

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Enfermeiro como Promotor da Segurança Infantil
na Administração de Terapêutica em Ambulatório

Susana de Oliveira Rocha Porfírio

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Enfermeiro como Promotor da Segurança Infantil
na Administração de Terapêutica em Ambulatório

Susana de Oliveira Rocha Porfírio

Orientador: Professora Doutora M.^a Manuela Soveral

Co-Orientador: (não aplicável)

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



DEDICATÓRIA

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem os contributos e apoio de pessoas importantes que não posso deixar de mencionar:

A Sr.^a Professora Maria Manuela Soveral, que sempre acreditou na minha capacidade e motivação para chegar ao fim deste desafio e me orientou com muita dedicação e disponibilidade.

Os enfermeiros que me orientaram nos diferentes campos de estágio, Enf^a Patrícia Ribeiro, Enf^a Cláudia Pinheiro, Enf^a Margarida Bonança, Enf^a Margarida Pires, Enf^a Sandra Esteves e Enf^a Teresa Pedro, pela imensa ajuda a adquirir novos saberes e a desenvolver os meus objetivos.

Todas as crianças que cuidei e que me foram dando ânimo neste caminho, com o seu carinho e alegria.

Os meus pais, que foram um grande suporte familiar, para ter disponibilidade para me concentrar no meu desenvolvimento profissional.

O meu marido e filho, pela paciência, carinho, compreensão e amor, privando de momentos familiares ao longo desta caminhada.

A todos o meu sincero agradecimento, reconhecimento e amor.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Evento Adverso Medicamentoso

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

RN Pt – Recém-Nascido Pré-termo

SU – Serviço de Urgência

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VD – Visita Domiciliária

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. Ele contempla a descrição e análise crítica das aprendizagens realizadas ao longo de diversas experiências de estágio, explicitando os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados, bem como as competências de enfermeiro especialista adquiridas e/ou desenvolvidas.

A moldura teórica que norteou o percurso de estágio foi a Promoção da Saúde e do Autocuidado no âmbito da Segurança Infantil, com o tema - **O Enfermeiro como Promotor da Segurança Infantil na Administração de Terapêutica em Ambulatório**. Os acidentes constituem uma importante causa de mortalidade, morbidade e incapacidade temporária ou definitiva na população pediátrica e ainda são, hoje em dia, um grave problema de saúde pública. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) desempenha um papel importante como promotor do autocuidado e educador de saúde da criança e família, melhorando a qualidade de vida de todos.

Neste domínio foi integrado o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender como sustentação das atividades desenvolvidas, em complementaridade com os contributos da Filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Atendendo às necessidades de aprendizagem individuais foi utilizada uma metodologia de prática reflexiva.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Criança; Família; Educação para a Saúde, Educação para o Autocuidado; Segurança, Administração de Terapêutica.

ABSTRACT

This report was developed under the Nursing Master's Degree regarding a major in Children's Health and Paediatrics. It contemplates the critical description and analysis of all learning during several internship experiences, explaining the outlined purposes, the performed activities and the work processes used, as well as the nurse specialist skills acquired and / or developed.

The theoretical framework that guided the internship route was the Promotion of Health and Self-care in the framework of Child Safety, entitled - The Nurse as Children Safety Promoter in Ambulatory Therapeutic Administration. Accidents are a major cause of mortality, morbidity and temporary or permanent disability in children and are still today a serious public health problem. Within this context, the Children and Youth Healthcare Nurse plays an important role as a self-care promoter and health educator both of the children and their families, improving for a better life quality for all.

Nola Pender's Health Promotion Model was integrated in this domain as a support for the developed activities, in complementarity basis with the contributions of the Family Centred Care philosophy. Considering the individual learning requirements, a reflective practice methodology was used.

Key-Words: Specialized Nurse; Children; Family; Health Education, Education for Self-care; Safe Therapeutic Administration.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	10
1.1. Segurança do Doente e Eventos Adversos	10
1.2. Fatores de Vulnerabilidade em Pediatria	13
1.3. Promoção da Saúde e do Autocuidado para Prevenção dos EAM	16
2. APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. Objetivos de Estágio	21
A. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ	22
B. Desenvolver competências na educação para o autocuidado em segurança infantil, em particular na administração terapêutica, à luz da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender	35
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano letivo de 2015/2016. Este trabalho, intitulado – **O Enfermeiro como Promotor da Segurança Infantil na Administração de Terapêutica em Ambulatório** – é o resultado de um percurso que teve como ponto de partida o projeto elaborado na Unidade Curricular Opção II do mesmo Curso e que se desenvolveu ao longo do período de estágio, com o intuito da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

O EEESCJ é aquele que presta cuidados especializados à criança e sua família, trabalhando em parceria com esta

(...) em qualquer contexto em que ela se encontre (hospitais, cuidados continuados, centro de saúde, escola, comunidade, casa,...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 123/2011, p.8653).

Por isso, para adquirir saberes neste percurso de generalista a especialista, foi relevante experienciar uma diversidade de contextos de cuidados, sendo que no período entre 28 de Setembro de 2015 e 12 de Fevereiro de 2016, tive a oportunidade de estagiar em dois locais de Cuidados de Saúde Primários - uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Consulta Externa de Pediatria -, uma Urgência Pediátrica, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e duas Unidades de Internamento de Pediatria.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 351/2015), os acidentes são uma causa importante de morte e incapacidade temporária/permanente em crianças e jovens e constituem um grave problema de saúde pública. Estes acidentes podem ser de diferentes tipos, entre os quais os relacionados com a administração terapêutica. Ao refletir sobre esta temática e considerando o fato de eu trabalhar num serviço de internamento de pediatria em que crianças vão para casa a fazer medicação considerada de

alto risco, surgiu a inquietação face aos efeitos nocivos dos medicamentos se administrados de forma incorreta. Daí emergiu a preocupação mais abrangente relativa à segurança infantil relacionada com a medicação e de qual o papel que o EEESCJ pode desempenhar na prevenção de eventos adversos relacionados com a medicação, quando administrada pelos pais/cuidadores em ambulatório.

Assim, escolhi a temática da promoção da segurança infantil, que considere transversal aos vários campos de estágio. A parceria dos cuidados com os pais/cuidadores é um elemento fundamental para o seu desenvolvimento pelo que me sustentei na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, sendo que os objetivos e atividades que delineei e desenvolvi espelham os conceitos de educação para a saúde e para o autocuidado das famílias. É uma temática que se enquadra perfeitamente na minha prática do cuidar e que pode trazer contributos de melhoria efectiva dos cuidados de enfermagem na unidade onde trabalho.

Face ao exposto foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ.
2. Desenvolver competências na educação para o autocuidado em segurança infantil, em particular na administração terapêutica, à luz da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Foi um trabalho elaborado com base numa extensa pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos e bases de dados informatizadas e através da análise reflexiva, no qual procuro destacar os contributos dos estágios para o desenvolvimento de competências de EEESCJ.

O presente trabalho encontra-se estruturado em capítulos sequenciais. No primeiro capítulo faço um enquadramento teórico e conceptual do problema em estudo e do referencial teórico de enfermagem adotado; no segundo faço uma análise e reflexão do percurso de estágio, com referência às atividades desenvolvidas para atingir os objetivos delineados e explico como elas me ajudaram a desenvolver as competências de especialista; no terceiro capítulo teço algumas considerações finais que refletem o percurso realizado e perspetivam o futuro.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O referencial teórico foi já desenvolvido no projeto de estágio que antecedeu este relatório pelo que faço uma abordagem mais breve dos principais conceitos. Para uma melhor compreensão foi feita uma divisão em três subcapítulos em que primeiramente é feita uma abordagem mais geral sobre a segurança e os eventos adversos evitáveis na criança; de seguida abordo os fatores de vulnerabilidade das crianças para a ocorrência de eventos adversos medicamentosos; e por fim, abordo as medidas facilitadoras da sua prevenção através da educação para a saúde e para o autocuidado.

1.1. Segurança do Doente e Eventos Adversos

As crianças são particularmente vulneráveis aos acidentes. Em todo o mundo morrem cerca de 830 000 crianças por ano, em acidentes não intencionais¹ (OMS, 2008). Para além deste número, milhões de crianças sofrem acidentes não-fatais, que, muitas vezes, implicam a hospitalização e uma reabilitação demorada. Segundo o Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012², Portugal fornece apenas um nível regular de segurança às crianças, pelo que muito mais pode ser feito para tornar a vida das crianças mais segura, sendo que as áreas de intervenção devem incidir na segurança rodoviária e de peões e na prevenção de afogamentos, quedas, intoxicações, queimaduras e asfixia (MacKay & Vincenten, 2012).

Em Portugal foi realizado um estudo, intitulado o «Uso (ou abuso) de fármacos na idade pediátrica», no qual foi identificado um elevado consumo de medicamentos nas crianças, sobretudo na infância precoce, evidenciando a necessidade de vigilância e regulamentação adequadas (Maia, Luís, Moura, Ribeiro, Almeida & Brito, 2011). Dada a grande e cada vez maior exposição da

¹ Acidentes, segundo as suas causas, subdividem-se em: 1) acidentes não intencionais, que correspondem aos acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicação, sufocação, etc. e 2) acidentes intencionais, que correspondem às «lesões autoprovocadas intencionalmente», «agressões» e «eventos cuja intenção é indeterminada e outros» (DGS, 2010, p.1).

² Este relatório faz um resumo do desempenho de Portugal no progresso das políticas e regulamentos na área da segurança infantil e estabelece metas para a redução das mortes e incapacidades resultantes de acidentes não-intencionais em crianças e adolescentes.

população, particularmente em idade pediátrica, ao uso de medicação, o risco de danos por efeitos adversos constitui um desafio crítico de saúde pública e para a segurança do paciente, pois as crianças têm uma vulnerabilidade aumentada para a ocorrência destes incidentes e das lesões daí resultantes.

Um Evento Adverso Medicamentoso (EAM) é definido como o “dano no doente resultante da medicação, quer seja devido a uma reacção farmacológica a uma dose normal, ou devido a uma reacção adversa evitável a um medicamento resultante de um erro (DGS, 2011, p.118). Ou seja, os EAM envolvem tanto as reacções adversas medicamentosas, que não se conseguem prevenir, como os erros de administração ou as intoxicações, que são evitáveis e poderiam não ter ocorrido se o doente tivesse recebido cuidados de saúde de acordo com os padrões normais de cuidado indicados para o momento em que o evento ocorreu (*ibid*).

Walsh, Kaushal & Chessare (2005) referem que as crianças estão três vezes mais expostas à ocorrência de EAM que os adultos pelo que a segurança na administração terapêutica na população pediátrica toma um especial relevo. O EEESCJ tem aqui um desafio e uma janela de intervenção, pois

os Enfermeiros Pediátricos deveriam ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas principalmente porque os enfermeiros são como a última linha de defesa para a sua prevenção (OE, 2012, p.3).

Quanto à ingestão acidental/intoxicação em Portugal, os dados mais recentes que o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) disponibiliza são de 2010 (www.inem.pt/ciav): 31,5% das chamadas são relativas a intoxicações em crianças com idade inferior a 15 anos e, destas, 69% ocorrem na faixa etária compreendida entre o 1º e o 4º anos de vida. Quanto à causa 54% foram provocadas por medicamentos sendo os principais agentes o paracetamol, os anti-inflamatórios não-esteróides, anti-histamínicos sistémicos, ansiolíticos e antibióticos. Quanto às circunstâncias da intoxicação na criança verifica-se que 83% foi acidental e 11,5% por erro terapêutico. Importa realçar que, se por um lado os agentes medicamentosos mais comuns nas intoxicações são medicamentos de venda livre e habitualmente utilizados para tratar doenças *minor*, por outro lado existem medicamentos que são considerados

medicamentos de alerta máximo ou de alto risco, que foram identificados como ameaças especialmente graves à segurança do doente. Portanto, não pode ser apenas dada importância aos medicamentos estatisticamente significativos, pois existem medicamentos que apesar de não conduzirem a grande número de EAM são mais letais e, assim, adquirem grande relevância.

Relativamente aos erros na medicação, nos pacientes pediátricos em ambulatório, potenciais erros ocorreram em aproximadamente 15% das crianças que receberam uma prescrição (Cohen et al, 2008). Estudos revelam que cerca de 22% dos erros de medicação pediátrica são evitáveis e que os tipos mais comuns de erro são a dose inapropriada, omissão de dose, administração do medicamento errado e erro de prescrição (NRLS, 2009). Importa tomar medidas na demanda da segurança na medicação, definida como a “ausência de lesão acidental durante o uso de medicação; atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que possam resultar do uso de medicamentos” (DGS, 2011, p.136).

Os eventos adversos podem ocorrer em qualquer ambiente de cuidados de saúde, incluindo em regime de internamento, ambulatório ou atendimento institucional e não-institucional (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Então, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, são responsáveis por garantir cuidados de saúde com um elevado grau de segurança do doente e por reduzir o risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O enfermeiro tem este dever de salvaguardar a saúde dos doentes e prevenir complicações de saúde dos clientes, como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002).

