurso formativo neste curso de MESIP, foi possível aprofundar conhecimentos acerca de vários temas, incluindo os códigos de ética profissional, as leis da saúde e os direitos

dos utentes e das crianças, especialmente durante a UC “Epistemologia e Ética de Enfermagem”, lecionada no primeiro semestre do curso. Esta UC proporcionou oportunidades para reflexão acerca das práticas dos diversos profissionais e das minhas próprias, tendo despertado uma maior consciência para este domínio aquando do exercício profissional.

Desta forma, os ENP foram norteados pela responsabilidade profissional, respeito pela criança e sua família e pelos seus direitos, assim como nos princípios éticos e legais que regem a profissão de Enfermagem, que se concretizaram na participação na tomada de decisão em equipa, baseada em conhecimentos e experiência; no respeito pelos direitos humanos, pela individualidade, privacidade e dignidade dos clientes; na construção de estratégias para a resolução de problemas em parceria com a criança e a família; na transmissão da informação adequada e atualizada à criança e família para que as suas tomadas de decisão fossem informadas e baseadas na evidência mais atual; e no respeito pelos valores, costumes e crenças específicas de cada criança e sua família.

A título de exemplo, no SUP, um serviço frequentemente sobrelotado, por vezes é difícil garantir a privacidade e individualidade de cada criança e das famílias. Neste serviço, a garantia da privacidade de cada um passou pela colocação de biombos aquando da realização de procedimentos invasivos, que pudessem colocar em causa a privacidade da criança. Para além disso, sempre que a condição clínica da criança permitia, a realização dos procedimentos efetuava-se na sala de tratamentos. A dificuldade em garantir a privacidade não é um aspeto tão evidente nos restantes serviços onde decorreu o estágio, no entanto também nestes foram feitos esforços de forma a garantir a mesma.

B. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a OE considera que o EE tem um papel importante na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, na avaliação da qualidade das práticas e na sua eventual revisão, bem como na implementação de programas de melhoria contínua. Sempre com o objetivo de atingir um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019a).

Desta forma, considera a aquisição de três competências neste domínio:

- B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e

satisfação do cidadão” (Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde, p. 13551), sendo considerada uma tarefa multiprofissional, ou seja, esta não é passível de ser atingida apenas pelos cuidados de enfermagem, mas também não é possível de se obter sem eles (OE, 2001).

A melhoria contínua da qualidade consiste num processo dinâmico de melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Nicolau e Escoval (2010) referem que a melhoria da qualidade assenta numa abordagem sistemática, coordenada e baseada em prioridades com objetivo da melhoria do desempenho funcional e a redução dos custos operacionais de uma organização.

Deste modo, o papel do EE visa a implementação de uma cultura organizacional que implica o desenvolvimento de ações preventivas e corretivas, com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A segurança do doente é atualmente uma componente fundamental da qualidade na saúde, e tem integrado a agenda nacional como uma das prioridades da melhoria da qualidade em saúde desde 2004 (DGS, 2022).

Mundialmente, a OMS adotou o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 que tem como objetivo um mundo onde não existam “danos relacionados com os cuidados de saúde e são prestados cuidados seguros, personalizados, de forma respeitosa, a todos os doentes, ao longo do ciclo de vida” (DGS, 2022, p. 17). Baseado neste documento foi desenvolvida uma estratégia nacional com o objetivo de cimentar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde- o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Esta estratégia assenta em cinco pilares (DGS, 2022):

Cultura de segurança: fundamental para reduzir incidentes na prestação de cuidados, bem como propiciar um ambiente seguro para profissionais e doentes. A literacia em saúde é uma das bases deste pilar considerando a atual inclusão dos doentes, familiares e cuidadores na cultura de segurança.

Liderança e Governança: A liderança é um fator determinante para uma governança de excelência. Ao priorizarem, desenvolverem e criarem condições que garantam uma cultura organizacional centrada na segurança dos doentes, elevam a instituição para um nível em que todos sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema.

Comunicação: Uma comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros. A comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares é essencial na prevenção de eventos adversos.

Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança: O reporte dos incidentes de segurança voltado para a não culpabilização dos notificadores, permite a aprendizagem e evita a repetição do erro. As notificações devem promover a aprendizagem e a consequente implementação de ações de

melhoria. Os sistemas de notificação são um importante instrumento na segurança do doente, sendo as suas características essenciais ser um sistema anónimo, confidencial e não punitivo.

Práticas Seguras em Ambientes Seguros: A construção de ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros envolve um esforço de todos os profissionais para assegurar condições físicas, técnicas e operacionais. Portugal tem como programa prioritário em saúde o Programa Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Este dedica-se, como o próprio nome indica, à prevenção e controlo de IACS, à promoção do bom uso de antimicrobianos e à redução de Reações Adversas a Medicamentos (RAM). Tendo-se observado nos últimos anos uma evolução positiva nas áreas de intervenção deste programa (DGS, 2022).

Neste sentido, foi possível durante os ENP conhecer a cultura de segurança dos serviços, assim como os projetos para a melhoria contínua da qualidade que cada um deles se encontrava a desenvolver, e que já foram apresentados no capítulo da contextualização dos locais de estágio.

Uma das práticas que ocorrem nos serviços hospitalares, e com a qual pude contactar é a comunicação segura recorrendo à mnemónica ISBAR. Esta é uma forma eficaz de transferência de informação clínica dos doentes, entre as equipas envolvidas na prestação de cuidados. Pude verificar a utilização desta ferramenta aquando da transferência de cuidados entre serviços, assim como durante as passagens de turno. Esta técnica consiste na aplicação de uma mnemónica de forma a organizar e facilitar a passagem de informação de um doente: I- Identity- Informação acerca da identidade do doente; S- Situation - motivo que levou à necessidade de cuidados; B- Background- Antecedentes relevantes; A- Assessment- Avaliação da situação atual; R- Recommendations- Recomendações/ plano para o doente (DGS, 2017).

As transições de cuidados são momentos frequentes, sendo consideradas situações vulneráveis para o doente, pelo risco na manutenção da comunicação eficaz entre profissionais de saúde. Estas baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, devendo ser assegurada uma comunicação precisa e atempada de informações. Desta forma contribuem para a redução da ocorrência de erros e evitam lacunas na transmissão da informação, o que pode causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (DGS, 2017). Neste sentido, a minha comunicação primou pela adesão a esta mnemónica, de forma a garantir que não ocorriam falhas e que toda a informação relevante era transmitida para assegurar a continuidade de cuidados e a segurança da criança.

A segurança do doente também pode ser comprometida quando não há lugar ao adequado cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), tais como o uso adequado de equipamentos de proteção individual, a adesão à higiene das mãos, a colocação adequada de doentes, o cumprimento da etiqueta respiratória, a descontaminação do equipamento clínico, as medidas de controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos e a adesão a práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (DGS, 2013b).

Durante os ENP pude verificar que os profissionais de saúde, no geral, aderem às PBCI, sendo o SUP o local no qual verifiquei uma maior dificuldade na implementação das mesmas. Sendo um serviço frequentemente sobrelotado, por vezes não é possível manter uma distância de segurança entre crianças doentes e é difícil conseguir que estas utilizem máscaras cirúrgicas quando apresentam sintomatologia respiratória, assim como não existe uma efetiva colocação de doentes, ou seja, não é possível separar as crianças de acordo com a sintomatologia que apresentam. No entanto, as ações no sentido do controlo de infeção não são apenas da responsabilidade dos profissionais e é perceptível o esforço destes no sentido de educar os pais e as crianças para o cumprimento de normas de controlo de infeção. Nos serviços de internamento (internamento pediátrico e UCIN) consegui perceber um grande cuidado por parte dos profissionais no sentido de cumprirem com todas as PBCI, sendo que esta foi também a minha conduta ao longo dos ENP.

Uma prática de segurança do doente que verifiquei que não seria parte da cultura de segurança da generalidade dos serviços é a notificação de incidentes. Apesar do conhecimento por parte dos profissionais da necessidade de o fazer e da forma como o deviam fazer, esta prática não faz parte do dia-a-dia destes, sendo que presenciei a ocorrência de incidentes que deveriam ter sido notificados e não foram, como por exemplo incumprimentos nas dietas das crianças.

C. Domínio da gestão dos cuidados

Segundo a OE, o EE é responsável pela gestão dos cuidados, otimizando as terapêuticas de enfermagem e da equipa multidisciplinar, com vista à garantia da segurança e qualidade das mesmas. Este adequa os recursos existentes às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados, sendo que para isso necessita de possuir um conjunto de conhecimentos acerca de legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados que deve mobilizar e aplicar nas suas funções (OE, 2019a).

Desta forma, considera a aquisição de duas competências neste domínio:

- C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Durante os ENP, os enfermeiros tutores do serviço de internamento de pediatria e da UCIN assumiam funções como coordenadores de equipa, o que se revelou extremamente enriquecedor no que diz respeito ao desenvolvimento desta competência. Foi possível acompanhar o processo de gestão dos cuidados no que diz respeito à distribuição de doentes e na otimização do processo de tomada de decisão. Foi perceptível a forma como estes EE atuavam como assessores dos restantes elementos da equipa multidisciplinar quando existiam

dúvidas acerca de algum assunto, colaborando assim para a tomada de decisão em equipa. O papel do enfermeiro coordenador é de extrema importância no que diz respeito à reorganização dos cuidados em situações inesperadas, como acontece, por exemplo, no SUP, quando é ativada a sala de emergência e os restantes elementos da equipa de enfermagem têm de se reorganizar de forma a manter o funcionamento do serviço, o que também acontece no caso de descompensações na UCIN e no internamento de pediatria.

Este enfermeiro deve assumir um papel de líder, adequado ao serviço onde se insere de forma a favorecer a melhor resposta da equipa e dos indivíduos, fomentando um ambiente positivo e aplicando estratégias de motivação.

D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE fundamenta a tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, reconhecendo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no que diz respeito à investigação (OE, 2019a). Para tal, deve demonstrar “capacidade de autoconhecimento, (...) reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” (OE, 2019a, p. 4749).

Também a deontologia de enfermagem, se refere a este tema, nos seus artigos 100º e 109º, onde refere que o enfermeiro deve “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015a, p. 81) e “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015a, p. 85-86), respetivamente.

Desta forma, considera a aquisição de duas competências neste domínio:

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O EE é um ser humano e como tal tem valores, crenças e significados próprios das suas vivências e experiências. De forma a otimizar as terapêuticas de enfermagem, este deve reconhecer em si os fatores que podem interferir no relacionamento com os clientes e/ou com a equipa multidisciplinar, gerir as suas idiossincrasias e reconhecer os limites do seu papel. Deve ainda ser capaz de gerir as suas emoções e sentimentos de forma a responder eficientemente às necessidades dos clientes, mesmo sob pressão e cabe-lhe reconhecer antecipadamente situações de eventuais conflitos utilizando adequadamente técnicas para a sua resolução.