A probabilidade de ocorrência de EAM pode aumentar durante as transições de cuidados (por exemplo, na alta de um hospital para o domicílio ou alteração do prestador de cuidados de saúde), quando as informações não são adequadamente transmitidas entre prestadores de cuidados de saúde ou quando os doentes não entendem completamente a forma de gerir e administrar os medicamentos (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Então toda a preparação que se possa fazer para a alta hospitalar torna-se fulcral na prevenção destas ocorrências e na promoção da segurança infantil.

1.2. Fatores de Vulnerabilidade em Pediatria

Vários fatores podem contribuir para os EAM, quer ocorram em internamento, em ambulatório ou durante as transições de cuidados. A prestação de cuidados de saúde seguros depende da compreensão desses fatores, considerando como agentes intervenientes o doente, os cuidadores, aspetos organizacionais e aspetos técnicos (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Seguidamente, serão analisados determinantes-chave dos EAM evitáveis que podem estar diretamente relacionados com o doente pediátrico:

a) Fatores relacionados com as crianças

As crianças, principalmente até à primeira infância, são muito diferentes dos adultos, com enormes variações metabólicas e farmacocinéticas que condicionam diferente biodisponibilidade e, em consequência, diferente eficácia / efeitos adversos em relação ao adulto (Jorge, 2012). A imaturidade (hepática, imunológica e neurológica) da criança pequena, sobretudo quando doente, condiciona uma menor capacidade fisiológica para combater os efeitos do excesso de dosagem (Caldwell, 2011). Por outro lado, no latente e principalmente no recém-nascido (RN), a variação ponderal oscila quase diariamente, dificultando a uniformização de prescrições e dosagens e multiplicando a necessidade de cálculos e de atualização de doses, em intervalos de tempo relativamente curtos (CHLC, 2014).

Considerando que pode ser difícil a criança colaborar na administração da medicação, podendo recusar, expelir ou vomitar (Walsh et al., 2013) as doses administradas são menos rigorosas e tendem a ser inferiores ao prescrito. Tendo em conta o estadio de desenvolvimento da criança, a monitorização de reações adversas também pode ser mais difícil (Zandieh et al., 2008) pois a maioria das crianças não consegue comunicar aos pais ou aos enfermeiros qualquer sintoma de reação adversa na administração de medicamentos (CHLC, 2014).

Nas crianças que têm esquemas terapêuticos complexos e fazem muita medicação pode ser difícil conciliar os horários da administração com as suas atividades de vida, nomeadamente com a escola. Assim, pode ser um desafio

para as crianças e cuidadores uso de medicamentos em horário escolar (Silva, 2007).

Quanto ao problema das intoxicações acidentais, a ingestão está diretamente relacionada com o fato de as crianças na faixa etária que tem maior incidência (entre 1 e 4 anos) serem muito curiosas, estarem a descobrir o mundo, não terem a noção de perigo e procurarem imitar os adultos.

b) Fatores relacionados com os medicamentos

Os dados de eficácia e segurança de medicamentos são escassos na população pediátrica (Anes, 2012) o que faz com que não existam as indicações e dosagens pediátricas e neonatais em muitas normas de administração terapêutica. A dificuldade no acesso a medicamentos submetidos a uma avaliação específica leva os médicos a prescrever fármacos que não são autorizados ou de regime *off label*³, o que pode conduzir a um aumento do risco de toxicidade nesta população e aumento da incidência de reações adversas (Anes, 2012 e Jorge, 2012).

O que se verifica, muitas vezes, é que são realizadas manipulações dos medicamentos com adaptações de formulações de adultos - diluição de preparações concentradas, fração de comprimidos, dissolução ou dispersão de comprimidos num volume específico de água e aproveitamento de uma parte (Silva, 2007). Esta manipulação também envolve vários riscos - as doses são menos precisas, pode aumentar a probabilidade de erros pela necessidade de cálculos envolvidos e existe pouca informação sobre a biodisponibilidade e estabilidade das formulações extemporâneas elaboradas pelas farmácias (*ibid*, 2007).

Ocorre também que nas suspensões orais, o mesmo medicamento, dependendo do laboratório, pode ter concentrações diferentes. Por exemplo, a suspensão oral de Paracetamol existe na concentração de 24mg/ml, 32mg/ml e 40mg/ml, consoante é o Calpol®, Panasorbe® ou Ben-u-run®, todos aprovados pelo Infarmed. Esta variedade pode conduzir a erros terapêuticos, pois muitas vezes as prescrições médicas são feitas em mililitros ou porque ao

³ *Off label* significa que não são aprovados para aquela idade ou para determinado problema de saúde (Caldwell, 2011)

comprar um novo frasco o cuidador pode não perceber que tem uma concentração diferente e administra a mesma quantidade.

c) Fatores técnicos relacionados com a administração

O momento da administração da medicação a crianças pode ser um desafio pois, habitualmente, elas não colaboram. As mudanças inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento exigem diferentes abordagens (Woo, 2010). O fato de os pais misturarem a medicação com alimentos pode interferir com sua estabilidade (Silva, 2007) e se a criança não ingere a totalidade da refeição pode não fazer a dose prescrita.

Em ambulatório é frequente o uso de um dispositivo de medição da medicação desadequado (Shah, Blustein, Kuffner & Davis, 2014). A administração de medicação pediátrica, particularmente neonatal, requer material próprio, com possibilidade de controlo rigoroso da dosagem administrada, sendo que a utilização de colheres, gotas ou copos aumenta o risco de erro na dose administrada (CHLC, 2014). O mais correto é o uso de seringas graduadas; mais recentemente, as soluções orais pediátricas já começam a trazer este dispositivo na embalagem.

d) Fatores relacionados com os pais

Vários estudos revelam que o nível de literacia em saúde dos pais vai influenciar a sua capacidade para gerir a medicação das crianças e prevenir a ocorrência de eventos adversos (Wallace, Keenum, DeVoe, Bolon & Hansen , 2012 e Yin et al., 2011), assim como fatores socio-demográficos dos pais – língua (quando diferente da do profissional de saúde), nível socio-económico, nível de escolaridade, crenças e atitudes culturais (Zandieh et al, 2008). Isto está intimamente relacionado com a sua capacidade de compreender e interpretar a prescrição (nomes comerciais e genéricos, concentrações e dose), preparar e administrar a medicação aos seus filhos (Wallace et al, 2012 e Walsh et al., 2013).

Wallace et al (2012) referem ainda que o número de filhos também é um fator que pode influenciar a ocorrência de incidentes, no sentido em que quantos mais filhos maior a experiência na administração terapêutica e menor o risco de EAM.

e) Fatores relacionados com os profissionais de saúde

Os próprios profissionais de saúde podem ter dificuldades, sendo que os médicos podem não estar familiarizados com a população pediátrica e/ou o seu tratamento e ter dificuldade em escolher os fármacos e calcular as doses numa base individual (dose por unidade de peso/idade/superfície corporal) (Caldwell, 2011).

A comunicação inadequada entre os profissionais de saúde e as famílias também pode ser um fator condicionante, pois o ensino aos pais sobre a medicação não se torna eficaz e ocorre má gestão/adesão do/ao regime medicamentoso.

1.3. Promoção da Saúde e do Autocuidado para Prevenção dos EAM

Na carta de Ottawa, da Organização Mundial de Saúde (OMS), Promoção da Saúde é definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.2). Este conceito é muito abrangente e não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, exige construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária, reorientar os serviços de saúde (focalização nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade) e desenvolver competências pessoais.

A promoção da saúde pressupõe então o desenvolvimento pessoal e social das comunidades, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). O conceito de Educação para a Saúde, segundo Tones & Tilford, refere-se a “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença” (1994, p.11), pelo que é um conceito mais operacional (dentro do conceito de promoção de saúde) e será utilizado no segundo capítulo deste relatório como uma intervenção importante do EEESCJ. A educação para a saúde deve ser praticada segundo um processo, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, assim como a motivação para aprender, as metas a atingir,

estabelecidas conjuntamente com a pessoa e ou família. O processo de ensino aprendizagem contempla várias etapas, sendo que a avaliação faz parte dum processo integral, com vista a determinar as capacidades das pessoas para a aprendizagem (Redman, 2003).

No seio das equipas de saúde, o enfermeiro é chamado a assumir um papel importante no campo da educação para a saúde, pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Analisando os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), verifico que ressalta em todas as dimensões uma forte missão educativa dos enfermeiros na organização, planeamento e prática de cuidados, com base numa relação que permita o desenvolvimento da consciência crítica e a cultura de saúde de quem é cuidado.

A integração das ciências de enfermagem na promoção de saúde surge no modelo proposto por Nola Pender em 1982 - o Modelo de Promoção de Saúde. É uma proposta para integrar na enfermagem a ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis e explorando o processo biopsicossocial que motiva a pessoa para apresentar comportamentos produtores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006). Este modelo é simples, claro e aplica-se ao longo do ciclo vital, pelo que pode ser adaptado a vários contextos de intervenção nomeadamente na área de saúde infantil e pediátrica.

No Modelo de Promoção da Saúde a Pessoa é um ser biopsicossocial que se encontra parcialmente moldado pelo ambiente, mas que, por sua vez, procura criar um ambiente propício ao seu potencial humano e, assim, a relação entre a pessoa e o ambiente é recíproca. O Meio Ambiente é o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenrola e que pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador de comportamentos benéficos para a saúde. Por exemplo na infância, o ambiente familiar desempenha um papel significativo na autocuidado para a promoção da saúde por meio de experiências de infância positivas e estáveis.

Para Pender, o autocuidado é interpretado como um requisito universal para sustentar a vida e manter a saúde, constituindo uma determinante para a

qualidade de vida e longevidade dos indivíduos. O processo de educação para o autocuidado consiste em ensinar e aconselhar medidas e atividades onde a informação é partilhada, de forma que os clientes sejam guiados na aplicação do que aprenderam nas atividades de vida diária (Pender, 1987).

Para outra teórica de Enfermagem, Dorothea Orem (2001), citada por Petronilho (2012), o autocuidado é a prática de atividades que favorece o aperfeiçoamento e amadurece as pessoas, em seu próprio benefício, com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e bem-estar pessoal.

Petronilho (2012) acrescenta que a ação do autocuidado envolve o domínio cognitivo (habilidades cognitivas para ação do autocuidado), domínio físico (capacidade física), domínio emocional ou psicossocial (valores, motivação, percepção de competências), domínio do comportamento (habilidades para efetuar os comportamentos de autocuidado). Pender (1987) lembra que existem múltiplos fatores que contribuem para a resposta individual para o autocuidado e participação nos comportamentos de promoção de saúde. São fatores cognitivo/perceptivos - a importância da saúde; percepção do controlo sobre a saúde; percepção sobre a autoeficácia; definição de saúde; percepção sobre o estado de saúde; percepção dos benefícios e das barreiras dos comportamentos promotores de saúde – e fatores modificadores – características demográficas, biológicas, influências interpessoais, fatores situacionais e comportamentais.

Ao considerar estes fatores, o EEESCJ necessita de reconhecer e valorizar as forças e competências da família como um recurso para a intervenção e adequar o estilo de ensino/aprendizagem a cada família, para desenvolver um ensino eficiente. Os componentes a serem contemplados no processo de educação para o autocuidado, segundo Nola Pender, estão esquematizados no anexo I.

As famílias desempenham um papel determinante na promoção e educação para a saúde. A família, entendida como unidade básica da sociedade, é um meio natural para o desenvolvimento e bem-estar de todos os seus membros, na qual naturalmente se processa a ação educativa. Neste sentido a família, não só é o alvo da educação como é fonte de educação.

O reforço do apoio para o autocuidado é particularmente importante em famílias com crianças. Nesta fase, os adultos precisam aceitar a responsabilidade, para moldar os comportamentos e ensinar as crianças para o autocuidado competente; necessitam também de aumentar os conhecimentos e habilidades de comportamentos promotores de saúde; e precisam aprender como e quando usar os serviços de saúde como recurso.

Em pediatria, a equipa de enfermagem necessita centrar o seu cuidado não só na criança mas, também, na sua família. A família é o principal cuidador da criança e tem que estar capaz de assegurar todos os cuidados à mesma, nomeadamente relativos à segurança, sendo que, para isso, necessita muitas vezes de apoio e de orientação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. O papel dos pais é assumir o cuidado diário da criança e o do enfermeiro é ensinar e apoiar (Jolley & Shields, 2009) pelo que é fundamental que este colabore com os principais responsáveis pelos cuidados à criança - os seus pais (Cardoso, 2010).

Neste âmbito, o enfermeiro deve ter a preocupação de facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família, nomeadamente sobre a administração de terapêutica em ambulatório, sendo que é sua função proceder ao ensino dos pais sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos (Regulamento n.º 123/2011 e Decreto-Lei n.º 161/96).

A prevenção dos EAM envolve todos os intervenientes do percurso do medicamento, desde a sua prescrição, dispensa, ensino e administração. Passa pelo apoio ao desenvolvimento e implementação de diretrizes, aplicação das boas práticas, desenvolvimento de ferramentas e recursos de educação dos doentes e cuidadores, com especial atenção aos doentes que tenham os fatores de vulnerabilidade anteriormente descritos (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). O enfermeiro, devido à sua perícia sobre estes assuntos e ao contato contínuo com as famílias, tem uma oportunidade única para promover a segurança das crianças relativamente à prevenção dos EAM.

A preparação para a alta é fulcral na dinâmica da prevenção. O ensino para a alta é um processo contínuo, no qual os pais devem ser considerados parceiros ativos, o que implica o estabelecimento de uma comunicação efetiva, para uma eficaz capacitação e envolvimento nos cuidados. No Regulamento

das Competências Específicas do EEESCJ lê-se que “o Enfermeiro Especialista (...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa” (Regulamento n.º 123/2011) e, assim, o enfermeiro tem que estar disposto a compartilhar o cuidado da criança doente com sua família, sempre levando em consideração que os pais precisam de ser envolvidos no cuidado do filho doente.

A atuação do enfermeiro é fundamental para ajudar os pais neste processo de adquirir novas competências para cuidarem dos seus filhos. Como explica Dorothea Orem, a enfermagem é exigida “quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência” (1995, p.174) ou quando o cuidador não apresenta habilidade para dar resposta à necessidade de autocuidado de quem depende dos seus cuidados, como é o caso das crianças pequenas. Nestes casos, os pais não necessitam de ser substituídos por profissionais de saúde mas de apoio-educação através de orientação para executarem os cuidados. Desta forma, o papel do EEESCJ é o de capacitar os pais como agentes de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (*ibid*).

2. APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo, pretendo descrever as atividades por mim realizadas no decurso do estágio, de acordo com os objetivos que me propus atingir, bem como realizar um processo reflexivo acerca das experiências vividas, demonstrando como elas contribuíram para desenvolver competências especializadas no cuidar da criança e família. O processo reflexivo foi sendo acompanhado pela professora orientadora nas orientações tutoriais, o que contribuiu para enriquecer as minhas oportunidades de aprendizagem e a melhoria dos processos de aquisição e desenvolvimento de competências.

2.1. Objetivos de Estágio

No sentido de orientar globalmente as competências a desenvolver como EEESCJ e para estruturar e promover o processo de aprendizagem, foram estabelecidos objetivos gerais e específicos. São objetivos que se adaptam aos diferentes contextos da prática por onde passei e que estão orientados pela área temática que defini, que é a Promoção da Segurança Infantil na Administração de Terapêutica em Ambulatório, ancorada na Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Como objetivos gerais delineei:

- A. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ;
- B. Desenvolver competências na educação para o autocuidado em segurança infantil, em particular na administração terapêutica, à luz da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Para atingir os objetivos gerais foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- A.1) Adquirir conhecimentos sobre as práticas de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde;

A.2) Prestar cuidados de enfermagem de complexidade⁴ ao cliente pediátrico e sua família, de preferência com necessidade de educação para o autocuidado;

A.3) Dinamizar a incorporação de conhecimento da área da especialidade nos contextos da prática cuidativa;

B.1) Sensibilizar as crianças e os pais/cuidadores para a segurança infantil, em particular na administração terapêutica e prevenção de EAM;

B.2) Capacitar a criança e os pais/cuidadores para a administração terapêutica em ambulatório;

B.3) Otimizar o processo de preparação para a alta relacionado com segurança infantil na administração de medicação em ambulatório.

Apresento de seguida a forma como os objetivos foram atingidos e, assim, foram adquiridas/desenvolvidas as competências comuns e específicas do EEESCJ.

A. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ

A.1) Adquirir conhecimentos sobre as práticas de cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde;

Os primeiros dias em cada local de estágio serviram para conhecer a equipa multidisciplinar, para conhecer as instalações dos serviços, as dinâmicas organizacionais e de funcionamento de relevo para os cuidados de enfermagem. Por outro lado, apresentava o meu projeto de aprendizagem e os objetivos do estágio ao enfermeiro orientador, para rapidamente percebermos como poderia desenvolvê-los através de atividades exequíveis e de interesse, tanto para a minha aprendizagem como para o serviço. Foram também consultadas as normas, procedimentos, protocolos e projetos no âmbito dos

⁴ A enfermagem entende o ser humano como ser complexo, constituído pelas vertentes biopsicossocioculturais, e que pode a experimentar uma situação de vida complexa, ou seja, sem uma solução linear devido à existência de multiplicidade de fatores eventualmente contraditórios, que interagem constantemente. Neste sentido os cuidados de enfermagem complexos são os que promovem um cuidar flexível, sensível, não-linear, não-determinista, não pré-determinado, dirigido à individualidade de cada pessoa e no contexto em que está inserida, ou seja, verdadeiros cuidados holísticos.

cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria, cuja leitura me ajudou a lembrar e/ou aprofundar conhecimentos.

O grande leque de equipas que conheci, metodologias de trabalho que experienciei e áreas de intervenção nas quais prestei cuidados foram muito enriquecedoras. Todas elas tinham a criança e família no centro dos processos cuidadosos, baseados na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, mas saliento aquelas que utilizavam o método de enfermeiro de referência para a organizar e desenvolver o trabalho da equipa de enfermagem.

Segundo este método, o enfermeiro planeia os cuidados, ainda que não os preste diretamente, negocia a estratégia a seguir com os prestadores de cuidados da criança, articula com as diferentes estruturas tanto a nível dos cuidados de saúde como dos recursos da comunidade, o que influencia positivamente a parceria de cuidados. A OE aconselha o método de trabalho por enfermeiro de referência, “imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem” (Regulamento n.º 351/2015, p.16662).

Pude verificar como funciona este método em dois serviços distintos onde estagiei (um de cuidados de saúde primários e outro de internamento hospitalar) e constatei que, principalmente na assistência a crianças com doenças crónicas, pode ser uma mais-valia. As famílias, que têm que assumir a principal responsabilidade dos cuidados às suas crianças com doenças crónicas, beneficiam da relação de confiança e segurança que se estabelece com o enfermeiro de referência, pois é sempre o mesmo profissional que os acompanha nas várias fases do percurso da doença (embora não seja o único que assegura a prestação de cuidados diretos) e que, conforme as necessidades identificadas, consegue negociar e planear os cuidados ao longo do tempo. Esta atenção à singularidade da criança e família valoriza o papel da mesma como perita no cuidado à criança e abre portas à promoção da adaptação da família à gestão diária da doença. Como referem Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, p.58) o “educador não se afirma hoje, apenas, através da autoridade do conhecimento, precisa de conquistar o espaço-tempo das interações educativas, apropriando-se do poder da relação. Construir a relação implica saber estabelecer contractos de desenvolvimento com as pessoas que queremos educar”.

Em oposição, parece-me pertinente refletir sobre a particularidade do método de trabalho no serviço de urgência pediátrica. Aqui, a equipa de enfermagem é distribuída pelos diferentes postos de trabalho e cada um organiza e desenvolve o seu trabalho segundo um método funcional, em que a assistência global à criança e família é fracionada em atribuições e cada enfermeiro pode ser responsável pela concretização de uma dessas tarefas. Este método tem a vantagem da eficiência e rapidez, que é o que se espera de um serviço de urgência, mas pode ser um obstáculo ao entendimento global das necessidades da criança e família.

Senti falta do suporte do habitual processo de enfermagem para planificar os cuidados, manter a noção de globalidade e até para perceber se estava a desempenhar um bom trabalho. A própria criança e família devem sentir-se perdidos e pouco valorizados, sem perceber quem é o profissional responsável pelos cuidados e a quem podem recorrer ao longo destas transições entre postos de trabalho. Parece-me importante que, independentemente destes constrangimentos inerentes ao método de trabalho, o enfermeiro possa adotar uma postura que confira humanidade aos cuidados, mostrando disponibilidade e interesse por aquelas pessoas, para minimizar os efeitos negativos da permanência da criança no hospital.

Por outro lado, a passagem pelo posto da triagem foi um dos mais desafiantes e que me ajudou a desenvolver bastantes capacidades e as competências de EEESCJ, nomeadamente *E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem* e *E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados* (Regulamento n.º 123/2011). Na urgência, a triagem tem como objetivo uma avaliação breve dos sinais e sintomas da criança, para classificar a necessidade de observação médica dentro de 4 níveis de prioridade (emergente, muito urgente, urgente ou não urgente), e assim garantir a prestação de cuidados no tempo adequado à patologia subjacente. Isto implicou que eu detivesse muitos conhecimentos sobre as patologias próprias da infância, desde as mais frequentes às mais raras, e que conseguisse rapidamente mobilizar interpretar a informação recolhida na entrevista sumária para fazer uma avaliação crítica o mais

rigorosa possível. Tendo em conta que dão entrada neste serviço dezenas ou mesmo centenas de crianças num só turno, nesta época do ano, eu observei e avaliei muitas crianças e isso exigiu que eu desenvolvesse a minha capacidade de comunicação com a criança e família em situações de *stress* e fragilidade, a capacidade de trabalhar sob pressão, mantendo a tranquilidade e centrando-me no prioritário, e acima de tudo desenvolvi o juízo clínico e a tomada de decisão, assentes em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes, conforme descrito no enunciado D2 do Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A.2) Prestar cuidados de enfermagem de grande complexidade ao cliente pediátrico e sua família, de preferência com necessidade de educação para o autocuidado;

Durante o percurso de estágio tive a oportunidade de observar, colaborar e prestar cuidados autónomas a crianças e famílias, em variados contextos e com diferentes necessidades. Procurei estruturar os meus cuidados através do processo de enfermagem, avaliando as necessidades para definir diagnósticos de enfermagem, estabelecendo objetivos e prioridades nos cuidados em parceria com as crianças e famílias, intervindo de forma adequada às especificidades e individualidade de cada criança e família e efetuando a respetiva avaliação.

O estágio que mais exigiu que desenvolve-se a minha capacidade de planejar os cuidados de forma sistematizada, integral e individualizada foi o decorrido na UCIN. Aqui os cuidados apoiam-se no conceito de Cuidados para o Desenvolvimento, que são cuidados prestados com a intenção de adequar a estimulação dos bebés prematuros em níveis adaptados ao seu grau de maturidade neurológica, de acordo com a observação detalhada das respostas físicas e comportamentais de cada criança (Wallin & Eriksson, 2009, Askin & Wilson, 2011). Neste sentido, desenvolvi a capacidade de observação do comportamento de cada RN, quanto às suas competências, vulnerabilidades e limites, para conseguir estabelecer um plano de cuidados individualizado e diminuir os efeitos negativos do ambiente agressivo na UCIN. Também realizei

controlo ambiental evitando estímulos stressantes desnecessários, como a luz ou ruído excessivos, nomeadamente ao abrir e fechar a incubadora delicadamente, utilizar iluminação ajustável e apenas quando imprescindível para um procedimento mais minucioso, cobrir a incubadora e ao implementar os ciclos de luz/escuridão para ajudar o desenvolvimento de ritmos circadianos.

Os meus cuidados também tinham em consideração o protocolo existente para a prevenção de hemorragias intraperiventriculares nos RN de idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou de muito baixo peso (inferior a 1500gr.), que implicava uma série de cuidados no bloco de parto, no transporte e na UCIN, com manipulação mínima nas primeiras 72h de vida e cuidados especiais até ao 7º dia de vida⁵. Eram cuidados complexos, de pormenor, que exigiram de mim muita concentração, delicadeza, tranquilidade e juízo clínico para perceber o que era essencial para não descompensar um ser tão frágil. Como refere Brazelton,

observar uma enfermeira especialista (...) é como observar um relojoeiro a trabalhar. A delicadeza e a destreza que são necessárias aos aspectos técnicos indispensáveis à sobrevivência do bebé dão-nos um sentimento assustador de como ele é delicado neste momento (1992, p.93).

Nos recém-nascidos pré-termo (RN Pt), a pele é considerada a “imagem” do cérebro e é uma superfície partilhada, ponte de ligação entre o RN e o ambiente, pelo que em cada interação existe sempre algum nível de contribuição recíproca (Coughlin, Gibbins, Gibbins & Hoath, 2008). Neste sentido, cada interação que eu tinha com os RN era ponderada e avaliada a necessidade de manipulação, o que me estimulou a planear e organizar meticulosamente os cuidados. Procurei também coordenar os mesmos entre a equipa de saúde e os pais dos bebés para que a manipulação fosse reduzida a um período e frequência mínimos, mas mantendo o interesse dos pais em vincularem-se e cuidarem do seu bebé.