Este percurso formativo foi sem dúvida um percurso de crescimento pessoal e profissional, onde me deparei com situações extremamente delicadas e onde foi colocada à prova a minha capacidade de gerir sentimentos e emoções, assim como atuar sob pressão, nas situações

críticas. Considero que os ENP me proporcionaram ainda vários momentos de reflexão acerca da minha relação com os clientes e com a equipa multidisciplinar tendo-me permitido desenvolver esta competência de forma a tirar o maior proveito destas relações em prol do bem e da segurança das crianças. Isto consistiu, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias diferentes que me permitiram criar relações terapêuticas com as crianças e com os pais de forma a conseguir que os pais partilhassem, de forma sincera e não sujeita a julgamento, os seus receios e as suas dúvidas. Desta forma consegui compreender efetivamente as suas dificuldades e capacitá-los de forma a obter ganhos em saúde para aquela criança e família. Destaco a experiência com uma mãe de uma RN que havia sido transferida da UCIN devido a um risco infeccioso, e que pela primeira vez estaria aos cuidados da mãe. Tratava-se de uma mãe de primeira viagem, bastante insegura e que solicitava a presença do enfermeiro responsável pela filha para todo o tipo de cuidados, nomeadamente, mudar a fralda, dar banho e dar o biberão. A alta desta RN estaria próxima pelo que esta dependência que a mãe tinha da equipa de enfermagem não poderia continuar pois teria de levar a sua filha para casa e ser a sua cuidadora, no entanto ainda ninguém tinha tido a oportunidade de compreender junto da mãe o porquê daquela necessidade e de lhe reforçar a importância de se tornar autónoma nos cuidados à filha. Nesse turno, em conjunto com a enfermeira tutora estabelecemos que uma das prioridades seria compreender o comportamento desta mãe e as necessidades que esta efetivamente tinha. Assim, abordei a mãe, conversámos sobre a sua experiência do parto, do internamento da filha e da sua experiência com RN e foi possível compreender que esta mulher teve uma má experiência durante o parto o que a deixou abalada e o posterior internamento da filha na UCIN veio agravar este sentimento. Para além disso nunca teria tido experiência de cuidar de RN. Confessou que na UCIN tinha sempre a presença de uma enfermeira durante os cuidados e que se sentia pouco capaz para cuidar da filha de forma autónoma, o que lhe provocava sentimentos de culpa e de tristeza. Foi trabalhada a capacitação da mãe para as necessidades dos RN assim como a sua autoeficácia durante o turno, essencialmente através do elogio, sendo que no final do turno a mãe já não chamava constantemente os enfermeiros para validação das suas decisões e observação dos cuidados. A mãe agradeceu profundamente o tempo que lhe foi dedicado referindo que nunca se esqueceria da forma como foi abordada esta situação. Esta sem dúvida foi uma experiência que contribuiu para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional, tendo permitido uma reflexão interior acerca da diferença que o enfermeiro pode fazer na vivência da parentalidade.

No que diz respeito à prática clínica, esta teve sempre por base os conhecimentos mais atuais e pertinentes, tendo tido o cuidado de realizar pesquisa bibliográfica que sustentasse as minhas intervenções. Neste sentido, e de forma a favorecer a aprendizagem dos colegas enfermeiros tive a oportunidade de participar no projeto do Journal Club durante o ENP no serviço de internamento pediátrico. Durante o ENP identifiquei um potencial de melhoria das práticas relacionadas com a aspiração de secreções em doentes com via aérea artificial, neste caso,

traqueostomia, atendendo a que estas não estavam de acordo com as guidelines mais recentes. Dessa forma, após ter exposto este ponto de vista à enfermeira tutora, fui convidada a participar neste projeto e a partilhar com os colegas do serviço as guidelines mais recentes acerca do tema. Esta partilha de informação permitiu, por parte da equipa, a reflexão sobre a prática e a criação um grupo de trabalho para o desenvolvimento de uma norma de procedimento acerca do tema.

Atendendo ao perfil da competência, importa também referir a minha participação no curso "Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento" e "Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral", promovidos pela Platform for Global Health (Anexo I e Anexo II, respetivamente). Estes cursos permitiram recordar e aprofundar os meus conhecimentos acerca do controlo de infeção associado aos cuidados de saúde, tendo sido uma mais-valia enquanto estudante, uma vez que permitiu mobilizar estes conhecimentos para os contextos da prática onde decorreram os ENP e enquanto profissional pois permitiu melhorar as minhas práticas, bem como nas minhas práticas de supervisão clínica.

No sentido de melhorar os meus conhecimentos e habilidades relativas à gestão do choro no RN, frequentei também uma formação intitulada "Choro, cólica e bebé irritável". Esta formação permitiu-me conhecer melhor a etiologia da cólica no lactente, assim como estratégias para o seu alívio e para a capacitação dos pais para lidarem com este problema. Infelizmente este curso decorreu já posteriormente ao término do estágio pelo que não foi possível aplicar as competências adquiridas em contexto de estágio. No entanto, considero que será muito útil no futuro, enquanto EESIP.

Competências específicas do EESIP

O EESIP intervém numa fase crucial do ciclo vital, num período que se inicia no nascimento e termina por volta dos 18 anos de vida do indivíduo, podendo este período alargar-se até aos 21 ou 25 anos em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência, de forma a garantir a transição apropriada para a vida adulta. Como tal, deve possuir competências específicas que lhe permitam prestar cuidados de nível avançado, com segurança tendo em vista a satisfação das necessidades da criança e sua família (OE, 2018).

O EESIP tem como áreas particulares de atuação "a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas

relativas à saúde” (OE, 2018, p. 19192).

Assim, a OE preconiza que o EESIP detenha as seguintes competências específicas: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Tendo em conta o binómio indissociável criança e família, o estado de dependência natural da criança e a sua autonomização progressiva, o EESIP deve estabelecer com ambos uma parceria de cuidados promotora da saúde e da parentalidade (OE, 2018). Para tal o EESIP:

E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

Tornar-se mãe ou pai é um grande desafio para o ser humano devido a todas as mudanças que a adoção dos novos papéis acarreta e toda adaptação que é necessária (OE, 2015b). A adaptação à parentalidade inicia-se com comportamentos que se desenvolvem durante a gravidez e envolve as ações realizadas para os indivíduos se prepararem para o novo papel. A parentalidade envolve ações de tomar conta e assumir responsabilidade de ser cuidador, sendo um comportamento destinado a facilitar a integração de um RN na família, permitindo-lhe um crescimento e desenvolvimento ótimos (ICN, 2019). Os pais devem ser capazes de providenciar um ambiente seguro e saudável para garantir a sobrevivência e o desenvolvimento adequado da criança, promovendo o desenvolvimento da autonomia e preparando-a para lidar com os diversos desafios que lhe possam surgir ao longo da vida (Barroso et al., 2015).

A transição para a parentalidade é um período de vulnerabilidade para a família (OE, 2015b). É um período gerador de stress que requer uma reorganização da dinâmica familiar e que se traduz em novas necessidades (Alarcão, 2000).

O EESIP deve considerar as necessidades características de cada faixa etária de forma a capacitar os pais e a própria criança com conhecimentos e habilidades que lhes permitam vivenciar a parentalidade e o desenvolvimento infantil da forma mais positiva possível. O EESIP atua, assim, como um educador, capacitando os seus clientes com competências que lhes permitam adotar comportamentos potenciadores de saúde e gerirem os processos de doença, independentemente do contexto em que atue.

Tal como já foi referido ao longo do relatório, os cuidados de ESIP assentam num modelo de parceria de cuidados com os pais. Este modelo de cuidados pretende envolver os pais no processo de cuidar com o objetivo que estes se tornem cada vez mais independentes e responsáveis pelas escolhas em saúde. Desta forma, cabe ao EESIP negociar a participação das crianças e da sua família nos cuidados e nas escolhas em saúde, devendo este utilizar técnicas

apropriadas à compreensão de cada faixa etária e estratégias motivadoras que suscitem o envolvimento dos seus clientes para assumirem os seus papéis em saúde.

Durante a realização dos ENP trabalhei sempre em parceria com os pais, com o objetivo de os estimular a assumirem os seus papéis no que respeita à saúde dos filhos, assim como a promover a parentalidade, especialmente em contexto de internamento da criança. Neste sentido, também as crianças foram envolvidas, de forma a ganharem alguma autonomia e responsabilidade acerca da sua saúde.

Nas situações específicas de doença trabalhei no sentido de transmitir conhecimentos e habilidades, tendo em conta as necessidades específicas de cada criança, para promover a autonomia dos pais e das crianças no que respeita à sua saúde. Destaco, por exemplo, o ensino da contagem de hidratos de carbono às crianças com diagnóstico inaugural de diabetes mellitus; e a capacitação dos pais de uma adolescente com um estado de dependência elevado, de origem traumática recente, para prestação de cuidados básicos, como cuidados de higiene, posicionamento para prevenção de úlceras de pressão, transferências para a cadeira de rodas e também para cuidados mais complexos, tais como a atuação em caso de convulsão, cuidados à traqueostomia, entre outros.

Sempre que foi oportuno, tentei criar oportunidades para capacitar pais e crianças para adoção de comportamentos potenciadores da saúde, tais como medidas de controlo da infeção, tanto a nível hospitalar como a nível comunitário e adoção de estilos de vida saudáveis.

No que diz respeito ao contexto hospitalar, desenvolvi duas atividades com o objetivo de motivar e capacitar a criança e a família para a assunção dos seus papéis em saúde. Neste caso, uma das atividades foi dirigida às crianças e a outra foi dirigida aos pais.

A primeira decorreu durante o estágio no serviço de internamento de pediatria. Foi desenvolvida uma atividade de educação para a saúde para as crianças em idade pré-escolar e escolar internadas nos serviços de pediatria daquele hospital. Foi previamente explicado aos pais o objetivo e planeamento da atividade. Esta teve como objetivo desenvolver o conhecimento das crianças sobre a higiene das mãos e a etiqueta respiratória. Para tal as crianças foram reunidas em grupos pequenos, onde foi realizado um círculo de leitura do livro “Os Micróbios Não São Para Partilhar” de Elizabeth Verdick. Posteriormente foi realizado um jogo com imagens acerca da higiene das mãos e etiqueta respiratória, no qual, uma a uma, as crianças deveriam selecionar as imagens que considerassem corretas. No final foi entregue às crianças um autocolante em forma de brinde para lhes lembrar a importância de não partilharem micróbios. Neste contexto, foi realizada a demonstração da higiene das mãos com SABA, no entanto não foi feito o treino, uma vez que a maior parte das crianças apresentava cateteres venosos periféricos nos dorsos das mãos.

A segunda atividade decorreu durante o estágio na UCIN e foi dedicada aos pais dos RN lá

internados. Com os objetivos de consciencializar os pais acerca da importância do controlo da infeção e promover a adesão dos pais a medidas de controlo da infeção, foi realizada uma sessão de educação para a saúde onde foram abordados temas como o controlo de infeção na UCIN (tendo sido abordada a importância deste tema, medidas de higiene das mãos, etiqueta respiratória e controlo ambiental, nomeadamente o uso do telemóvel) e o controlo de infeção no regresso a casa (neste caso foram abordados temas como vacinação, medidas de desinfeção ambiental, como a limpeza e desinfeção de utensílios do dia-a-dia, cuidados com visitas e cuidados com irmãos). No final da apresentação foi feita a demonstração e o treino da técnica de higiene das mãos, recorrendo a uma loção simuladora de germes que permite a visualização, sob luz UV, da eficácia da higiene das mãos realizada. Posteriormente, os pais puderam esclarecer dúvidas acerca do tema, tendo as mesmas incidido sobre a vacinação e as visitas, tendo sido reforçados estes temas. O feedback dos pais foi positivo, revelaram que o regresso a casa era efetivamente o momento que os preocupava, especialmente a pressão que sentiam por parte da família em querer conhecer o bebé, pelo que a atividade lhes permitiu sentirem-se mais confiantes na proteção do seu RN.

A nível comunitário, mais concretamente na Saúde Escolar, foi possível participar nas sessões de educação para a saúde que já estavam a ser implementadas pela equipa na qual realizei o estágio, que tinham como objetivo capacitar as crianças acerca da sexualidade e para a adoção de estilos de vida saudáveis. Para além disso, foi ainda possível desenvolver uma sessão de educação para a saúde para crianças do primeiro ano de escolaridade de um agrupamento de escolas do parque escolar, acerca da higiene das mãos e etiqueta respiratória. Esta sessão tinha como objetivos promover a adesão das crianças à higiene das mãos e promover a adesão das crianças a medidas de etiqueta respiratória. Para tal foi realizada uma sessão em cada turma com a duração de cerca de 60 minutos onde se procedeu à leitura do mesmo livro utilizado no internamento de pediatria seguido de algumas perguntas sobre os temas abordados onde as crianças respondiam em grupo, de forma a perceber se a mensagem tinha sido transmitida. No final era realizada a demonstração da técnica da lavagem das mãos com água e sabão e posteriormente, com recurso a uma loção simuladora de germes, realizado o treino da técnica em pequenos grupos de quatro crianças, onde se verificava utilizando uma luz ultravioleta o antes e o pós lavagem das mãos e onde era possível verificar a eficácia da técnica realizada, à semelhança do que aconteceu na sessão aos pais dos RN internados na UCIN.

Ainda no âmbito da saúde escolar foi possível participar na formulação de planos de saúde individuais (PSI) para as crianças com necessidades de saúde especiais, desde o pré-escolar ao ensino secundário, que nos foram referenciadas pela respetiva escola ou pelo respetivo encarregado de educação, de forma a garantir a sua inclusão no contexto escolar. Estes PSI eram formulados em conjunto com a criança e o seu encarregado de educação de forma a compreender as necessidades específicas daquela criança, sendo posteriormente realizada capacitação da comunidade educativa acerca dessas mesmas necessidades. Foram realizadas

sessões de capacitação para a contagem de hidratos de carbono às funcionárias da cantina escolar, para atuação em caso de convulsão e hipoglicemia e administração da respetiva terapêutica de emergência. Os alunos com indicação para administração destas medicações foram identificados apenas junto dos professores e pessoal auxiliar, para preservar a privacidade de cada criança. Para além disso, também foi reforçado junto das crianças e encarregados de educação que o local de armazenamento da terapêutica de emergência fosse de conhecimento de colegas próximos ou de pessoal auxiliar de forma que o acesso à mesma fosse facilitado.

E1.2. 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.

Durante a infância, o sistema imunitário da criança ainda não se encontra totalmente desenvolvido, sendo imaturo e apresentando maior dificuldade em se proteger contra microrganismos patogénicos (Hockenberry et al., 2019). Consequentemente, a criança tem uma maior predisposição a certas doenças.

É extremamente relevante que o EESIP tenha conhecimento acerca das doenças comuns na idade pediátrica, conseguindo identificá-las precocemente de forma a atuar no sentido da prevenção das complicações e da resolução do quadro.

Para além da vulnerabilidade a nível imunitário, a criança é por si, um ser vulnerável devido à sua dependência de outros para a garantia da satisfação das suas necessidades básicas, sendo que os maus-tratos a crianças têm vindo a aumentar, sendo considerados um problema de saúde pública a nível mundial (DGS, 2011).

Consideram-se maus-tratos a crianças, qualquer “acção ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameaça a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima” (DGS, 2011, p. 7), podendo estes maus-tratos apresentarem várias formas tais como negligência, mau-trato físico e/ou psicológico/emocional, abuso sexual e síndrome de Munchausen por Procuração (DGS, 2011).

Devido às consequências negativas deste tipo de comportamentos, é essencial que o EESIP esteja desperto para este tipo de situações de forma a conseguir identificá-las precocemente, intervindo ou encaminhando as situações suspeitas para evitar que estas afetem negativamente a vida da criança.

Durante o percurso formativo, foi possível obter conhecimentos teóricos acerca da patologia em idade pediátrica, nomeadamente na UC “Patologia pediátrica”, que posteriormente foi complementado com pesquisa bibliográfica e aplicado na prática, especialmente no estágio no SUP. Neste, foi possível contactar com crianças com várias patologias comuns da idade pediátrica como, infeções do trato urinário, gastroenterite aguda, infeções das vias aéreas superiores e inferiores, varicela, entre outras, tendo sido prestados cuidados no sentido do

controlo dos sintomas e da prevenção das complicações. Também foram capacitados os pais para a gestão dos sintomas no domicílio, os sinais de alarme e as formas de prevenção de situações que possam ser prevenidas, tais como acidentes. Houveram ainda situações em que foi necessário encaminhar crianças para avaliação por outros profissionais de forma a otimizar o tratamento, como é o caso de Nutricionistas, Psicólogos e Fisioterapeutas..

No âmbito das situações de risco, deparei-me com duas durante a realização dos ENP, uma correspondia a uma situação de negligência e outra a uma situação em que se previa um potencial risco de tal acontecer, devido aos comportamentos da mãe durante a gravidez. Ambos os casos foram encaminhados para as entidades competentes: o caso de negligência para a CPCJ e a possível situação de risco para avaliação social.

No contexto da comunidade, através da presença numa reunião da CPCJ, foi possível compreender o funcionamento da comissão, os profissionais que a integram e o papel de cada um, bem como a forma de atuação desta entidade. Pude também assistir a uma reunião da ELI e do NACJR onde também me foi explicada a composição, objetivo e atuação das equipas, o que indubitavelmente foi uma mais-valia enquanto futura EESIP.

E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

O EESIP deve ser capaz de mobilizar recursos para cuidar da criança e família em situações particularmente exigentes, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias (OE, 2018).

E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

Tendo em conta os variados contextos de atuação do EESIP, é frequente que se depare com situações de instabilidade hemodinâmica e de risco de morte da criança. Perante essas situações este deve ter competências que lhe permitam atuar de forma a restabelecer o equilíbrio hemodinâmico. Para conseguir atuar atempadamente o EESIP deve possuir um conjunto de conhecimentos específicos acerca das crianças e da sua fisiologia de forma a conseguir identificar focos de instabilidade fornecendo uma resposta antecipatória.

Nos ENP foi desenvolvida esta competência em várias situações e contextos. Previamente à realização dos ENP realizei estudo autónomo que complementou os conhecimentos adquiridos na UC “Patologia Pediátrica”, de forma a melhor me preparar para a prática clínica. Posteriormente, durante os ENP, pude observar e consolidar os conhecimentos que havia adquirido previamente. Tendo iniciado os ENP pelo SUP, desde logo contactei com várias situações de instabilidade da criança, permitindo-me numa primeira fase conseguir identificá-las e posteriormente ter competência de mobilizar os conhecimentos para a atuação atempada. Isto decorreu principalmente nos turnos realizados no posto de triagem de prioridades, onde é imperativo reconhecer sinais de instabilidade de forma a melhor encaminhar e tratar a criança.

Também na UCIN, pelas características dos RN internados, deparei-me várias vezes com situações de instabilidade hemodinâmica desses RN, tendo adquirido conhecimentos e habilidades mais específicas para esta população e para uma intervenção eficaz em caso de descompensação, tendo sido inclusive necessário mobilizar conhecimentos de suporte avançado de vida neonatal para estabilização das funções vitais de alguns RN.

Tive ainda oportunidade de acompanhar duas situações de morte neonatal. Uma dessas situações tratava-se de uma RN com um conjunto de malformações já identificados durante a gravidez, mas que os pais decidiram não interromper a mesma. Após o nascimento a RN ficou internada na UCIN, com medidas de suporte de órgão até que uma decisão acerca do seu futuro fosse tomada pela equipa médica e pela família. Foi decidida a suspensão das medidas invasivas, tendo como objetivo providenciar conforto à RN e dignificar o processo de morte. Foi dada a possibilidade aos pais de estarem presentes aquando da suspensão das medidas, sendo que estes recusaram e optaram por se despedirem da filha antes, tendo sido respeitada a sua decisão. A morte ocorreu pacificamente, na companhia da enfermeira responsável pela RN naquele turno. Neste caso o processo de luto dos pais já teria iniciado durante a gravidez, aquando da descoberta da situação da RN, tendo sido prestado apoio durante todo o tempo de internamento da mesma. Numa outra situação a morte do RN ocorreu vários dias após cirurgia cardíaca para correção de uma malformação, sendo um desfecho que não seria previsível. Neste caso a mãe não estava presente no momento da morte do RN, tendo sido dada oportunidade de se despedir do mesmo após a morte, o que a mãe aceitou. Foi-lhe permitido estar o tempo necessário para a gestão da situação, tendo sido contactada a psicóloga de serviço para melhor apoiar o processo de luto desta mãe. Em ambos os casos foram fornecidas à família uma caixa de memórias, com a impressão do pé e da mão dos RN's, a pulseira de identificação dos mesmos, assim como objetos utilizados pelos mesmos durante o internamento. Apesar de ter considerado estas experiências difíceis de gerir do ponto de vista emocional, dada a ligação que havia sido criada com as famílias e com os RN, foi extremamente gratificante e enriquecedor do ponto de vista profissional e pessoal, especialmente pelos agradecimentos que os pais fizeram pelos cuidados e apoio prestado.

E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

A dor é um sintoma que acompanha várias situações patológicas que requerem cuidados de saúde, sendo um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes, o seu controlo eficaz (DGS, 2003). É uma experiência subjetiva, pelo que a sua vivência e classificação é única de pessoa para pessoa (OE, 2013).

Para a criança, “a doença e a hospitalização representam dor e sofrimento porque ainda não possuem os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a doença representa” (OE, 2013, p. 9).

A avaliação da dor na criança deve obedecer a algumas normas, nomeadamente: acreditar sempre na criança que refere dor; sempre que possível deve-se privilegiar a auto avaliação da dor a partir dos três anos; deve dar-se tempo à criança para expressar a sua dor; deve ter-se em conta o comportamento habitual da criança, ou de uma criança da mesma idade sem dor; deve-se dialogar com a criança maior de três anos/pais/cuidador, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor apropriado; deve utilizar-se o mesmo instrumento em todas as avaliações, exceto se as circunstâncias justificarem a alteração; e nas situações de dor intensa deve dar-se prioridade ao seu tratamento em detrimento da sua avaliação (DGS, 2010).