⁵ Estes cuidados envolviam: manter o RN dentro do saco de polietileno até a sua temperatura estabilizar entre 36,5°-37,5°; monitorizar a sua temperatura continuamente; manter a incubadora com humidade a 80-85% e gradualmente reduzir a partir do 3º dia; manter o RN com a cabeça em posição mediana e elevação da parte superior do corpo a 20°-30° até ao fim da primeira semana, em posição supina nos primeiros 3 dias; movimentar o RN em bloco, evitando a rotação isolada da cabeça; na mudança da fralda não elevar as pernas sobre o abdómen; nos primeiros 3 dias proceder a estimulação mínima; estimular o posicionamento em posição fetal, com contenção postural; evitar aspirar secreções e quando necessário pré-oxigenar; não dar banho na primeira semana de vida, não medir o comprimento e perímetro cefálico antes do 3º dia de vida; pesar o RN no 1º, 4º e 7º dias.

A parentalidade é um processo exigente, cansativo e desafiante com crianças saudáveis mas torna-se especialmente complexo quando o RN nasce prematuramente ou doente e necessita de cuidados especiais. A doença e a hospitalização podem dificultar a adaptação à parentalidade, pelo sofrimento, ansiedade e medo infligido aos pais, uma vez que podem interferir na qualidade da interação e relação pais/filhos. Os pais podem passar por uma crise de identidade parental, com sentimentos de culpa pelo estado do bebé e com indefinição do seu papel relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais de saúde esperam que eles façam (OE, 2015). Por outro lado, o seu bebé não tem muitas vezes o aspeto que eles idealizaram e pode parecer-lhes um estranho, inacessível entre tubos e fios, isolado numa incubadora.

Mas o desempenho do papel parental é essencial para assegurar a sobrevivência, a segurança e o crescimento e desenvolvimento da criança pelo que é um foco importante de atenção da intervenção do EEESCJ. O nascimento inesperado acarreta momentos stressantes, caracterizados pela aflição, pela tristeza e por angústias antecipatórias relativas ao medo da perda da criança (Vidigal, Pires & Matos, 2001). Os pais podem sentir-se muito inseguros e vulneráveis pelo facto de não saberem como agir perante uma situação que não previam e que nunca experienciaram antes, pelo que o EEESCJ deve compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição e ajudá-los a ultrapassar sentimentos que podem comprometer um desenvolvimento equilibrado da construção da parentalidade.

Com a ajuda do enfermeiro, os pais necessitam fazer a aprendizagem de conseguirem manter interações sociais dentro do estreito limite de intensidade que desencadeia a resposta do bebé sem exceder o nível de tolerância deste (Goldberg & Di Vitto, 1995 citado por Vidigal, Pires & Matos, 2001), para que seja estabelecida a vinculação. Ela é o processo através do qual os pais e o bebé constroem uma relação emocional pela proximidade e interação entre eles. A vinculação vai permitir que ocorra a adaptação ao bebé e as respostas positivas deste vão indicar aos pais que estão a conseguir satisfazer as necessidades do mesmo e, assim, os pais sentem que são competentes neste novo papel (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o estágio, procurei estar desperta para estes obstáculos à vinculação e proporcionar interações positivas entre o RN e os pais, através de atitudes facilitadoras, adotadas pela unidade onde estagiei, como: explicar as aquisições de desenvolvimento do seu bebé ao longo das semanas de vida, dar a sugestão aos pais para deixarem na unidade do bebé objetos pessoais como um peluche, que os faça sentir-se mais em “casa”, incentivá-los a colaborarem em cuidados como mudar a fralda ou posicionar o bebé, ajudá-los a estarem mais centrados na observação dos comportamentos do bebé e menos nos monitores para o conhecerem na sua individualidade, criar memórias positivas, através de fotografias ou de comemoração de dias especiais, como “festejar” uma semana ou um mês de vida.

Brazelton (1992) explica que os pais passam por cinco fases, antes de encararem o bebé prematuro como seu e de confiarem em si próprios para lidarem e se relacionarem com ele. No fundo a minha intervenção focou-se em ajudar os pais a percorrerem estas fases até consumarem a vinculação na última fase, na qual os pais se atrevem realmente a pegar no bebé e tê-lo ao colo. Brazelton refere que os pais “antes encaravam-no como um frágil e terrífico objecto e encaravam-se como sendo perigosos para ele. Quando conseguem começar a ver que ele não se parte e que podem satisfazê-lo e tratá-lo como uma pessoa, os pais estão prontos para levá-lo para casa, a criá-lo” (*ibid*, p.99).

O contato pele-a-pele contribui fortemente para estes sentimentos positivos e deve ser estimulado. Nesse sentido, promovi o contato físico, sempre que a situação clínica dos bebés permitisse. Ensinei os pais a observarem os filhos para perceberem se mostravam sinais de estarem recetivos a esse estímulo, a realizarem o toque suave mas firme quando os RN precisavam de contenção para se organizarem, incentivei e ajudei os pais a fazerem Método Canguru. A amamentação também é um momento privilegiado para estabelecer uma relação emocional entre a díade mãe/bebé, além dos benefícios fisiológicos do leite materno e da sucção, pelo que lhe dediquei também muita atenção. Primeiramente, preocupava-me em perceber se a mãe estava disponível para amamentar, pois não vale a pena forçar um momento que deve ser de tranquilidade. As mães que estavam disponíveis, foram ajudadas a resolver as dificuldades na amamentação e incentivadas e colocar

o bebê à mama, mesmo que inicialmente não fosse para a satisfação nutricional do RN.

Pelo exposto considero ter desenvolvido plenamente a competência E3.2 — *Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais* (Regulamento n.º 123/2011), que descrevi de forma mais pormenorizada e evidente neste estágio mas que decorreu de forma transversal a todos os contextos por onde passei.

A maior dificuldade que senti no decorrer do estágio na UCIN teve que ver com a competência E2.1 — *Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados* (Regulamento n.º 123/2011). De fato, os RN da sala de intensivos apresentavam um estado de saúde que envolvia instabilidade e tecnologia de suporte, que nunca tinha mobilizado, e isto despertava-me insegurança. Além disso, como o meu percurso profissional na pediatria é muito recente, a minha experiência e habilidades em suporte de vida pediátrico eram muito parcas, senti necessidade de adquirir saberes sobre o tema. Findo este estágio frequentei uma formação de “Suporte Básico de Vida Pediátrico” que implicou simulação e treino de situações de paragem cardio-respiratória e que me ajudou bastante a melhorar a minha pronta resposta em situações de instabilidade.

RN doentes e prematuros experimentam um grande número de procedimentos de diagnóstico e terapêutica, com uma média de 4 a 14 por dia em UCIN's (Codipietro, Bailo, Nangeroni, Ponzzone, & Grazia, 2010). Realizei neste sentido a avaliação da dor dos RN, através das escalas N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) na sala de cuidados intensivos e a EDIN (*Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau Né*) na sala de cuidados intermédios, e utilizei muitas das estratégias apontadas pela *American Academy of Pediatrics & Canadian Pediatric Society* (2000) como facilitadoras da organização, auto-regulação e auto-conforto do RN antes, durante e depois de um procedimento doloroso: o posicionamento na linha média com as mãos junto à face, a sucção não-nutritiva, o uso de sacarose, a amamentação e o contato pele-a-pele, que verifiquei serem bastante eficazes. Julgo que, mais do que aplicar as medidas de controlo da dor para cada procedimento, importa ajustar as medidas para cada criança e registar estes aspetos da

individualidade de cada RN, para que as intervenções sejam consistentes e seja assegurada a continuidade dos cuidados.

A gestão diferenciada da dor foi, aliás, uma preocupação transversal a todos os meus estágios. É sabido que o RN de termo e prematuro percebe a dor e que a criança a partir do primeiro ano de vida tem medo da dor e da lesão corporal. A sua resposta à intrusão depende de fatores como a fase de desenvolvimento, a memória de experiências anteriores, a restrição física, a separação dos pais, as reações emocionais e comportamentos dos adultos presentes, tanto dos pais como dos profissionais de saúde, a falta de preparação ou de estratégias de distração durante o procedimento doloroso (Sanders, 2014).

No decorrer dos estágios, desenvolvi a competência *E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas* (Regulamento n.º 123/2011), ao aplicar estratégias de gestão da dor e do medo e as intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais sugeridas pela DGS (2012) nas crianças antes e durante procedimentos invasivos, de acordo com a fase de desenvolvimento, o temperamento e as características de cada criança. Também utilizei medidas de reforço positivo após os procedimentos, como a utilização de emblemas e diplomas ou palavras de reconhecimento da colaboração da criança.

Neste âmbito, dinamizei um projeto na UCSP, pela comemoração dos 50 anos do Plano Nacional de Vacinação (PNV) em Portugal, com o objetivo de sensibilizar os pais para o seu papel no controlo da dor e do medo na vacinação. O enfermeiro deve “preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos” e “preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança” (DGS, 2012, p.1). É principalmente a partir da idade pré-escolar que as crianças respondem favoravelmente às intervenções preparatórias. Então construí um folheto intitulado “O seu filho vai ser vacinado? Saiba como pode ajudar” (Apêndice I), em que descrevi algumas atitudes facilitadoras da preparação das crianças a partir dos 3 anos para a vacinação. Este folheto será distribuído nas consultas de vigilância de saúde a partir dos 3 anos e também enviado junto das convocatórias às crianças com o PNV em atraso. Para a construção do folheto foram mobilizados os conhecimentos adquiridos

na análise do estudo da Professora Doutora Helga Pedro (Pedro, Barros & Moleiro, 2010) e dos conteúdos lecionados no Curso de Mestrado sobre os cuidados não-traumáticos.

No contexto de cuidados de saúde primários realizei também a avaliação global da criança, através da avaliação do desenvolvimento infantil em diversas idades, segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e a Escala de Sinais de Alarme para as crianças até os 5 anos, e da validação das aquisições das crianças através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ); realizei registos no Boletim Individual de Saúde e no SCLinic; realizei educação para a saúde e para o autocuidado às crianças e famílias, de acordo com o estágio de desenvolvimento e as necessidades identificadas, sobre temas como desenvolvimento infantil, comportamentos alimentares equilibrados e diversificação alimentar, prática regular de exercício físico, importância do brincar e de hábitos e rotinas diários, adoção de medidas de segurança, imunização conforme o PNV, saúde oral, gestão de sintomas como cólicas ou febre, gestão do regime medicamentoso e aleitamento materno. Desenvolvi pois a unidade de competência *E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil* (Regulamento n.º 123/2011).

O primeiro contacto do RN com os serviços de saúde deverá ocorrer na 1ª semana de vida, em que realiza o Teste de Guthrie e é uma excelente oportunidade para o EEESCJ observar o bebé, a dinâmica familiar, ajudar a solucionar grande parte das dificuldades dos primeiros dias, prevenir complicações, acidentes e evitar abandonos precoces do aleitamento materno. O enfermeiro pode ter uma intervenção positiva na promoção, proteção, suporte e sucesso do aleitamento materno, realizando um esforço consciente e sustentado nos seus locais de trabalho. Promover o aleitamento materno pelo menos até aos 3 meses de vida é referido como uma intervenção de enfermagem pela OE (2004) sendo que o número de crianças amamentadas até aos 3 meses de vida é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

O EEESCJ deve estabelecer com a mãe uma relação de confiança e ajuda, determinando o que significa o ato de amamentar para cada uma, deixando desta forma de utilizar de forma standartizada o discurso dos benefícios e aspetos positivos da amamentação. É necessário que se valorize

a realidade da experiência vivida por cada mãe, o que constitui um momento significativo para ela, de modo que a mesma expresse a sua opção, independente das pressões sociais a que está sujeita. Neste sentido, o EEESCJ deve ainda estar sensível às diferenças culturais, uma vez que a “prática do aleitamento materno é fortemente influenciada pela cultura, pois as crenças têm um papel importante na determinação do comportamento e ajustamento emocional à vida” (Saraiva, 2010, p.57).

Tanto na UCSP como na Urgência Pediátrica onde estagiei, existia uma grande diversidade cultural e, por isso, senti a necessidade de adquirir mais conhecimentos sobre as práticas culturais Chinesas, Indianas, Brasileiras e religiosas Muçulmanas, para prestar cuidados tendo em conta a identidade cultural de cada criança e família, nomeadamente face a cuidados sobre a amamentação, a vigilância de saúde e parentalidade.