Existem vários instrumentos validados para avaliação da dor em pediatria, pelo que o EESIP deve conhecê-los e escolher criteriosamente aquele que mais se adequa à criança que tem perante si, de forma a proporcionar um controlo eficaz da dor recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estas práticas foram constantes durante os ENP. Nos diferentes serviços deparei-me com crianças de diversas idades com manifestação de dor, algumas de forma bastante evidente, enquanto outras de uma forma mais subtil.

No SUP, existia um protocolo em vigor em que os enfermeiros tinham autonomia na administração de analgésicos (Paracetamol e Ibuprofeno) na triagem e era notável a preocupação que tinham em garantir que a criança aguardava a observação médica com a dor controlada, sendo que existia uma maior preocupação nas situações das crianças queimadas ou com fraturas evidentes de membros, onde a prioridade, após a triagem da situação era a analgesia recorrendo à morfina endovenosa para melhor observação das lesões e maior conforto da criança. Neste serviço, devido aos procedimentos invasivos que são realizados, existia também uma preocupação em diminuir a dor causada por estes. Encontrava-se em implementação um protocolo de utilização da lidocaína em spray no local de punção venosa periférica. Esta era aplicada um a dois minutos antes da realização do procedimento atuando como anestésico local, de ação mais rápida que o EMLA®. Desta forma era possível atenuar a dor associada à picada, sem prejuízo da gestão de tempo que é crucial num serviço de urgência. Eram também utilizadas medidas não farmacológicas para atenuar a dor durante os procedimentos invasivos, nomeadamente a sucção não nutritiva, a utilização de soluções contendo sacarose, a distração e a imaginação guiada. A minha atuação foi coincidente com o que observei, pelo que utilizei ao máximo as técnicas não farmacológicas, tendo especial atenção em fazer notar a importância delas junto dos colegas, que por vezes, devido a impedimentos de tempo não consideravam este tipo de práticas.

Na UCIN também me foi possível desenvolver esta competência junto dos RN prematuros e gravemente doentes. Estes RN são sujeitos a diversos procedimentos e possuem vários dispositivos invasivos, característicos das unidades de cuidados intensivos. Nesta população, na minha opinião, o pessoal médico ainda está pouco desperto para a dor que estes RN sentem, sendo que isso transparecia na prescrição médica, e nos seus comportamentos. Havia RN em situação pós- cirúrgica e com dispositivos invasivos, nomeadamente tubos endotraqueais sem

qualquer prescrição de analgésicos, sendo que esta só ocorria, muitas vezes, após constantes solicitações da equipa de enfermagem. Também a necessidade constante de administrações em SOS de terapêutica analgésica revelava que a terapêutica analgésica de base não estaria otimizada. Enquanto profissional sempre tive em consideração a gestão eficaz da dor, no entanto como futura EESIP tive uma maior sensibilidade para este tema, quer através das medidas farmacológicas, como de medidas não farmacológicas, assim como denotei na equipa de enfermagem, em geral. Neste serviço utilizei a sucção não nutritiva, a contenção, a administração de soluções com sacarose/leite materno, o posicionamento e a técnica de pele-com-pele. Concomitantemente era feita a gestão dos cuidados de forma a minimizar as manipulações do RN e a gestão do ambiente de forma a reduzir o stress.

E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

As doenças raras são definidas como sendo aquelas que afetam menos de um em 2000 indivíduos na população mundial (European Organization for Rare Diseases [EURORDIS], 2005), existindo, estimadamente cerca de 7000 doenças raras, sendo que aproximadamente 80% são de causa genética (Wright et al., 2018). A maioria das doenças raras (entre 50 e 70%) afetam crianças, sendo estas responsáveis por 35% das mortes no primeiro ano de vida, sendo que um terço das crianças portadoras deste tipo de doenças não sobrevivem até ao quinto ano de vida (EURORDIS, 2005). São ainda uma causa significativa de admissões hospitalares em idade pediátrica (Dodge et al., 2011).

Durante os ENP foi possível contactar com crianças portadoras de doenças raras, especialmente no serviço de internamento pediátrico. Tratando-se de doenças raras, foi necessário proceder a pesquisa bibliográfica acerca destas, conforme me ia deparando com elas de forma a perceber as características e necessidades da criança e da família, para conseguir responder da melhor forma.

E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.

No que diz respeito às terapias complementares, ou terapias não convencionais (TNC), a OE posiciona-se a favor da inclusão destas nos cuidados de enfermagem, desde que acompanhadas pela formação e pela investigação científica, podendo ser consideradas como mais valias no processo de cuidar. O enfermeiro com competências nas TNC pode incluí-las no planeamento dos cuidados de enfermagem, desde que traga benefícios para o cliente e seja consentido por este (Parecer nº 115/2012 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros).

As TNC reconhecidas e reguladas legalmente, atualmente consistem na Acupuntura; Fitoterapia; Homeopatia; Medicina tradicional chinesa; Naturopatia; Osteopatia; e Quiropráxia, sendo necessário grau de licenciado numa das áreas referidas (Lei nº 71/2013).

No entanto a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), engloba outros tipos de terapias como recursos de enfermagem. Estas incluem a aromaterapia, biblioterapia, hidroterapia, ludoterapia, musicoterapia, terapia acupressiva, terapia assistida por animais, terapia de estimulação sensorial, entre outras (ICN, 2019). No que diz respeito a este tipo de terapias tive oportunidade de assistir à implementação de algumas delas, no entanto, não pelos enfermeiros, mas por outros profissionais. Esta exposição a este tipo de terapias decorreu no serviço de internamento de pediatria onde existe uma sala dedicada à estimulação sensorial que pode ser utilizada pelas crianças e pelos pais quando estes assim o desejarem, bem como um programa de terapia com animais, neste caso cães, que visitam as crianças internadas. A execução deste tipo de terapias tem o objetivo de promover o bem-estar das crianças, sendo uma mais valia para estas.

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

A doença crónica em idade pediátrica pode ser definida como “qualquer condição física, emocional ou mental que a/o impede de frequentar a escola regularmente, fazer trabalhos escolares ou atividades habituais da infância, ou que requerem atenção ou tratamento frequente de um médico ou outro profissional de saúde, uso contínuo de qualquer medicamento ou equipamento especial” (Van Cleave et al., 2010, p. 624). A prevalência destas doenças tem vindo a aumentar nos últimos anos (Bai et al., 2017), pelo que esta é uma área importante de atenção da enfermagem, uma vez que afetam muitos aspetos da vida da criança trazendo consequências que se podem prolongar até à idade adulta (Wijlaars et al., 2016).

O EESIP deve, portanto, ter a capacidade de diagnosticar as necessidades especiais da criança, capacitando-a e à família para a adoção de estratégias de adaptação e de coping.

Durante os ENP deparei-me com situações de diagnóstico de doença crónica, bem como internamentos motivados pela agudização destas doenças, em especial no SUP e internamento de pediatria. Neste último, dada a sua diferenciação e tratando-se de um hospital de fim de linha, foi possível contactar com diversas crianças e famílias, com as mais variadas doenças e incapacidades. Junto deles foi possível conhecer de que forma decorreu o seu processo de adaptação à doença, de forma a encontrar fatores comuns que pudessem ser utilizados com outras crianças e famílias que estivessem a passar pelo processo. Também consegui identificar situações onde a adaptação à doença crónica não estaria otimizada, tendo mobilizado conhecimentos de forma a facilitar este processo.

O facto de ter oportunidade de presenciar este processo de diagnóstico e adaptação à doença crónica permitiu colocar em contacto diferentes crianças e famílias com a mesma patologia. Estas foram apresentadas no sentido de a criança/família em fase de diagnóstico inaugural/má adaptação à doença crónica estivesse em contacto e pudesse partilhar experiências com uma criança/família com adaptação adequada.

E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Durante o período de 18 anos, em que o EESIP presta cuidados às crianças, estas passam por várias etapas até à fase adulta, sendo que cada uma dessas fases apresenta necessidades, dificuldades e tarefas desenvolvimentais características. Considerando estas especificidades e exigências desenvolvimentais, o EESIP deve conseguir responder eficazmente “promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (OE, 2018, p. 19194).

Para tal, a OE preconiza a aquisição das seguintes unidades de competência:

E3.1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

O desenvolvimento humano é um processo contínuo de crescimento, mudanças, adaptações e transformações que se estabelecem ao longo da vida de cada pessoa, sendo estas físicas, cognitivas e psicossociais (Papalia et al., 2012). O desenvolvimento infantil faz parte do desenvolvimento humano e diz respeito ao processo único de cada criança na aquisição de competências que lhes permitem a integração na sociedade (Souza & Veríssimo, 2015).

Como tal, o EESIP deve ter a capacidade de reconhecer um compromisso no desenvolvimento infantil das crianças, de forma a minimizar os efeitos negativos que dele possam advir, fornecendo orientações antecipatórias aos pais com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil implica a aquisição de conhecimentos acerca do mesmo, que ao longo deste percurso formativo foi obtido durante a UC “Psicologia e sociologia da infância e adolescência” bem como recorrendo ao estudo autónomo. A sua implementação, na prática, foi essencialmente abordada, de forma estruturada, durante as consultas de SIJ realizadas em contexto de CSP. Para além dessa avaliação estruturada, mantive-me alerta para situações de compromisso do desenvolvimento noutros contextos, como parte integrante de uma avaliação geral da criança, como no internamento de pediatria e no SUP.

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais

Segundo Bowlby, “vinculação é uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço” (Bowlby, 1969 como citado em Silva, 2014, p. 11). Para Bowlby, a relação de vinculação é monotrópica, ou seja, apenas existe uma figura de vinculação, admitindo a possibilidade de outras relações de vinculação menores. Esta figura de vinculação principal fornece à criança uma base segura, caracterizada por tranquilidade e segurança para a exploração livre do mundo. É nesta figura de vinculação que a criança

encontra um abrigo seguro, que a acalma e protege quando alguma ameaça surge. Quando a figura de vinculação não se encontra por perto, a criança demonstra comportamentos de protesto pela separação que se caracterizam pelo choro e gritos (Holmes, 1993 como cit em Silva, 2014).

A vinculação passa por várias fases, sendo que nos primeiros dois meses de vida do RN/lactente, este usa comportamentos como o riso, o balbuciar e o choro para atrair potenciais cuidadores. Estes comportamentos são direcionados a qualquer pessoa uma vez que não consegue distinguir adultos. O nível de resposta da mãe é fundamental na qualidade da vinculação ao longo do desenvolvimento do bebé. O tipo de vinculação estabelecido influenciará as relações futuras da criança (Ainsworth, 1978, como cit em Silva, 2014).

Para além da vinculação, também a ligação entre mãe/pai e filho, que habitualmente se inicia durante a gravidez e se intensifica ao nascimento, continua durante o primeiro ano de vida da criança (Hockenberry et al., 2019).

Os pais criam, na sua mente, uma imagem de um bebé perfeito que, por diversos motivos poderá não se concretizar, por exemplo pelo nascimento prematuro do RN e em situações de doença grave que levam à separação precoce dos pais. Durante o internamento, o RN doente tem vários cuidadores e está privado de aconchego consistente. Para além disso, os pais encontram-se em luto pela perda do filho perfeito, idealizado durante a gravidez. Todos estes motivos concorrem para um possível compromisso no estabelecimento da vinculação e da ligação entre pais e filhos.

Cabe ao EESIP incentivar a presença dos pais durante o internamento e a sua participação nos cuidados, assim como capacitar os pais para responderem às necessidades especiais do RN para que se sintam competentes nos cuidados aos filhos. Esta foi uma das minhas preocupações durante os ENP. Apesar da necessidade que sentia em realizar alguns procedimentos de forma a ter essa experiência, bem como adquirir alguma mestria na sua execução, tinha em mente esta necessidade de envolver os pais nos cuidados, e permitir-lhes cuidar dos seus filhos, em especial na UCIN, onde muitas vezes me apercebi que os pais não se sentiam pais daquele RN. O medo que sentiam em tocar e em participar nos cuidados era muitas vezes impeditivo do desenvolvimento da ligação que vinha a ser estabelecida durante a gravidez, pelo que nos primeiros contactos eram incentivados a olhar para o RN e a observar a prestação de cuidados, sendo envolvidos conforme a sua vontade ao longo do internamento.

Também pude observar que muitos dos RN não tinham os pais presentes, ou que estes apenas realizavam curtas visitas durante o dia, em especial os RN que teriam sido imediatamente separados da mãe logo após o nascimento. Nos RN que já teriam estado em alojamento conjunto com a mãe no berçário e naqueles que, inclusive já teriam passado um período em casa com os pais verificava-se uma maior necessidade dos pais em estarem presentes e em participarem nos cuidados.

Outro foco da minha atenção durante os ENP foi a promoção da amamentação. Os seus benefícios são indiscutíveis no que respeita à nutrição do RN e lactente e também na conexão emocional e psicológica entre mãe e RN/lactente (Modak et al., 2023). A ocitocina é uma hormona libertada durante o processo de amamentação e que promove a ligação entre a mãe e o RN/lactente, tendo um papel primordial no estabelecimento da confiança, do amor e da vinculação (Smith et al., 2016).

São vários os fatores que podem levar à não adesão ou não manutenção da amamentação, sendo que nos casos em que existe internamento na UCIN, estes estão ainda mais presentes e incluem a prematuridade do RN, a introdução precoce de tetinas, fatores relacionados com o parto, entre outros (Boccolini et al., 2015).

O EESIP deve atuar como promotor da amamentação, capacitando a mãe para a tomada de decisão informada, informando-a dos benefícios especialmente nos casos dos RN prematuros e gravemente doentes, apoiando-a e incentivando-a. Estas foram as atitudes que tive durante os ENP, tendo a preocupação de desconstruir crenças e analisar significados que as mães tinham e atribuíam à amamentação, realçando os benefícios da mesma, fornecendo meios para a manutenção da lactação através do empréstimo de bombas extratoras do serviço de forma que as mães fossem capazes de amamentar os seus filhos quando estes tivessem competências para tal.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Conforme tem vindo a ser referido neste relatório, durante o seu processo natural de desenvolvimento, as crianças adquirem competências que lhes permite compreender o outro e o mundo de formas diferentes. Enquanto numa fase inicial se caracterizam pelo egocentrismo, pela incapacidade de ter uma perspetiva diferente da sua e não conseguir fazer deduções ou generalizações, raciocinando apenas pelo que é observável, o raciocínio evolui pelo que por volta dos sete anos já conseguem armazenar conhecimentos e utilizá-los para a resolução de problemas e compreender perspetivas diferentes das suas. Por volta dos 11 anos já apresentam um pensamento flexível, sendo capazes de pensar em termos abstratos e extrair conclusões lógicas (Hockenberry et al., 2019).

Para além destas diferenças características da faixa etária em que a criança se encontra, cada vez mais se tem assistido uma globalização e a uma mobilização das populações, levando à multiculturalidade das sociedades. Este fenómeno traz novos desafios aos enfermeiros que devem reconhecer e valorizar as diferenças culturais, sendo que devem ser prestados cuidados culturalmente sensíveis. Isto significa que há uma melhoria na eficácia e na capacidade de comunicação e na aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas (Lopes, 2022).

É importante que o EESIP tenha consciência e conhecimento do desenvolvimento natural da criança, sendo capaz de avaliar o grau de compreensão do indivíduo que tem perante si e adequar a linguagem e as estratégias de forma a conseguir relacionar-se e fazer passar a sua mensagem, bem como prestar cuidados culturalmente sensíveis. Esta competência foi desenvolvida em todos os contextos uma vez que foi possível contactar todas as faixas etárias, desde o RN ao adolescente e as suas famílias, assim como famílias de diferentes culturas. Foi então, necessário adaptar a comunicação ao grau de compreensão de cada um, bem como às suas crenças, valores e significados. Considerei uma experiência muito enriquecedora uma vez que me levou a pesquisar acerca de diversas culturas e comportamentos característicos de cada uma delas, assim como mobilizar os conhecimentos teóricos que tinha acerca das características do pensamento de cada faixa etária.

No que diz respeito à adequação das estratégias à faixa etária, numa das intervenções relacionadas com o controlo de infeção junto das crianças no SUP, dado que não existiam projetos a serem desenvolvidos em torno deste tema e devido ao curto espaço temporal do estágio, optei por desenvolver uma estratégia individualizada a cada díade criança/acompanhante, que fosse adequada à faixa etária e grau de compreensão. Assim, estiveram envolvidas nesta intervenção crianças em idade pré-escolar e escolar em regime de internamento de curta duração. Foi desenvolvida uma atividade, na forma de jogo, com recurso ao desenho e posterior análise, bem como um jogo com imagens alusivas a momentos chave para a higiene das mãos, os materiais necessários e comportamentos de etiqueta respiratória, onde estas teriam de seleccionar as imagens corretas. O objetivo foi sensibilizar as crianças para a importância da adesão à higiene das mãos e a medidas de etiqueta respiratória, quer em ambiente hospitalar, quer em ambiente comunitário.

E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

No que diz respeito ao adolescente, o meu contacto com esta faixa etária decorreu no SUP, internamento de pediatria e em contexto de Saúde Escolar.

A adolescência é uma etapa desenvolvimental que se situa entre a infância e a fase adulta, sendo marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (Azevedo, 2008). Por ser um período sem grandes situações de doenças, o contacto dos adolescentes com os serviços de saúde são escassos (Vicario, 2004). No entanto, por se tratar de uma fase de grande importância no desenvolvimento e na assunção de comportamentos com influência na saúde, a presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade imprescindível para potenciar as aprendizagens no que refere à saúde e aos comportamentos promotores da mesma (OE, 2010).

No contexto hospitalar, o contacto com os adolescentes deu-se em momentos de doença aguda, ou de agudização da doença crónica. Nestes casos a minha intervenção passou por permitir ao

adolescente exprimir as suas emoções, no que respeitava à situação em e ao que eles achassem pertinente, assim como gerir em parceria o seu plano de cuidados, quando adequado.

No contexto da Saúde Escolar, o contacto com os adolescentes consistiu na realização das sessões de educação para a saúde, onde o objetivo passou por capacitá-los com informação acerca da saúde e das escolhas em saúde, incentivando-os para a tomada de decisão responsável.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A valorização da Enfermagem tem vindo a ser obtida pela procura contínua da qualidade dos cuidados, o que tem vindo a decorrer, entre outros fatores, através da especialização e diferenciação em diversas áreas, no sentido da excelência dos cuidados.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança é uma tarefa exigente, complexa e em constante atualização, fruto da evolução técnico-científica que tem vindo a desenvolver-se. Cada vez mais as crianças e as suas famílias apresentam necessidades de cuidados mais complexas, sendo que faz parte do papel do enfermeiro conseguir dar resposta a cada uma delas. Neste sentido, a especialização dos enfermeiros na área da ESIP é imprescindível para a aquisição de competências que lhes permita atuar de forma eficaz.

A aquisição de competências específicas na área da ESIP tem por base o desenvolvimento do conhecimento teórico através da formação académica, em conjunto com a experiência prática da prestação de cuidados a esta população, de forma supervisionada. Neste sentido, considero que os ENP, como parte constituinte do curso de MESIP, constituíram um meio favorável à aquisição de competências comuns e específicas de EESIP. Estes providenciaram contacto direto com várias experiências enriquecedoras que exigiram uma constante mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática, com vista à prestação de cuidados especializados de excelência.

Este relatório procurou demonstrar o meu processo de desenvolvimento de competências enquanto futura EESIP, através da exposição e reflexão das atividades desenvolvidas durante os ENP. Considero que todas as competências regulamentadas pela OE foram desenvolvidas, de forma mais ou menos exaustiva face às oportunidades a que fui exposta, dados os contextos e as limitações existentes em alguns campos de estágio. Neste sentido, refiro-me especialmente às competências do domínio da gestão dos cuidados, em que o seu desenvolvimento destas centrou-se principalmente na aquisição de conhecimentos teóricos, na observação e na discussão e reflexão com os tutores acerca das práticas utilizadas pelos enfermeiros gestores dos serviços.

No que diz respeito à prestação de cuidados, o meu objetivo consistiu na prática de cuidados de qualidade e significativos para o bem-estar das crianças e dos pais.

Começando pela promoção da saúde e prevenção da doença, o meu papel foi promover a literacia em saúde e capacitar as crianças e as famílias para comportamentos de otimização da saúde. Este foi a área de cuidados de maior destaque no meu percurso durante os ENP, devido ao tema escolhido no Módulo I – o controlo de infeção. Foi possível perceber que a capacitação

das crianças e dos pais no que diz respeito a este tema seria uma necessidade, dada a importância dos comportamentos que visam o controlo da infeção, que já foram referidos durante este relatório. Começando pelo ampliar de conhecimentos acerca do tema, às intervenções individualizadas e às sessões de educação para a saúde em grupo, o objetivo era sensibilizá-los para esta temática, capacitando-os acerca dos comportamentos a adotar de forma que passassem a ser uma prática integrada no seu quotidiano. Não tendo sido efetuado um estudo de forma a avaliar a eficácia destas intervenções, acredito que, quer crianças, quer pais, saíram um pouco mais despertos para esta temática, tendo em conta o feedback recebido após as intervenções. Ainda no que diz respeito a esta temática, pude perceber que ainda há muito trabalho a fazer no sentido de fornecer orientações baseadas em evidência acerca deste tema no contexto comunitário.

Para além deste tema, muitos outros foram trabalhados, por exemplo no contexto da comunidade, onde pude intervir junto da comunidade escolar, capacitando as crianças para comportamentos promotores da saúde de forma a incentivar a tomada de decisão responsável no que a eles diz respeito.

Ainda dentro da área da promoção da saúde, tive oportunidade de participar em algumas consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil. Apesar de as oportunidades terem sido escassas considero que contribuíram positivamente para o desenvolvimento das competências específicas de EESIP. Nestas, foi possível mobilizar os conhecimentos teóricos acerca do desenvolvimento infantil, bem como das necessidades específicas de cada etapa de forma a identificar compromissos do desenvolvimento e a capacitar os pais para as necessidades da etapa atual e seguinte dos seus filhos, prestando cuidados antecipatórios. Desta forma, penso ter tido uma intervenção positiva ao atuar como educadora para com os pais, mesmo nos contextos hospitalares, onde também houve a oportunidade de abordar questões relativas ao desenvolvimento infantil e às necessidades características de cada etapa do desenvolvimento.