Madelaine Leininger introduz o conceito de Enfermagem Transcultural, que estimula o enfermeiro a conhecer os padrões de cuidados humanos nas diversas culturas, para que possa identificar valores, crenças e práticas populares e, assim, proporcionar práticas assistenciais congruentes e de qualidade (Abreu, 2003 e Saraiva, 2010). Também Nola Pender (1987) lembra que, quando o enfermeiro está a educar para o autocuidado tem de ter a consciência que, para a situação de aprendizagem, o cliente traz consigo a sua personalidade, a sua forma de interagir socialmente, os seus valores e normas culturais e as influências ambientais. Assim, procurei observar a interação entre pais e filhos de diferentes culturas, conhecer os hábitos culturais relativos aos fenómenos de saúde-doença, através da consulta de bibliografia e comunicando com as famílias com essa intencionalidade, tentei preservar os cuidados e práticas assistenciais das famílias quando percebia que eles eram benéficos ou, pelo menos, não eram prejudiciais para as crianças e tentei integrar alguns padrões cuidativos próprios de cada cultura nas minhas tomadas de decisão e intervenções. Como refere Abreu (2011, p.80), “é a vontade de trabalhar com a diversidade cultural que estimula o processo de desenvolvimento de competências culturais”, pelo que penso que estou no bom caminho para prestar cuidados culturalmente competentes.

A comunicação esteve muitas vezes dificultada pela barreira linguística, sendo que recorri a estratégias como usar a língua inglesa, utilização de

imagens ou socorrendo-me de familiares que serviam de intermediários na tradução por dominarem melhor a língua portuguesa. Na Urgência Pediátrica estas dificuldades estão acrescidas, pelo fato de a criança só poder ter um acompanhante, o que faz com que quem está com a criança é quem fala melhor mas não é o prestador principal de cuidados ou vice-versa. O EEESCJ necessita estar desperto para estes constrangimentos e ser flexível e, nestes casos, permitir que a criança esteja acompanhada por dois cuidadores para garantir que toda a informação está a ser devidamente partilhada e compreendida. Pelo analisado, desenvolvi a unidade de competência *E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada (...) à cultura* (Regulamento n.º 123/2011).

A.3) Dinamizar a incorporação de conhecimento da área da especialidade nos contextos da prática cuidativa;

Os contextos de estágio, quando recebem os futuros enfermeiros especialistas, procuram proporcionar aprendizagens ricas e colaborar no desenvolvimento profissional dos colegas mas também esperam que eles possam contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem assim como colaborar nos processos de melhoria da qualidade dos serviços, com conhecimento especializado, iniciativas e projetos.

Tendo isto em conta, algumas atividades dos estágios foram pensadas e desenvolvidas com base nas necessidades que identifiquei nos serviços, sendo que algumas não estavam diretamente relacionadas com a temática que procurava desenvolver.

Foi na UCSP onde detetei maior necessidade de colaborar em programas de melhoria dos cuidados. A enfermeira orientadora já tinha identificado, através da análise da sua prática, que estavam a aparecer mais RN com alterações a nível da cicatrização do coto umbilical e tinha ocorrido uma complicação no tratamento de um granuloma, sendo que não existia nenhum suporte de boas práticas de enfermagem sobre os cuidados ao coto umbilical nesta unidade. Assim, no sentido de prevenir complicações e proporcionar cuidados seguros baseados em conhecimentos de rigor científico, foi-me

proposto elaborar uma norma de cuidado de enfermagem sobre “Vigilância e Tratamento do Coto Umbilical e das Complicações Associadas” (Apêndice II).

A OE (2002, p.12) reconhece que a “produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. Neste sentido, ao construir a referida norma, desenvolvi a competência comum de enfermeiro especialista *B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática* (Regulamento n.º 122/2011), pois necessitei primeiramente de fazer uma pesquisa aprofundada da evidência científica recente sobre o tema para deter conhecimentos avançados sobre as diretivas na área e articulá-los com os contributos empíricos da minha experiência, para posteriormente incorporar os conhecimentos na prestação de cuidados. A norma será apresentada em reunião de equipa multidisciplinar do agrupamento da UCSP para ser implementada também nas restantes unidades do agrupamento Também elaborei dois folhetos intitulados “Cuidados ao Coto Umbilical” (Apêndice III) e “Cuidados ao Umbigo com Granuloma” (Apêndice IV) para complementar os ensinamentos feitos na consulta de saúde infantil aos pais. A EEESCJ necessita posteriormente de avaliar se a implementação do procedimento vai trazer benefícios para a qualidade dos cuidados e se ocorre uma diminuição dos problemas associados aos cuidados ao coto umbilical na população que assiste, divulgando se possível as experiências avaliadas como sendo de sucesso.

A Unidade Coordenadora Funcional para a Saúde da Criança e do Adolescente a que pertencia a UCSP onde estagiei, possuía um protocolo de articulação entre as unidades de cuidados de saúde primários e o hospital, emanando algumas directrizes, nomeadamente um manual sobre alimentação da criança no primeiro ano de vida. Uma vez que existiam diferenças entre os conteúdos deste manual e o folheto que era entregue aos pais na consulta de saúde infantil, procedi à reformulação do folheto intitulado “Diversificação alimentar até aos 12 meses” (Apêndice V). Assim, não só aprofundei conhecimentos sobre estas matérias como desenvolvi as competências comuns de enfermeiro especialista *D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e B2 — Concebe,*

gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 122/2011), com tradução a um nível operacional e que têm repercussão direta na saúde da criança.

Em outros contextos de estágio desenvolvi também atividades que procuram a melhoria dos cuidados de enfermagem mas como estão relacionados com o tema transversal que escolhi, irei abordá-las mais à frente, inseridas noutros objetivos.

B. Desenvolver competências na educação para o autocuidado em segurança infantil, em particular na administração terapêutica, à luz da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

B.1) Sensibilizar as crianças e os pais/cuidadores para a segurança infantil, em particular na administração terapêutica e prevenção de EAM;

O estudo português «Uso (ou abuso) de fármacos na idade pediátrica», já mencionado no enquadramento teórico, evidenciou que das crianças a quem tinha sido administrada medicação nos últimos 3 meses, 47,5% eram medicamentos não sujeitos a receita médica e 19,1% “automedicações” (Maia et al, 2011). Estes dados são preocupantes uma vez que os medicamentos não sujeitos a receita médica, amplamente utilizados, poderão envolver riscos acrescidos, pela facilidade no seu acesso e falta de orientação na sua administração. Na Urgência Pediátrica, pude constatar esta realidade, tendo identificado, logo na triagem, situações em que estavam a ocorrer sobredosagem de medicação antipirética, pois não tinha existido a devida orientação para a administração segura dos medicamentos.

Tradicionalmente os serviços de urgência (SU) não são o local definido para ações de educação para a saúde (Rhodes, Gordon & Lowe, 2000), contudo como existe um recurso a estes serviços por situações que poderiam ser resolvidas em serviços de cuidados de saúde primários, torna-se pertinente os enfermeiros sensibilizarem e educarem os pais face à gestão sintomática de algumas patologias de ambulatório e quanto à administração de medicação no tratamento das mesmas. Assim, verifiquei que no SU é necessária a

intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção do autocuidado, por exemplo na gestão da febre, na realização de lavagem nasal e na gestão das cólicas do lactente e na educação para a saúde sobre prevenção de acidentes na infância.

Sendo que a sala de espera do SU é um local onde o cliente pediátrico permanece longos períodos, verifiquei que estava subaproveitado e considerei um local propício para intervir. Imaginei então se uma das televisões não poderia ser mobilizada para fins educacionais e de promoção da saúde por vários períodos ao longo do dia. A ideia foi entusiasticamente aceite pela enfermeira-chefe e pela enfermeira orientadora e, assim, propus-me elaborar um vídeo sobre “Segurança da Criança – Prevenção de Intoxicações” dirigido a todas as famílias que se encontrem na sala de espera e tem como objetivo sensibilizar os pais para o tema da segurança infantil e para transmitir informação pertinente sobre a prevenção de intoxicações e EAM na criança até à idade escolar.

Neste sentido, elaborei um guião do vídeo de forma a planificar e estruturar os conteúdos que pretendo abordar. O guião foi apresentado à enfermeira-chefe da Urgência e às enfermeiras do Gabinete do Risco do Hospital e foi melhorado de forma a submeter a aprovação. Também entrei em contato com a médica responsável pelo CIAV para conseguir obter dados estatísticos mais atualizados (que aqueles que estão apresentados no site do INEM de 2010) sobre as intoxicações em crianças em Portugal, da qual aguardo ainda resposta. Foi a este passo do processo de implementação que consegui chegar, sendo que o que está planeado seguidamente é reunir o responsável do Gabinete da Comunicação e após o seu parecer favorável entregar o pedido de autorização formal ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar. Este pedido também já foi construído, assim como o formulário do consentimento informado para a recolha de imagens de um pai e de uma criança (fora do contexto hospitalar).

Todo este percurso que descrevo anteriormente para a aprovação do filme tem sido um pouco moroso pela necessidade de consultadoria e aprovação de várias instâncias hierárquicas inerentes. Uma dificuldade com que me deparei foi ter que submeter a minha ideia a tantas opiniões e ter que reformular tantas vezes o referido guião para corresponder ao que as

diferentes pessoas envolvidas consideram como o indicado para chegar ao público-alvo. De fato, senti que a minha ideia inicial já estava a ficar um pouco desvirtuada apesar de tentar aceitar todos os contributos como positivos. Como mentora do projeto, necessito de desenvolver a minha capacidade de negociar com os diferentes parceiros o processo de crescimento e desenvolvimento do mesmo (para não abrir mão do que é essencial e poder abdicar do que pode ser acessório, aprendendo com quem é mais experiente nesta matéria).

Este caminho ajudou-me a desenvolver uma maior consciência institucional e como os diferentes organismos são importantes para o crescimento de projetos do domínio da melhoria da qualidade. Assim, ao participar na conceção e concretização de um projeto institucional na área da qualidade e efetuar as diligências necessárias até se tornar operacional, desenvolvi a competência comum do Enfermeiro Especialista *B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica* (Regulamento n.º 122/2011).

No PNSIJ consta que, com a vigilância em Saúde Infantil e Juvenil pretende-se, (entre outros objetivos): “estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com (...) a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes; e promover (...) a prevenção dos acidentes e intoxicações” (DGS, 2013, p.9). A avaliação da segurança do ambiente é um item transversal a todas as consultas, para todas as idades, assim como os cuidados antecipatórios relativos a acidentes e segurança. Assim, nas consultas de enfermagem que desenvolvi nos cuidados de saúde primários, procurei avaliar as necessidades de informação das crianças e dos pais sobre estes temas e complementar com orientação em função da idade e do desenvolvimento. Socorri-me do apoio informacional dos cadernos construídos pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), intitulados “*ABC da Segurança I / II / III*” que, para as faixas etárias 0-1, 1-3 e 3-6 anos, abordam os diferentes perigos e conselhos para evitá-los, nas línguas portuguesa, inglesa e russa.

Para crianças e jovens de idade superior aos 6 anos não está disponível tão vasto suporte informativo. Contudo, o Perfil de Segurança Infantil de Portugal (European Child Safety Alliance, 2012) descreve que a taxa de

internamento por lesões, devido a intoxicações, também tem valores preocupantes na faixa etária dos 15-19 anos (além da faixa etária dos 1-4 anos já anteriormente analisada). Quando estagiei na Urgência Pediátrica, constatei que este fato se deve aos adolescentes que dão entrada, principalmente no turno da noite, com o diagnóstico de intoxicação em consequência da ingestão voluntária de álcool e medicamentos. Portanto, esta é outra área de intervenção importante para o EEESCJ, mas que, por falta de disponibilidade temporal, optei por não aprofundar.

O Relatório de Avaliação de Segurança Infantil de Portugal de 2012 (MacKay & Vincenten, 2012) sugere que Portugal deve “continuar a investir no aumento da consciência da população em relação aos riscos de lesões em crianças em casa e às medidas de prevenção eficazes” e “aumentar a segurança infantil através da implementação de um programa de visitas domiciliárias” (VD). Segundo Batalha (2000, p.21), ao reconhecer “os pais como os melhores prestadores de cuidados, a visitação domiciliar proporciona um manancial de informação e oportunidades de intervenção cuidativa na manutenção e promoção da saúde materno-infantil”, pelo que a VD pode ser um caminho importante para o EEESCJ apoiar as famílias.

Dois dos hospitais da área de Lisboa onde estagiei possuíam Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), num projeto bem estruturado, mas apenas prestavam apoio a crianças com doenças crónicas com necessidade de apoio domiciliário, necessidade de ensino e/ou supervisão de atividades de vida diárias e crianças com situação de saúde ou social que limite o acesso ao hospital. O objetivo destas unidades é promover a continuidade dos cuidados no domicílio e promover a articulação com os recursos da comunidade.

Na UCSP onde estive, a VD era limitada a escassos casos pontuais e durante o meu período de estágio não aconteceu nenhuma. O EEESCJ dos contextos de cuidados de saúde primários deverá ter um papel ativo na implementação da VD como um método de trabalho válido e pertinente, programada segundo uma metodologia científica, para ser valorizada e os resultados passíveis de serem mensuráveis. Para o sucesso de uma VD é necessário planeamento, execução, registo de dados e avaliação. Particularmente na área dos cuidados antecipatórios pode ser uma estratégia fundamental, pois permite que o enfermeiro observe, *in loco*, os possíveis

riscos associados a cada ambiente familiar, intervindo junto de cada família para um diálogo mais produtivo, com uma discussão mais participativa de todos os envolvidos, respeitando a realidade social e cultural de cada família e direcionando as suas orientações de forma holística. Se o meu estágio pudesse ter sido mais longo, seria um projeto interessante a desenvolver.