No que diz respeito à prestação de cuidados em situação de doença aguda, estes foram essencialmente desenvolvidos no contexto hospitalar. Desde cuidados extremamente complexos a cuidados básicos, como a higiene e alimentação, tive oportunidade de prestar uma grande variedade de cuidados. Esta experiência permitiu-me desenvolver capacidade de atuação rápida e eficaz, quer na identificação de compromisso das funções vitais, quer no seu restabelecimento. Sendo este tipo de cuidados prioritários, no sentido em que a sua não realização atempada pode colocar em risco a vida da criança, não foram descurados os cuidados emocionais aos pais e à própria criança. A variedade de cuidados que tive oportunidade de prestar e presenciar durante os ENP permitiram o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos e habilidades, que de outra forma não teria sido possível desenvolver.

Também tive oportunidade de vivenciar os cuidados em fim de vida na UCIN. Neste caso, o

objetivo dos cuidados passou pela promoção do conforto do RN assim como o apoio ao processo de luto dos pais. Considero a minha passagem pela UCIN a experiência que mais contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto futura EESIP. Neste contexto tive oportunidade de vivenciar várias emoções e sentimentos em conjunto com os pais o que permitiu o estabelecimento de relações significativas com estes. Foi o contexto onde tive oportunidade de prestar cuidados extremamente complexos aos RN, assim como vivenciar e facilitar o processo de luto dos pais.

Fazendo uma análise retrospectiva aos objetivos pessoais e profissionais previamente delineados para este curso de MESIP posso concluir que os mesmos foram atingidos, considerando que houve um crescimento significativo enquanto ser humano e enquanto profissional. Não foi um percurso fácil, tendo existido momentos mais desafiadores, mas que com o apoio dos professores, dos tutores e dos colegas o processo se tornou exequível.

Creio que este percurso foi apenas o início do desenvolvimento enquanto EESIP e que será um ponto de partida para o desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades nesta área, sentindo-me preparada para o exercício profissional da ESIP com segurança e qualidade.

9. BIBLIOGRAFIA

Agência Europeia dos Medicamentos. (nd). *Resumo das Características do Medicamento-Hemangiol*.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/hemangiol-epar-product-information_pt.pdf

Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Quarteto. <http://baes.ua.pt/handle/10849/34>

Alberti, D., Boroni, G., Corasaniti, L., & Torri, F. (2011). Esophageal atresia: pre and post-operative management. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(sup1), 4-6. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607558>

Almeida, A., Pereira, O., Neto, M.T. & Casella, P. (2012). Cateteres Vasculares Centrais No Recém-Nascido Recomendações Para Prevenção De Infecção Relacionada Com Ou Associada A Cateteres Vasculares Centrais. *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. https://spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Cateteres_Vasculares_Centraiss_RN_Janeiro_2012.pdf

Attum, B., Hafiz, S., Malik, A. & Shamoan, Z. (2023). Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. *National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/#>

Azevedo, A. E. B. I. (2008). A Consulta do Adolescente: Abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *Adolesc. Saude, Rio de Janeiro*, v. 15, supl. 1, p. 73-85. <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v15s1a10.pdf>

Bai, G., Herten, M. H. Van, Landgraf, J. M., Korfage, I. J., & Raat, H. (2017). Childhood chronic conditions and health-related quality of life: Findings from a large population-based study. *PLoS ONE* 12(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178539>

Barone, G., & Pittiruti, M. (2019). Epicutaneo-caval catheters in neonates: New insights and new suggestions from the recent literature. *The Journal of Vascular Access*, 21(6), 805-809. <https://doi.org/10.1177/1129729819891546>

Barroso, R. G., Machado, C. (2015). Definições, Dimensões e Determinantes da Parentalidade. In *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*. https://issuu.com/fmcsv/docs/fundamentos_fam_lia

Benninga, M., Candy, D. C. A., Catto-Smith, A. G., Clayden, G., Loening-Baucke, V., Di Lorenzo, C., Nurko, S., & Staiano, A. (2005). The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology

(PACCT) Group. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 40(3), 273-275. <https://doi.org/10.1097/01.mpg.0000158071.24327.88>

Best C. (2019) Selection and management of commonly used enteral feeding tubes. *Nursing Times*; 115: 3, 43-47. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/nutrition/selection-and-management-of-commonly-used-enteral-feeding-tubes-18-02-2019/>

Bhore, N. (2015). Planned teaching programme improves knowledge about nosocomial infections among staff nurses in regional centre in Maharashtra. *Innovational Journal of Nursing and Healthcare*, Vol 1 (4), 229-235. http://innovationalpublishers.com/Content/uploads/PDF/520960617_IJNHDEC161.pdf

Biezen, R., Grando, D., Mazza, D., & Brijnath, B. (2019). Visibility and transmission: complexities around promoting hand hygiene in young children – a qualitative study. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6729-x>

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 701-712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>

Blakeman, T. C., Scott, J. B., Yoder, M. A., Capellari, E., & Strickland, S. L. (2022). AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respiratory Care*, 67(2), 258-271. <https://doi.org/10.4187/respcare.09548>

Boccolini, C. S., Carvalho, M. L., & Oliveira, M. I. C. (2015). Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 49(0). <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005971>

Boullata, J. I., Carrera, A. L., Harvey, L., Escuro, A. A., Hudson, L., Mays, A., McGinnis, C., Wessel, J. J., Bajpai, S., Beebe, M. L., Kinn, T. J., Klang, M. G., Lord, L., Martin, K., Pompeii-Wolfe, C., Sullivan, J., Wood, A., Malone, A., & Guenter, P. (2016). ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41(1), 15-103. <https://doi.org/10.1177/0148607116673053>

Bowder, A. N., & Lal, D. R. (2021). Advances in the Surgical Management of Esophageal Atresia. *Advances in Pediatrics*, 68, 245-259. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2021.05.004>

Broster, S., Sortica, C., Costa, D., Cullum, K., & Odn, E. (2021). Clinical Guideline. <https://www.eoeneonatalpccsicnetwork.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/01/Chest-drain-draft-guideline-revision.pdf>

Cai, M., Lin, L., Peng, Y., Chen, L., & Lin, Y. (2022). Effect of Breast Milk Oral Care on Mechanically Ventilated Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.899193>

Cassina, M., Ruol, M., Pertile, R., Midrio, P., Piffer, S., Vicenzi, V., Saugo, M., Stocco, C. F., Gamba, P., & Clementi, M. (2016). Prevalence, characteristics, and survival of children with esophageal atresia: A 32-year population-based study including 1,417,724 consecutive newborns. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, *106*(7), 542–548. <https://doi.org/10.1002/bdra.23493>

Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

Chakkarapani, A. A., Adappa, R., Mohammad Ali, S. K., Gupta, S., Soni, N. B., Chicoine, L., & Hummler, H. D. (2020a). Current concepts of mechanical ventilation in neonates - Part 1: Basics. *International Journal of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *7*(1), 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.03.003>

Chakkarapani, A. A., Adappa, R., Mohammad Ali, S. K., Gupta, S., Soni, N. B., Chicoine, L., & Hummler, H. D. (2020b). Current concepts in assisted mechanical ventilation in the neonate - Part 2: Understanding various modes of mechanical ventilation and recommendations for individualized disease-based approach in neonates. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *7*(4). <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.11.002>

Chang, L. C., Haggstrom, A. N., Drolet, B. A., Baselga, E., Chamlin, S. L., Garzon, M. C., Horii, K. A., Lucky, A. W., Mancini, A. J., Metry, D. W., Nopper, A. J., & Frieden, I. J. (2008). Growth Characteristics of Infantile Hemangiomas: Implications for Management. *Pediatrics*, *122*(2), 360–367. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2767>

Chora, M. A. C. (2020). O Lactente. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 136–146). Lidel.

Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S., & De Donder, L. (2020). Culturally Sensitive Care: Definitions, Perceptions, and Practices of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, *32*(5), 104365962097062. <https://doi.org/10.1177/1043659620970625>

Cohen, M. D., & Ellett, M. (2012). Quality of Communication. *Academic Radiology*, *19*(6), 651–653. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2012.02.007>

Consolini, D. (2022). Constipation in Children. *Pediatrics - MSD Manual Professional Edition*. <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/constipation-in-children>

Cooper, V. B. & Haut, C. (2013). Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Children: An Evidence-Based Protocol. *Critical Care Nurse*, *33*(3), 21–29. doi:10.4037/ccn2013204

Daco, M. (2011). Mechanical Ventilation: Practice Guidelines. *RPA Newborn Care Clinical Practice Guidelines*.

<https://www.slhd.nsw.gov.au/RPA/neonatal%5Ccontent/pdf/Nursing%20Guidelines/Ventilation.pdf>

f

Darrow, D. H., Greene, A. K., Mancini, A. J., & Nopper, A. J. (2015). Diagnosis and Management of Infantile Hemangioma: Executive Summary. *Pediatrics*, 136(4), 786-791. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2482>

Decreto Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República n.º 149/2014, Série I*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>

Decreto-lei nº 103/2023 do Ministério da Saúde. (2023). *Diário da República n.º 215/2023, Série I*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Deliberação nº 060/2023 da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023). https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/06/Deliberacao-SU-Pediatria.LVT_.pdf

Despacho nº 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República - 2.ª Série, Nº 74*. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República n.º 102/2015, Série II*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho normativo nº 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002). *Diário da República n.º 55/2002, Série I-B*. <https://dre.tretas.org/dre/149913/despacho-normativo-11-2002-de-6-de-marco>

Dingemann, C., Eaton, S., Aksnes, G., Bagolan, P., Cross, K. M., Decoppi, P., Fruithof, J., Gamba, P., Husby, S., Koivusalo, A., Rasmussen, L., Sfeir, R., Slater, G., Svensson, J. F., Van der Zee, D. C., Wessel, L. M., Widenmann-Grolig, A., Wijnen, R., & Ure, B. M. (2020). ERNICA Consensus Conference on the Management of Patients with Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula: Diagnostics, Preoperative, Operative, and Postoperative Management. *European Journal of Pediatric Surgery*, 30(4), 326-336. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1693116>.

Direção Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação n.º 014/2010*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção Geral da Saúde. (2011). Maus-Tratos Em Crianças E Jovens Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico E Intervenção. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTratosCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf

Direção Geral da Saúde. (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma nº 010/2013*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-310>

52013-jpg.aspx

Direção Geral da Saúde. (2013b). Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI). *Norma nº 029/2012 atualizada em 2013*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2015a). Linhas De Orientação Para Uma Alimentação Vegetariana Saudável.
https://avp.org.pt/wp-content/uploads/2020/02/Linhas-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-uma-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Vegetariana-Saud%C3%A1vel.pdf?_gl=1*1hxo4b9*_ga*MTA0MDg1MTk3My4xNzEzMDIyMjc3*_ga_0HXHCS2S7W*MTcxMzAyMjl3Ni4xLjAuMTcxMzAyMjl3Ni42MC4wLjA.

Direção Geral da Saúde. (2015b). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. *Norma nº 015/2015*.
<https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdE-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. *Norma nº 002/2018*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2019c). Alimentação Saudável Dos 0 Aos 6 Anos Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores.
<https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%C3%A7%C3%A3o-Saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2019a). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Norma nº 007/2019*.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2019b). Manual De Boas Práticas Literacia Em Saúde: Capacitação Dos Profissionais De Saúde. <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/28776366/literaciaManual.PDF>

Direção Geral da Saúde. (2020) Programa Nacional de Vacinação. *Norma nº 018/2020*.
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n>

0182020-de-27092020-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Dodge, J. D., Chigladze, T., Donadieu, J., Grossman, Z., Ramos, F. J., Serlicorni, A., Siderius, L., Stefanidis, C. J., Tasic, V., Arunas Valiulis, & Wierzbza, J. (2011). The importance of rare diseases: from the gene to society. *Archives of Disease in Childhood*, 96(9), 791-792. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.193664>

Dougherty, L. & Lister, S. (2015). *The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures. Professional edition*. 9ª edição. Chichester: Wiley-Blackwell; 2015: 184-186

Edwards, E. (2018). Principles of suctioning in infants, children and young people. *Nursing Children and Young People*, 30(4), 46-54. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2018.e846>

Ellett, M. L. C., Cohen, M. D., Perkins, S. M., Croffie, J. M. B., Lane, K. A., & Austin, J. K. (2012). Comparing methods of determining insertion length for placing gastric tubes in children 1 month to 17 years of age. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17(1), 19-32. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00302.x>

Elsevier (n.d.) Clinical Skills- Endotracheal Tube Closed Suctioning (Pediatrics). *Elsevier health*. <https://elsevier.health/en-US/preview/endotracheal-tube-closed-ped>

Ernstmeyer, K., Christman, E. (2021) Nursing Fundamentals. *Open Resources for Nursing (Open RN)*. PMID: 37196137.

European Food Safety Agency. (2017). Dietary Reference Values for nutrients Summary report. *EFSA Supporting Publications*, 14(12). <https://doi.org/10.2903/sp.efsa.2017.e15121>

European Organization for Rare Diseases. (2005). Rare Diseases: understanding this Public Health Priority. https://www.eurordis.org/wp-content/uploads/2009/12/princeps_document-EN.pdf

Fairbrother, G.; Jones, A.; Rivas, K. (2010). Changing Model of Nursing Care from Individual Patient Allocation to Team Nursing in the Acute Inpatient Environment. *Contemp. Nurse*, 35, 202-220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20950201/>

Favretto, D. O., Silveira, R. C. de C. P., Canini, S. R. M. da S., Garbin, L. M., Martins, F. T. M., & Dalri, M. C. B. (2012). Endotracheal suction in intubated critically ill adult patients undergoing mechanical ventilation: a systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 997-1007. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500023>

Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Da Silva Vilelas, J. M. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais. *Pensar Enfermagem - Revista Científica* |

Journal of Nursing, 18(2), 45-60. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.95>

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(spe), 183-196. <https://doi.org/10.1590/s1415-65552001000500010>

Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136-140. <https://doi.org/10.25753/birthgrowthmj.v25.i3.10075>

Garland, J. S. (2010). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Neonates. *Clinics in Perinatology*, 37(3), 629-643. doi:10.1016/j.clp.2010.05.003

Geus, A., Koppen, I., Flint, R. B., Benninga, M. A., & Tabbers, M. M. (2023). An Update of Pharmacological Management in Children with Functional Constipation. *Pediatr Drugs* 25(3), 343-358. <https://doi.org/10.1007/s40272-023-00563-0>

Grupo de Trabalho - Serviço de Urgência. (2019). Relatório Grupo de Trabalho Serviços de Urgências. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAncias.pdf>

Halim, M. M. A., Eyada, I. K., & Tongun, R. M. (2018). Prevalence of multidrug drug resistant organisms and hand hygiene compliance in surgical NICU in Cairo University Specialized Pediatric Hospital. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, 66(4), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.epag.2018.09.003>

Haywood, K. M. & Getchell, N. (2016). *Desenvolvimento motor ao longo da vida*. 6a ed. Artmed.

Hillier, M. D. (2020). Using effective hand hygiene practice to prevent and control infection. *Nursing Standard*, 35(5), 45-50. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11552>

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Holikar, S., Bhaisare, K. & Deshmukh, L. (2015). Risk factors for nosocomial sepsis in NICU. *Medpulse*. https://www.medpulse.in/Pediatrics/Article/Volume1Issue1/Pedi_1_1_3.pdf

Holland, K. E., & Drolet, B. A. (2010). Infantile Hemangioma. *Pediatric Clinics of North America*, 57(5), 1069-1083. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2010.07.008>

Hutching, K. & Sanchez, A. (2021). Chest drains in children - Nursing guideline. <https://starship.org.nz/guidelines/chest-drains-in-children/>

Infarmed. (2005). *Resumo das características do medicamento - Morfina*. https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?jsessionid=upvWx3CJp6iFRfBU2cmukb-m-k18HFnR_WkJSfQ6.fo2

Infarmed. (2010). *Resumo das características do medicamento - Ampicilina*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/c1b3378-090355-ampicilina-i-v-1000-mg.pdf>

Infarmed. (2014). *Resumo das características do medicamento - Omeprazol*. <https://www.bluedimed.pt/Documents/Products/77.pdf>

Infarmed. (2020). *Resumo das características do medicamento - Brometo de rocurónio*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/8045c30-083637-brometo-de-rocuronio-10-mgml.pdf>

Infarmed. (2021). *Resumo das características do medicamento - Gentamicina*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/7ee1a03-122637-gentamicin-a-80-mg-2-ml.pdf>

Infarmed. (2022). *Resumo das características do medicamento - Midazolam*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/460d976-114933-midazolam-15-mg-3-ml.pdf>

Infarmed. (2023a). *Resumo das Características do Medicamento- Paracetamol*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2023b). *Resumo das Características do medicamento - Macrogol*. https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=4e8a49a0124111e88af3b0f3e22a7bf4

International Council of Nurses (ICN). (2019) ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Irving, S. Y., Lyman, B., Northington, L., Bartlett, J. A., & Kemper, C. (2014). Nasogastric Tube Placement and Verification in Children: Review of the Current Literature. *Critical Care Nurse*, 34(3), 67-78. <https://doi.org/10.4037/ccn2014606>

Irving, S. Y., Rempel, G., Lyman, B., Sevilla, W. M. A., Northington, L., & Guenter, P. (2018). Pediatric Nasogastric Tube Placement and Verification: Best Practice Recommendations From the NOVEL Project. *Nutrition in Clinical Practice*, 33(6), 921-927. <https://doi.org/10.1002/ncp.10189>

Karaaslan, A., Kepenekli Kadayifci, E., Atıcı, S., Sili, U., Soysal, A., Çulha, G., Pekru, Y., & Bakır, M. (2014). Compliance of Healthcare Workers with Hand Hygiene Practices in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units: Overt Observation. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2014, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2014/306478>

Kiddoo, D. A. (2011). Toilet training children: when to start and how to train. *Canadian Medical Association Journal*, 184(5), 511-511. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110830>

Krowchuk, D. P., Frieden, I. J., Mancini, A. J., Darrow, D. H., Blei, F., Greene, A. K., Annam, A., Baker, C. N., Frommelt, P. C., Hodak, A., Pate, B. M., Pelletier, J. L., Sandroock, D., Weinberg, S. T., & Whelan, M. A. (2018). Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas. *Pediatrics*, *143*(1), e20183475. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3475>

Küng, H. (2017). *Islão - passado, presente e futuro*. Edições 70.

Lei nº 71/2013. (2013). Acesso Às Profissões No Âmbito Das Terapêuticas Não Convencionais. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2629&tabela=leis&so_miolo=

Leung, A. K., & Hon, K. L. (2021). Paediatrics: how to manage functional constipation. *Drugs in Context*, *10*, 1-14. <https://doi.org/10.7573/dic.2020-11-2>

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual De Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lima, E. e Ribeiro, N. (2009). A família cuidando do filho dependente de ventilação mecânica no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*. *8*; p.110-116. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23343>

Lopes, J.C. (2022). A multiculturalidade e os desafios para a prestação de cuidados de saúde. *Açoriano Oriental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25776/ao_mar22.pdf

Lopes, M.A., Gomes, S.C. & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados De Enfermagem Especializados Como Resposta À Evolução Das Necessidades Em Cuidados De Saúde https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesct_ecabril2018.pdf

Loveday, H. P., Wilson, J. A., Pratt, R. J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J., & Wilcox, M. (2014). National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, *86*(1), S1-S70. [https://doi.org/10.1016/s0195-6701\(13\)60012-2](https://doi.org/10.1016/s0195-6701(13)60012-2)

Lyman, B., Kemper, C., Northington, L., Yaworski, J. A., Wilder, K., Moore, C., Duesing, L. A., & Irving, S. (2015). Use of Temporary Enteral Access Devices in Hospitalized Neonatal and Pediatric Patients in the United States. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, *40*(4), 574-580. <https://doi.org/10.1177/0148607114567712>

MacLeod C., Braun L., Caruso B. A., et al. (2023) Recommendations for hand hygiene in community settings: a scoping review of current international guidelines. *BMJ Open*. doi:10.1136/ bmjopen-2022-068887

Maria, A., Sooden, A., Wadhwa, R., Kaur, R., Gaur, I., Lhamo, K., & Nagaratna, V. (2022). Improving handwashing among parent-attendants visiting a newborn unit practising family participatory care. *BMJ Open Quality*, *11*(Suppl 1), e001811.

<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-001811>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22685865/>

Menezes, C. C., & Lopes, R. de C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12, 83-93. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000100010>

Metheny N. AACN Practice Alert. Initial and ongoing verification of feeding tube placement in adults (applies to blind insertions and placements with an electromagnetic device). *Critical Care Nurse*. 2016;36(2): e8-e13. doi.org/10.4037/ccn2016141

Mettler, M., & Kemper, D. W. (2003). Information Therapy: Health Education One Person at a Time. *Health Promotion Practice*, 4(3), 214-217. <https://doi.org/10.1177/1524839903004003004>

Mitchell, A. (2019). Administering an enema: indications, types, equipment and procedure. *British Journal of Nursing*, 28(3), 154-156. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.3.154>

Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K. P., Modak, A., Ronghe, V., & Dukare, K. P. (2023). The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus*, 15(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.46730>

Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

Neto, T., Henriques, G., Horta, A., Casella, P. & Ventura, R. (2004). Colocação e Manutenção de Cateteres Venosos Centrais no Recém-Nascido. *Consensos nacionais de Neonatologia*. https://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Colocacao_Manutenc_ao_Cateteres_Venosos_Centraais_no_Recem_Nascido.pdf

Newman, D. K. (2007). The Indwelling Urinary Catheter. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(6), 655-661. doi:10.1097/01.won.0000299816.829

Nicolau, V., & Escoval, A. (2010). Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 9, 95-103. <http://hdl.handle.net/10362/4466>

Nunes, D. C. R. (2019). Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de

enfermagem promotoras do regresso a casa. *Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Repositório Comum*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37131>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Entrevista ao Adolescente e Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodori crianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Regulamento n.º 422/2018*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 140/2019*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Regulamento n.º 743/2019*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Organization for Economic Cooperation and Development. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7a7afb35-en.pdf?expires=1712939136&id=id&accname=guest&checksum=77208E2D34F0E3A29B5F834F57294A84>

Özden, D., & Görgülü, R. S. (2012). Development of standard practice guidelines for open and closed system suctioning. *Journal of Clinical Nursing, 21(9-10), 1327-1338*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03997.x>

Paiva, C. M., & Barbosa, F. C. (2017). Sexo no Islã não é tabu: desejos, prazeres e práticas das mulheres muçulmanas. *Reflexão*, 42(1), 113. <https://doi.org/10.24220/2447-6803v42n1a3840>

Papalia, D. E., Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman, & Martorell, G. (2012). *Experience human development*. Mcgraw-Hill.