B.2) Capacitar a criança e os pais/cuidadores para a administração terapêutica em ambulatório;

É sabido que as crianças com esquemas terapêuticos complexos e/ou doenças crônicas têm maior risco de ter um evento adverso evitável (Zandieh et al, 2008). Por outro lado, a probabilidade de ocorrência de EAM pode aumentar durante as transições de cuidados, por exemplo, na alta do hospital para casa, e que os doentes pediátricos, pessoas com baixo nível socioeconômico ou baixa literacia em saúde, estão mais vulneráveis à ocorrência destes eventos (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Os serviços de internamento onde estagiei recebiam maioritariamente crianças com doenças crônicas, que desde muito pequenas tinham necessidade de cuidados especiais e de fazer medicação em ambulatório, pelo que tinham então reunidos vários dos fatores de vulnerabilidade, e assim, a preparação para a alta foi alvo da minha atenção.

A preparação para a alta começa no momento da admissão e tem como objetivo promover o autocuidado e a autonomia, melhorar os conhecimentos, reduzir os reinternamentos, ajudar a identificar precocemente eventuais barreiras e encontrar estratégias para o cumprimento da medicação. Assim, ao longo do internamento, o EEESCJ deve maximizar o bem-estar da criança e garantir o desenvolvimento de cuidados promotores das capacidades de autocuidado dos pais, pela implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades para a gestão dos processos específicos de saúde/doença da criança, nomeadamente sobre a utilização e administração da medicação (Regulamento n.º 351/2015 e Decreto-Lei n.º 161/96).

Pais e cuidadores de crianças com doenças crônicas necessitam de apoio para desenvolverem o mesmo nível de facilidade com a administração de medicação que os enfermeiros (Woo, 2010). É importante que o EEESCJ dedique tempo a conhecer a família e, assim, possa criar uma relação positiva com ela, para adquirir uma visão ampla dos seus problemas, necessidades e prioridades, facilitando a elaboração de um adequado plano de cuidado para cada cliente pediátrico. O plano de cuidados precisa de ser adequado à disponibilidade dos pais primeiramente e, tendo isso em conta, o enfermeiro cria oportunidades para os pais revelarem as suas aptidões e competências e, se necessário, ajuda-os a adquirirem novas para se tornarem competentes face aos seus problemas.

Pelo exposto, e tendo em consideração os componentes contemplados no processo de educação para o autocuidado de Nola Pender anteriormente descritos, sempre que identificava a necessidade de um ensino procurei:

- a) Planear o ensino: avaliei as competências (conhecimentos e habilidades) para o autocuidado, programei os ensinamentos para momentos em que a criança e os cuidadores estivessem disponíveis; e estabeleci os objetivos de aprendizagem, através de negociação, com a criança e a família.
- b) Partilhar a Informação: procurei criar ambientes propícios à aprendizagem (tranquilos e que permitam confidencialidade); utilizei técnicas de ensino adaptadas a cada criança e família, de acordo com o seu estilo de aprendizagem, capacidades de apreensão, crenças e valores, para facilitar o ritmo de aprendizagem individual; procurei reduzir barreiras de aprendizagem, utilizando símbolos visuais (esquemas com cores, fotografias), complementando a informação oral com informação escrita (folheto), utilizando meios auxiliares de ensino com espaço para a demonstração e treino (seringa, por ex.); utilizei o reforço positivo para manter a motivação; e a informação era repetida por diferentes momentos e formas.
- c) Avaliar o progresso da aprendizagem: aferia se a criança ou o cuidador tinha compreendido a importância do cuidado em causa, sabia ler e interpretar a prescrição, o rótulo dos medicamentos, o efeito da medicação, preparar e administrar medicamentos, realizar os

cuidados tendo em conta as questões de higiene e segurança inerentes, a frequência dos cuidados e conhecer as complicações possivelmente esperadas e quais aquelas que implicariam recorrer a cuidados de saúde diferenciados.

Segundo Redman (2003, p.17): “aprender é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender, isto é, quando desejam fazer algo”. Concomitantemente, Pender (1987) refere que as pessoas que experimentam uma situação de doença poderão ter um elevado grau de prontidão para aprender, o que torna o contexto hospitalar um dos locais privilegiados para a educação para a saúde. Constatei este fato nos estágios de internamento, ao dialogar e interagir com os pais, pois a vontade de levar os seus filhos para casa é tão grande que eles estão disponíveis para aprender todos os cuidados, mesmo os mais complexos e especializados. Como exemplo, envolvi a família e instruí-a em cuidados como administração de terapêutica (oral, tópica, inalatória, subcutânea e endovenosa), aspiração de secreções, cuidados a ileostomias, colostomias ou traqueostomias, realização de pensos e heparinização de cateteres centrais.

Verifiquei que, independentemente das dificuldades encontradas, é possível encontrar alternativas e recursos para ensinamentos eficazes. Por exemplo, colaborei no ensino aos pais de uma criança com diabetes mellitus tipo 1 e síndrome de intestino curto, que nunca tinha saído do hospital, de etnia cigana e que não sabiam ler ou escrever, a avaliar a glicémia capilar, interpretar o valor e agir em conformidade (administrar açúcar ou insulina), a utilizar técnica asséptica para colocar alimentação parentérica em curso em bomba infusora, heparinizar o cateter central e a fazer o penso do mesmo. Foram utilizados muitos elementos gráficos e visuais de apoio, ao longo de muitas sessões de ensino, exigentes para o enfermeiro e para os pais, mas cujos resultados são muito gratificantes pois, aos 16 meses, esta criança pôde finalmente ir para a sua casa, para junto da sua família. Voltei a ter contato com esta família após 3 meses da alta hospitalar e os pais mantinham-se perfeitamente capazes de gerir os cuidados à criança autonomamente e de forma segura.

Importa avaliar a adaptação dos pais relativamente ao cuidado à criança no domicílio e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem do internamento,

por isso, na preparação para a alta, deve incluir-se a articulação com o centro de saúde e/ou recursos da comunidade quando pertinente, de forma a realizar-se um encaminhamento e dar continuidade aos cuidados.

Pode também ser realizado um contato telefónico, durante a primeira semana após a alta, por parte do serviço hospitalar, que constatei que era realizado em dois dos contextos de estágio que integrei. Este contato exige a mobilização de poucos recursos, dá continuidade aos cuidados, permite a avaliação da satisfação face aos cuidados prestados no internamento, permite o esclarecimento de dúvidas que tenham surgido e permite uma avaliação dos ensinamentos realizados. Este cuidado inscreve-se na competência do EEESCJ E2.5 (Regulamento n.º 123/2011) — *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*, pois sabe-se que os pais que experienciaram esta intervenção do contacto telefónico obtêm mais confiança em lidar com as dificuldades do dia-a-dia inerentes à condição do seu filho. Os pais manifestam igualmente satisfação com o reforço do amparo, traduzindo-se no aumento capacidade para cuidar do seu filho (Ritchie, 2000).

No contexto de consulta externa de pediatria, participei em consultas de enfermagem de especialidades como Alergologia, Asmologia, Fibrose Quística, Neonatologia, Neurocirurgia e Saúde Infantil. O EEESCJ definia um plano educativo, a que dava continuidade ao longo das consultas, registando todos os dados pertinentes. Este contempla a informação aos pais sobre a doença dos seus filhos e os métodos associados ao seu controle, como a terapêutica. Este plano deve ser pautado pela promoção da autonomia, mediante um processo de negociação e empoderamento dos pais para a sua participação nos cuidados à criança, como é salientado pelos Padrões de Qualidade, ao mencionar que

para tal é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial (Regulamento n.º 351/2015, p.16661).

Por exemplo, para validar se a informação relativa à medicação estava a ser apreendida pelos pais e crianças e se sabiam efetivamente utilizar os

dispositivos de administração, eram disponibilizados diferentes dispositivos das diferentes marcas, com bocais individuais descartáveis, que utilizava para o ensino e treino da terapêutica e as crianças repetiam até conseguirem realizar corretamente a inalação. A par deste treino prático fornecia informação escrita para que, se surgisse alguma dúvida em casa, pudesse existir um suporte escrito e visual de instruções.

Gradualmente, deve ser promovida a autonomia no controlo da sua doença e o autocuidado da própria criança ou do jovem, à medida que ela revele interesse e capacidade, com vista à sua inserção social, pois a criança “é também um centro de processos inter-relacionais, que decorrem do seu direito à liberdade de expressão e autodeterminação, bem como o respeito de opinião, do seu projeto de saúde” (Regulamento n.º 351/2015, p.16661).

À medida que a responsabilidade é transferida para o jovem, o EEESCJ deve estar alerta e procurar despistar situações de risco, nomeadamente a não adesão ao regime terapêutico. Por exemplo, na consulta da Fibrose Quística, uma vez que a medicação é integralmente fornecida pelo hospital, existia um impresso de controlo da medicação que era fornecido aos pais, para se conseguir perceber se não estavam a sobrar comprimidos entre cada consulta. O impacto que a doença tem na sua vida social pode levar o jovem a esconder a sua doença do seu grupo de amigos e não cumprir a medicação a ser administrada no período escolar. O EEESCJ pode antecipar estes constrangimentos e sugerir alternativas para se conseguir uma maior adesão terapêutica durante o período de aulas. Tendo em consideração que é com os adolescentes que tenho menos experiência, procurei desenvolver competências comunicacionais, que me permitissem motivá-los, transmitir a informação e validá-la, torná-los conscientes da sua responsabilidade gradual nas decisões de saúde e promover a adesão terapêutica. Utilizei estratégias que a OE (2010) refere como facilitadoras da comunicação e do estabelecimento da relação terapêutica com os adolescentes, como a comunicação sincera e fluída, o respeito, a autenticidade e empatia, adoptei uma linguagem simples e com alguns termos utilizados pelos jovens mas sem assumir o papel de um par, utilizei o sentido de humor, reforcei comportamentos positivos e assegurei a confidencialidade da informação

partilhada. Por outro lado, evitei uma postura dominadora e moralizadora, fazer juízos de valor ou criticar o adolescente.

Neste sentido, são várias as competências que desenvolvi e destaco as seguintes: *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; E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e E3.4 — Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde* (Regulamento n.º 123/2011).

B.3) Otimizar o processo de preparação para a alta relacionado com segurança infantil na administração de medicação em ambulatório.

No decorrer de um estágio de internamento de pediatria médica, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar, sob proposta do Gabinete de Gestão do Risco, promoveu a “Semana da Segurança do Doente: Medicação Segura”. Tendo em conta que o tema estava intimamente relacionado com o meu projeto de estágio, procurei dinamizá-lo no serviço. Segundo o Regulamento n.º 122/2011, o enfermeiro especialista deve ter a capacidade de desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados para poder ser dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas de melhoria, pelo que auscultei a equipa de enfermagem, analisei as práticas de cuidados relativamente à medicação, identifiquei as boas práticas já desenvolvidas nesta área e fiz um levantamento das necessidades de melhoria no serviço. Então, percebi que um aspeto passível de ser melhorado seria a documentação de apoio à alta, relativamente ao esquema da medicação.

Assim, realizei uma formação em serviço aos pares intitulada “Segurança da Criança no Uso do Medicamento – Preparação para a Alta” (Apêndice VI), com o objetivo de debater com os enfermeiros a importância da preparação para a alta relativamente à informação sobre medicação, onde sugerir medidas de segurança na intervenção dos enfermeiros com vista a prevenção de EAM em ambulatório e divulguei o impresso da “Lista de Medicação”. Este impresso

consiste no esquema diário da medicação da criança, distribuída pelo horário do dia, e que é preconizado pelo Centro Hospital mas não estava a ser um recurso utilizado naquele serviço. Com as devidas autorizações, adaptei a folha à realidade da Pediatria e no verso acrescentei as boas práticas para a segurança da criança no uso do medicamento, de forma a sensibilizar os pais/cuidadores para alguns cuidados importantes. Depois de ter terminado o estágio fui ao serviço e a folha foi considerada importante por toda a equipe e foi implementada.