Pardy, C., D'Antonio, F., Khalil, A., & Giuliani, S. (2019). Prenatal detection of esophageal atresia: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(6), 689-699. <https://doi.org/10.1111/aogs.13536>

Parecer nº 115/2012 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2012). Reiki e Drenagem Linfática. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_115_2012_Reiki_e_Drenagem_Linfatica.pdf

Parecer nº 18/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de enfermagem baseadas na CIPE? https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

Parreira, P. (2005). *Organizações*. Formasau.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Petersen, B. (2014). Diagnosis and management of functional constipation. *The Nurse Practitioner*, 39(8), 1-6. <https://doi.org/10.1097/01.npr.0000451909.40427.b0>

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Formasau. ISBN: 978-972-8485-91-7

Philichi, L. (2018). Management of Childhood Functional Constipation. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(1), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.08.008>

Poddar, U. (2016). Approach to constipation in children. *Indian Pediatrics*, 53(4), 319-327. <https://doi.org/10.1007/s13312-016-0845-9>

Rajindrajith, S., Devanarayana, N. M., & Benninga, M. A. (2022). Childhood constipation: Current status, challenges, and future perspectives. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(5), 385-404. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v11.i5.385>

Ravi, C. & McKnight, C. L. (2022). Chest Tube. *National Library of Medicine; StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459199/>

Renner, M. (2010). Far from Reliable: pH Testing in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(6), 580-583. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.08.005>

Revelas, A. (2012). Healthcare - associated infections: A public health problem. *Nigerian Medical Journal*, 53(2), 59. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.103543>

Santos, S. (2012) - As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Instituto Politécnico da Guarda. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1319/1/E%20SIP%20-%20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%20%C3%A7a%20Hospitalizada%20-%20S%20C%20ADlvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos.pdf>

Schirmann, J.K., Miranda, N.G., Gomes, V.F. & Zarth, E.L.F. (2019). Fases De Desenvolvimento Humano Segundo Jean Piaget. https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA9_ID4743_27092019225225.pdf

Sebaratnam, D. F., Rodríguez Bandera, A. I., Wong, L.-C. F., & Wargon, O. (2021). Infantile hemangioma. Part 2: Management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(6), 1395-1404. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.08.020>

Shin, H. T., Orlow, S. J., & Mary Wu Chang. (2007). Ulcerated haemangioma of infancy: a retrospective review of 47 patients. *British Journal of Dermatology*, 156(5), 1050-1052. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.07771.x>

Silva, G. M. (2020). A criança do 1 aos 3 anos. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 148-158). Lidel.

Silva, N.F.F. (2014). Teoria da Vinculação. *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. <https://hdl.handle.net/10216/73037>

Silva, S.R.O., Castro, C.M. & Monteiro, I.F. (2021). Da Síria ao Brasil: dimensões culturais de mulheres imigrantes nas percepções do cuidado e assistência à gestação, parto e pós-parto. *Idéias*,(12) 01-28. DOI. 10.20396/ideias.v12i00.8658527

Silva, V. M., Sampaio, G. S. A., Guedes, N. G., Kusahara, D. M., Avena, M. J., & Rocha, P. K. (2018). Consenso de Aspiração de Crianças com Tubo Endotraqueal da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 18(2), 109-115. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201800017>

Simons, S. R., & Abdallah, L. M. (2012). Bedside Assessment of Enteral Tube Placement. *American Journal of Nursing*, 112(2), 40-46. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000411178.07179.68>

Smith, A. S., Tabbaa, M., Lei, K., Eastham, P., Butler, M. J., Linton, L., Altshuler, R., Liu, Y., & Wang, Z. (2016). Local oxytocin tempers anxiety by activating GABAA receptors in the hypothalamic paraventricular nucleus. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.09.017>

Smith, G. (2021). Health literacy: A nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referência, V Série (No 8)*. <https://doi.org/10.12707/rv21ed8>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Recomendações SPSSPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Souza, J. M. de, & Veríssimo, M. de L. Ó. R. (2015). Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(6)*, 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Staniford, L. J., & Schmidtke, K. A. (2020). A systematic review of hand-hygiene and environmental-disinfection interventions in settings with children. *BMC Public Health, 20(1)*. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8301-0>

Syed, M. K., Faqeeh, A. A. A., Othman, A., Almas, T., Khedro, T., Alsufyani, R., Almubarak, D., Faqeh, R. A., Syed, S., & Syed, S. K. (2020). Management of Early Post-Operative Complications of Esophageal Atresia With Tracheoesophageal Fistula: A Retrospective Study. *Cureus, 12(12)*. <https://doi.org/10.7759/cureus.11904>

Tabbers, M. M., DiLorenzo, C., Berger, M. Y., Faure, C., Langendam, M. W., Nurko, S., Staiano, A., Vandenplas, Y., & Benninga, M. A. (2014). Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 58(2)*, 265-281. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000000266>

Tham, E., Schneider, N., & Broekman, B. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and Science of Sleep, Volume 9*, 135-149. <https://doi.org/10.2147/nss.s125992>

Thames Valley Neonatal Network Quality Care Group. (2018). Guideline For The Nursing Care Of Chest Drains On The Neonatal Unit. https://www.piernetwork.org/uploads/4/7/8/1/47810883/chest_drain_guideline._dec_2019_final.pdf

UK Health Security Agency. (2022). Sobre o Programa e-Bug. Disponível em <https://www.e-bug.eu/pt-pt/sobre>

Uzun, Ö., & Sevinç, S. (2015). The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing, 24(23-24)*, 3400-3408. <https://doi.org/10.1111/jocn.12982>

Van Cleave, J., Gortmaker, S. L., & Perrin, J. M. (2010). Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 303(7)*, 623-630. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.104>

- Van Hoorn, C. E., Costerus, S. A., Lau, J., Wijnen, R. M. H., Vlot, J., Tibboel, D., & Graaff, J. C. (2019). Perioperative management of esophageal atresia/tracheo-esophageal fistula: An analysis of data of 101 consecutive patients. *Pediatric Anesthesia*, *29*(10), 1024-1032. <https://doi.org/10.1111/pan.13711>
- Van Kaam, A. H., De Luca, D., Hentschel, R., Hutten, J., Sindelar, R., Thome, U., & Zimmermann, L. J. I. (2019). Modes and strategies for providing conventional mechanical ventilation in neonates. *Pediatric Research*. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0704-1>
- Ventura-Silva, J. M. A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, *6*(2), 278-295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vicario, M. (2004). Atención integral del adolescente. Revisión crítica. *XVIII Congreso de la SEPEAP*. http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER/_SP_Atencion_integral_adolescente.pdf.
- Vilanova, M. V. (2020). Vacinas e imunidade. *Revista de Ciência Elementar*, *8*(2). <https://doi.org/10.24927/rce2020.021>
- Vilelas, J.M.S. & Janeiro, S.I.D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *REME rev. min. enferm*; *16*(1): 120-127. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-651178>
- Wijlaars, L. P. M. M., Gilbert, R., & Hardelid, P. (2016). Chronic conditions in children and young people: learning from administrative data. *Archives of Disease in Childhood*, *101*(10), 881-885. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-310716>
- Willmott, M., Nicholson, A., Busse, H., MacArthur, G. J., Brookes, S., & Campbell, R. (2015). Effectiveness of hand hygiene interventions in reducing illness absence among children in educational settings: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, *101*(1), 42-50. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-308875>
- Wong, M. W. H., Xu, Y. Z., Bone, J., & Srigley, J. A. (2020). Impact of patient and visitor hand hygiene interventions at a pediatric hospital: A stepped wedge cluster randomized controlled trial. *American Journal of Infection Control*, *48*(5), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.09.026>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2021). State of the World's Hand Hygiene: A global call to action to make hand hygiene a priority in policy and practice. <https://www.unicef.org/media/108356/file/State%20of%20the%20World%E2%80%99s%20Hand%20Hygiene.pdf>

- World Health Organization. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- World Health Organization. (2012). Born too soon: the global action report on preterm birth. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503433>
- World Health Organization. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization. (2022). WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
- World Health Organization. (nd) Hand hygiene in communities and public settings: Proposal for WHO guidelines. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/hand-hygiene/concept-note-gl-o-n-hh-in-community-settings-with-logo.pdf?sfvrsn=c2140d3c_3
- Wright, C. F., FitzPatrick, D. R., & Firth, H. V. (2018). Paediatric genomics: diagnosing rare disease in children. *Nature Reviews Genetics*, *19*(5), 253–268. <https://doi.org/10.1038/nrg.2017.116>
- Wyndaele, J.-J., Kaerts, N., Wyndaele, M., & Vermandel, A. (2020). Development Signs in Healthy Toddlers in Different Stages of Toilet Training: Can They Help Define Readiness and Probability of Success? *Global Pediatric Health*, *7*, 2333794X2095108. <https://doi.org/10.1177/2333794x20951086>

10. ANEXOS

Anexo I

Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento



nau SEMPRE
A APRENDER

CERTIFICADO

Certifica-se que EP5920 concluiu o curso "**Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento**", com nota de **96.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 16 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)
Presidente

Escola Superior de Enfermagem do Porto



NAU Confinanciada por:



EMITIDO EM:
dezembro 10, 2023

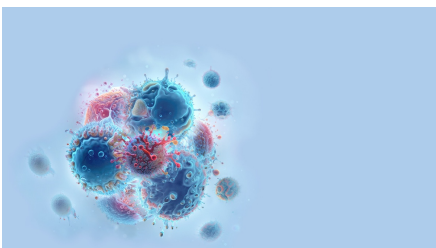
NÚMERO ID DO CERTIFICADO:

[702347b137aa42abafe7fac22aab4376](https://ms.nau.edu.pt/certificates/702347b137aa42abafe7fac22aab4376)

A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite [nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao](https://ms.nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao). Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

Anexo II

Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral



nau SEMPRE
A APRENDER

CERTIFICADO

Certifica-se que EP5920 concluiu o curso "**Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral**", com nota de **94.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 8 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)
Presidente

Escola Superior de Enfermagem do Porto



NAU Confinanciada por:



EMITIDO EM:
dezembro 5, 2023

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
[30912cbb3bf94b0ba11d6cc7982a276c](https://ms.nau.edu.pt/certificates/30912cbb3bf94b0ba11d6cc7982a276c)

A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite [nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao](https://ms.nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao). Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.