Em outro internamento de pediatria médica, verifiquei que existia a preocupação dos enfermeiros em transmitir corretamente as informações relativas à medicação aquando da ida das crianças para casa, contudo, o ensino era maioritariamente realizado no próprio dia da saída e só nesse momento os pais eram confrontados com a necessidade de assegurar esse cuidado. As informações eram transmitidas e validadas mas, como existia pouco tempo para treinarem com supervisão do enfermeiro, existia o risco de os pais não terem compreendido completamente a forma de gerir e administrar os medicamentos. Ao refletir sobre estas práticas de cuidados e face a eventos adversos ocorridos relacionados com a administração de anticoagulantes em ambulatório, pareceu-me pertinente ir ao encontro da competência de enfermeiro especialista *B3.1 — Promove um ambiente (...) gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo*, ao promover a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares (Regulamento n.º 122/2011). Então, desenvolvi estratégias de optimização, tornando o processo de preparação para a alta mais contínuo e sistematizado, mais especificamente relacionado com os cuidados à criança com necessidade de administração de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) via subcutânea em ambulatório - elaborei um instrumento de registo dos ensinios programados (Apêndice VII) com as crianças ou pais/cuidadores, sobre os cuidados à criança medicada com Enoxaparina, de acordo com a linguagem CIPE, para posteriormente conseguir transpor os referidos registos para o programa informático utilizado no hospital; e elaborei um folheto informativo que complementa os momentos de ensino relativos aos cuidados ao doente pediátrico medicado com Enoxaparina (Apêndice VIII).

Estes instrumentos foram apresentados numa sessão de formação em serviço para os enfermeiros, intitulada “Preparação para a Alta – Administração de Enoxaparina à Criança em Casa” (Apêndice IX). Ela tinha como objetivos, não só sugerir as referidas medidas de otimização do planeamento, das intervenções de enfermagem e dos registos sobre a preparação para alta de crianças e jovens medicados com Enoxaparina, como também debater com os enfermeiros as questões relacionadas com a preparação para a alta em parceria com a família. A avaliação da sessão pela equipa de enfermagem foi bastante positiva e o enfermeiro-chefe propôs-me que desse continuidade a este projeto através da elaboração de um procedimento setorial, com o tema dos cuidados à criança medicada com enoxaparina, onde incluiria a folha de registo dos ensinamentos e o folheto em anexo. Dado que este foi o meu último estágio, esta fase do projeto, ainda se encontra em construção, e espero a médio prazo conseguir submetê-lo à aprovação de instâncias superiores para poder implementar o procedimento no serviço.

Pelo descrito, parece-me que também desenvolvi o domínio das aprendizagens profissionais, discriminado em *D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade* e *D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.*

Neste capítulo, emergiram as competências que fui adquirindo/desenvolvendo em cada um dos locais estágio, podendo concluir que vivi um percurso de reflexão na e sobre a acção, que me permitiu atingir os objetivos inicialmente traçados, ou seja, a de ser competente na área da Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atual filosofia dos Cuidados Centrados na Família e na parceria dos cuidados demonstra que família é um elemento fundamental no cuidar pediátrico, pelo que, no desenvolver dos estágios e neste relatório, evidenciei que ela é o centro dos processos interrelacionais. Nas atividades que desenvolvi procurei ser um elemento facilitador da aquisição de conhecimentos e habilidades dos pais, visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado das crianças, apoiada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O pôr em ação os pressupostos da filosofia dos Cuidados Centrados na Família e do Modelo de Promoção da Saúde ajudou-me a ser uma enfermeira que respeita e apoia mais as famílias, a assumir uma atitude mais flexível e individualizada para com as especificidades de cada uma e a procurar estabelecer processos de decisão partilhados.

Tive sempre em vista a aquisição e/ou o desenvolvimento da competência para o autocuidado da família, a curto, médio ou longo prazo, pelo que trabalhei com os pais no sentido de encontrar estratégias para a assunção do papel de cuidadores, garantindo a continuidade dos melhores cuidados em ambulatório, esforçando-me por transmitir informações claras e precisas às crianças e aos pais, de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo e emocional e capacidade de interiorizar a mesma.

Considero, como principais contributos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, o contacto com os diferentes serviços e equipas que me possibilitaram uma visão da assistência à criança mais holística e fundamentada. Destaco ainda, a componente teórica desenvolvida quer previamente aos estágios quer no decorrer dos mesmos, salientando a pertinência da reflexão na e sobre a ação, que me ajudou a rever a prática, pensando-a à luz dos novos subsídios, colhidos ao longo deste percurso. Penso que a integração de colegas a fazerem este percurso académico nos serviços também é bastante benéfica, estimulando a equipa de enfermagem a melhorar os cuidados e a acompanhar os projetos de mudança sugeridos no decorrer do estágio, no sentido da melhoria dos cuidados.

Neste percurso, tão pessoal e particular, surgem também algumas dificuldades e limitações. Por um lado, o limite temporal dos estágios é um grande desafio, pois, como refere Benner (2001, p.204) a enfermeira “não se torna perita sem que seja confrontada durante o tempo suficiente com a mesma população de doentes”. Fica principalmente o sentimento da falta de tempo para avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e consolidar saberes adquiridos.

Saliento os enfermeiros orientadores como um recurso importante, que sempre me acompanharam e orientaram, aproveitando todas as situações para contribuir para a minha aprendizagem, permitindo a minha participação ativa e autónoma nos cuidados, sempre que possível. Destaco, ainda, os enfermeiros-chefes e as equipas de enfermagem que se disponibilizaram para contribuir para a minha integração nos diferentes serviços, para esclarecer dúvidas, transmitir conhecimentos e com os quais estabeleci uma boa relação e empatia. A bibliografia consultada, a documentação existente nos serviços e formações que frequentei durante os estágios, no âmbito dos cuidados em pediatria, foram igualmente recursos mobilizados.

Por fim, é de referir que a própria elaboração do relatório foi motivo de reflexão e tomada de consciência das aprendizagens. A construção do documento possibilitou o rever de atividades e a avaliação das mesmas face aos objetivos a que me tinha proposto. Permitiu tomar consciência das competências e saberes adquiridos e perspectivar como utilizá-los no futuro. No final deste percurso o olhar sobre a prática é necessariamente diferente. Não só pelos conhecimentos que adquiri, pelas realidades com que contactei mas, sobretudo, pela capacidade crítica e reflexiva que este percurso ajudou a consolidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- American Academy of Pediatrics & Canadian Pediatric Society. (2000). Prevention and Management of Pain and Stress in the Neonate. *Pediatrics*, 105, 454-461.
- Anes, A. M. (2012). Reações Adversas a Medicamentos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), Suplemento I, S8.
- Askin, D. & Wilson, D. (2011). Recém-nascido de alto risco e a família. In Hockenberry, M. e Wilson, D. (Coords). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. 1, pp. 350-353). Loures: Lusociência.
- Batalha, L. M. C. (2000). Implementação das visitas domiciliárias em saúde infantil. *Nursing*, 143, p.21-23.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se Família* (F. Andersen, Trad.) Lisboa: (Tradução do original do inglês *On Becoming a Family*, 1992).
- Caldwell, N. A. (2011). Prescribing for Children. *International Emergency Nursing*, 19, 168–172.
- Cardoso, A. (2010) *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto, Porto.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC]. (2014). Procedimento Multissetorial do CHLC – MED. 102 - Administração segura de anestesia e medicação em pediatria.
- Cohen, A. L. et al. (2008). National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events in Children and Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, March, 416-421.

- Coughlin, M.; Franck, L.; Gibbins, A.; Gibbins, S.; Hoath, S. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141-147.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República, I série-A Nº. 205 (4-9-1996). 2959-2962.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Trad.). Lisboa: DGS. (Tradução do original do inglês Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report, 2009, WHO).
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 12-03-2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- European Child Safety Alliance (2012). *Perfil de Segurança Infantil de Portugal 2012*. Acedido a 12-05-2015. Disponível em <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>
- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170.
- Jorge, A. (2012) Prescrição “Off Label” em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), Suplemento I, S7.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. (2008) – *Enfermagem na Maternidade* (M. H. Bértolo, I. Albernaz, M. C. Durão, M. T. Leal, A. P. Espada, Trad.). (7ª ed.). Loures: Lusodidacta. (Tradução original do Inglês Maternity Nursing, 7th ed 2006, New York: Elsevier Inc.).

- Mackay M. & Vincenten J. (2012). *Child Safety Report Card 2012 – Portugal*. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe. Acedido a 12-05-2015. Disponível em <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/downloads.html>
- Maia, R., Luís, C., Moura, M., Ribeiro, R., Almeida, H. & Brito, M. J. (2011). Uso (ou abuso) de fármacos na idade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(4),144-448.
- Mercer, R. (2006). Nursing Support of the Process of becoming a Mother. *JOGNN Clinical Issues*. 35 (5), 649-451.
- Nacional Reporting and Learning Service [NRLS]. (2009). *Review of Patient Safety for Children and Young People*. Acedido a 07-07-2015. Disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59864>.
- OMS (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Acedido a 02-03-2016. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- OMS (2008). *World report on child injury prevention*. Acedido a 9-01-2016. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2004). *Rede dos Cuidados de Saúde Primários, Modelos de Gestão dos Centros de Saúde*. Suplemento da revista nº 13.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, nº3, Vol.I. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria: Tomada da Posição das Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE)*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Série I, nº8. Acedido a 08-02-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th ed.). New York: Mosby.

- Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C. (2010). Brief Report: Parents and nurses' behaviors associated with child distress during routine immunization in a Portuguese Population. *Journal of Pediatric Psychology*. 35(6), 602-610.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2nd ed.). Connecticut/Califórnia: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5th ed.). New Jersey: Pearson.
- Petronilho, F (2012). *Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Redman, B. K. (2003). *A Prática da EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE*. (A. P. S., Santos, Trad.). (9ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução original do Inglês The Practise of PATIENT EDUCATION, 9th ed 2001, Mosby, Inc.).
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª série N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª série, N.º 119 (22-06-2015). 16660-16665.
- Rhodes, K., Gordon, J. & Lowe, R. (2000). Preventive Care in the Emergency Department, Part I: Clinical Preventive Services – Are They Relevant to Emergency Medicine? *Academic Emergency Medicine*, 7 (9). p.1036-1041.
- Ritchie, J. (2000). Parent's perceptions of the impact of a telephone support group intervention. *Journal of Family Nursing* 6(1), 25-45.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong*,

- Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). (vol II). (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno – Promoção e Manutenção*. Lisboa: Lidel.
- Shah, R., Blustein, L., Kuffner, E. & Davis, L. (2014). Communicating Doses of Pediatric Liquid Medicines to Parents/Caregivers: A Comparison of Written Dosing Directions on Prescriptions with Labels Applied by Dispensed Pharmacy. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 596-601.
- Silva, E. V. (2007). Crianças e medicamentos: os riscos que podem sobrepor os benefícios. *Farmacoterapêutica*, Ano XII(6), 1-3
- Tones, K. & Tilford, S.(1994). *Health Education* (2nd. ed.) London: Chapman & Hall.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2014). *National Action Plan for Adverse Drug Event Prevention*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vidigal, V. C. S., Pires, A. & Matos, R. (2001) Prematuridade e Comportamento Maternal. In A. Pires (Ed.). *Crianças (e Pais) em Risco* (pp.235-251). Lisboa: ISPA.
- Wallace, L. S., Keenum, A. J., DeVoe, J. E., Bolon, S. K. & Hansen, J. S. (2012). Women's Understanding of Different Dosing Instructions for a Liquid Pediatric Medication. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 443-450.
- Wallin, L., Eriksson, M. (2009). Newborn Individual Development Care and Assessment Program (NIDCAP): A Systematic Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Second Quarter, 54-69.
- Walsh, K. E. et al. (2013). Multisite Parent-Centered Risk Assessment to Reduce Pediatric Oral Chemotherapy Errors. *Journal of Oncology Practise*, 9, e1-e7.
- Walsh, K. E., Kaushal, R. & Chessare, J. B. (2005). How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature. *British Medical Journal*, 90, 698-702.

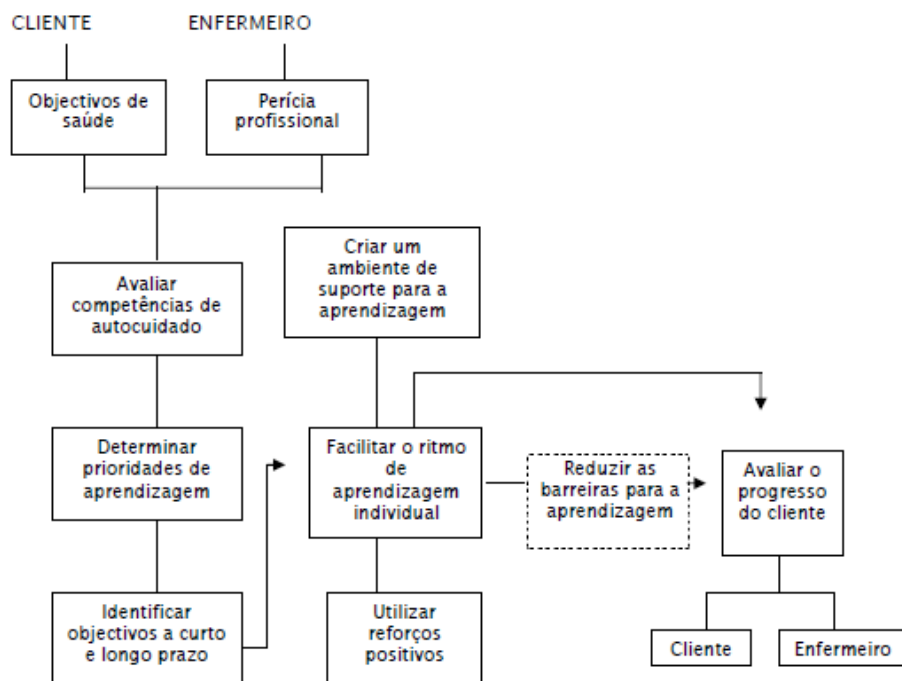
- Woo, T. M. (2010). Pediatric Pharmacology. In W. Votroubek & A. Tabacco. *Pediatric Home Care for Nurses – A Family-Centered Approach* (495-508). 3rd ed. Jones and Barlett Publishers.
- Yin et al. (2011). Use of a Pictographic Diagram to Decrease Parent Dosing Errors With Infant Acetaminophen: A Health Literacy Perspective. *Academic Pediatrics*, 11(1), 50-57.
- Zandieh et al. (2008). Risk factors in Preventable Adverse Drug Events in Pediatric Outpatients. *The Journal of Pediatrics*. February, 225-231.
<http://www.inem.pt/ciav>

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I

O Processo de Educação para o Autocuidado

O Processo de Educação para o Autocuidado (segundo Nola Pender)



Fonte: Adaptado de Pender (1987, p.195)

APÊNDICE I

Folheto “O seu filho vai ser vacinado? Saiba como pode ajudar”

O SEU FILHO VAI SER VACINADO? SAIBA COMO PODE AJUDAR

A partir dos 3 anos as crianças respondem bem a medidas preparatórias para o controlo do medo e da dor na vacinação. Assim, os pais podem ajudar os seus filhos a viverem este momento com maior tranquilidade.

Antes de chegar ao Centro de Saúde:

- ✓ **Diga a verdade:** *“hoje vamos à enfermeira, para fazer uma vacina. Vai doer um bocadinho mas é muito rápido”*;
- ✓ Transmita-lhe **calma e segurança:** *“a mãe/o pai vai lá estar sempre contigo. Vou ajudar-te a ter coragem e segurar-te ao colinho”*;
- ✓ Diga-lhe qual o **comportamento que espera dele(a):** *“tu vais ser forte, já és grande e vais ficar muito quietinho para ser rápido”*;
- ✓ Nos adolescentes pode **ensinar a respirar profundamente**;
- ✓ Não leve a criança/o jovem em jejum para a vacinação;
- ✓ Leve o **Boletim de Vacinas**.



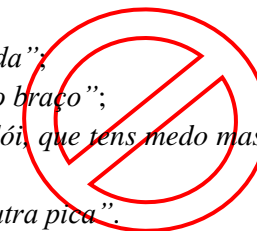
Durante a vacinação:

- ✓ Avise a enfermeira se a criança/o adolescente costuma ficar muito agitado ou desmaiar na vacinação;
- ✓ **Ajude a distraí-lo(a) com outro tema** enquanto a enfermeira prepara o material: *“Já disseste à enfermeira como tu já sabes contar até 20!”*;
- ✓ **Utilize o humor**, fazendo graças e falando de coisas divertidas: *“aqueles desenhos animados ontem foram tão engraçados, com o cão a saltar para cima do menino”*;
- ✓ **Ofereça uma recompensa** se o comportamento da criança for adequado: *“vais ser muito corajoso e ficar quietinho ao colo da mãe que no fim tenho uma surpresa para ti”*.



O que não dizer:

- × Desvalorizar: *“Não tenhas medo, isto não custa nada”*;
- × Criticar: *“sabes porque doeu, porque olhaste para o braço”*;
- × Falar sobre os sentimentos negativos: *“eu sei que dói, que tens medo mas vai ter que ser”*;
- × Intimidar: *“se te portares mal a enfermeira dá-te outra pica”*.



Depois da vacinação:

- ✓ Dê “mimos” e elogie a criança, dizendo que foi muito corajosa.

Horário da Vacinação:

- ⇒ 2^af – 9h às 12h30
- ⇒ 3^af - 13h30 às 15h30
- ⇒ 6^af – 9h às 12h30

APÊNDICE II

Norma de Cuidados de Enfermagem sobre
“Vigilância e Tratamento do Coto Umbilical e das Complicações Associadas”

NORMA DE ENFERMAGEM

TÍTULO: Vigilância e Tratamento do Coto Umbilical e das Complicações Associadas

- Procedimento médico Procedimento de enfermagem
 Procedimento médico e de enfermagem

Código:	Autores: Enf^a. Margarida Pires e Enf^a. Susana Porfírio	
Aprovação:	ACES Lisboa Ocidental e Oeiras	
Versão:	Data elaboração: Dezembro 2015	Data de validade: 3 anos
Revisão:	Dezembro 2018	

DEFINIÇÕES

Onfalite - É a infeção localizada da região peri-umbilical (MacDonald, Mullett & Seshia, 2007).

Granuloma Umbilical – Consiste na presença de tecido de granulação com fibroblastos e abundantes capilares no umbigo após a queda do coto umbilical, e a sua superfície frequentemente tem uma aparência peduncular (Lotan, Klin & Efrati, 2002). Este excesso de tecido de granulação, que se forma para além do nível do leito da ferida (hipergranulação) é um tecido inviável, que pode estar associado a uma fase inflamatória prolongada ou infeção, apresenta exsudado moderado a elevado e a sua presença gera tensão nos bordos da ferida, pelo que a hipergranulação constitui uma barreira à cicatrização (Gomes, Menoita, Santos, Santos & Testas, 2013).

Nitrato de Prata - É um produto cáustico e um forte agente oxidante. Em solução aquosa, a prata (Ag^+) é facilmente reduzido a prata metálica neutra (AgO), resultando na libertação de radicais livres (Rollins, 2000 citado por Johnson, 2009). Esta reação vai oxidar a matéria orgânica, coagular tecidos e eliminar bactérias (Hanif et al, 2003 citado por Johnson, 2009).

SIGLAS E ABREVIATURAS

- **BSIJ** Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

- **OMS** Organização Mundial de Saúde
- **RN** Recém-Nascido

OBJETIVOS

- Definir os cuidados ao coto umbilical e possíveis complicações, nomeadamente a onfalite e o granuloma umbilical.
- Uniformizar o procedimento de atuação do Enfermeiro face às referidas complicações.
- Garantir cuidados de saúde adequados e de qualidade ao RN.

DESCRIÇÃO

O coto umbilical normalmente separa-se da pele uma semana após o nascimento, e a ferida cicatriza dentro de aproximadamente 15 dias. Até que a ferida esteja curada, ela é uma porta de entrada para infeções, e que pode evoluir rapidamente para sépsis, pelo que a vigilância do coto e cicatriz umbilical são essenciais (OMS, 2003).

O Enfermeiro deve então instruir os pais para rigorosas práticas de prevenção de infeção na primeira consulta de saúde infantil e nas subsequentes até o coto umbilical cair e a ferida estar devidamente cicatrizada (OMS, 2003).

Em todo o mundo, existem inúmeros métodos de cuidar do cordão umbilical mas a evidência científica aponta para a técnica *dry care* como a opção mais adequada nos cuidados ao coto umbilical. Ela consiste na limpeza, secagem e vigilância do coto ao longo dos primeiros dias, sem aplicação de qualquer produto. Este método permite encurtar o tempo de queda do cordão, reduzindo assim também o risco de colonização e infeção e a exposição do RN a solutos, os quais não acrescentam nenhum benefício à sua saúde, podendo alguns, pelo contrário, constituir algum risco (Luís, Costa & Casteleiro, 2014). Os produtos que frequentemente se utilizam visam a desinfeção do cordão para prevenir infeções mas, muitas vezes, prolongam o processo de secagem e mumificação (OMS, 2002).

As complicações mais frequentes na cicatrização do coto umbilical são os granulomas umbilicais e as onfalites.

SUPORTE DE INFORMAÇÃO

A informação colhida nas consultas deve ser registada no SClínic.

Todos os dados recolhidos são registados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil para melhor articulação com os outros sistemas de cuidados de saúde.

INFORMAÇÕES GERAIS

A – Quem executa

- O enfermeiro

B – Frequência

- Desde a primeira visita do RN à unidade de saúde até à queda do coto umbilical e cicatrização total da ferida do umbigo.

C – Orientações quanto à execução

- Consultar o BSIJ obter toda a informação necessária
- Atender à privacidade do RN/família
- Promover um ambiente calmo e favorável à realização da consulta
- Promover uma relação de confiança com os pais

D – Recursos

- Suporte informático de registo SClinic
- BSIJ
- Nitrato de Prata e vaselina

PROCEDIMENTO

Ações de Enfermagem	Justificação
I. Acolhimento da família e do RN	I. Promover o processo decisivo no estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança, a família e o enfermeiro; fundamental para ajudar a família nesta fase de adaptação à nova

<p>2. Proceder à observação física do RN, com particular atenção ao coto umbilical, observando:</p> <p>I. Cor, consistência e odor do coto umbilical;</p> <p>II. Sinais de infecção - rubor e edema da pele circundante, presença de exsudado ou cheiro fétido.</p> <p>3. Se o coto umbilical apresentar boa evolução cicatricial, reforçar o ensino dos cuidados ao coto durante a mumificação e após a queda, aferindo o que foi ensinado na maternidade.</p> <p>4. Se observar alterações da cicatrização ou sinais de infecção, recolha informações da história do parto e dos cuidados que estão a ser prestado ao coto, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - onde foi realizado o parto (condições de assepsia)? - há quantos dias está com sinais inflamatórios? - qual a rotina de cuidados ao coto umbilical e quais as substâncias aplicadas? - se o coto foi coberto (por exemplo, com um penso ou a fralda)? 	<p>realidade.</p> <p>2. Permitir a continuidade de cuidados individualizados ao RN e família; detetar e prevenir complicações relacionadas com a cicatrização do coto umbilical.</p> <p>3. Existem recomendações diferentes em cada maternidade, sendo que a muitas já aderiram ao <i>Dry Care</i>, mas outras ainda recomendam a desinfeção com álcool 70%. O álcool não promove a secagem, tem algum efeito antibacteriano mas atrasa a queda do cordão (Luís, Costa & Casteleiro, 2014 e Branco, 2003).</p> <p>4. Recolher dados que possam ajudar a explicar as alterações da cicatrização ou infecção observada.</p> <p>A colonização do cordão umbilical é influenciada pelo tipo de parto, flora materna, prestadores de cuidados e, na eventualidade de necessitar de cuidados diferenciados, pelo local de internamento (Branco, 2003).</p>
---	---

<p>5. Perante sinais de infecção do coto umbilical:</p> <p>I. Despiste sinais de sépsis, como hipotonia, gemidos, má alimentação ou redução de peso, vômitos, febre ou dificuldade respiratória;</p> <p>II. Se apresenta sinais inflamatórios extensos, com edema e rubor para além de 1cm do umbigo ou que já envolvem a parede abdominal, enviar imediatamente para a Urgência Pediátrica pois vai necessitar de antibioterapia para prevenir/tratar possível sépsis.</p> <p>III. Se a infecção está cingida ao coto umbilical, com rubor e edema inferiores a 1cm do umbigo, é necessário fazer a limpeza do coto com solução antisséptica (álcool 70%) e compressas, em cada muda da fralda. O neonato deve ser observado pelo menos de 2 em 2 dias para reavaliação.</p> <p>6. Perante a presença de granuloma umbilical:</p> <p>I. Numa vertente mais conservadora, aguarda-se até ao fim do período neonatal (28dias) pois pode reverter espontaneamente; pode associar-se a desinfeção com álcool ou clorexidina.</p> <p>II. Aplicação de um penso não-oclusivo à base de espuma de poliuretano.</p>	<p>5. Permitir um rápido encaminhamento ou tratamento de alguma alteração da cicatrização ou infecção.</p> <p>O cordão umbilical é o primeiro local do RN a ser colonizado. Como é um tecido em processo de desvitalização, pode tornar-se num meio de cultura microbiano e os vasos umbilicais recentemente trombosados permitem acesso direto à corrente sanguínea, transformam o umbigo numa porta de entrada para infeções.</p> <p>As infeções de origem umbilical podem ser localizadas na região peri-umbilical ou tornarem-se generalizadas com elevado risco de vida - fascíte necrotizante, peritonite, sépsis, êmbolos sépticos (Branco, 2003).</p> <p>6. Com o tempo, a hipergranulação pode resolver-se sem qualquer intervenção ou com medidas pouco agressivas. Só se estas não resultarem é que se deve avançar para medidas mais agressivas de remoção do tecido (Hampton, 2007).</p> <p>Este penso irá nivelar o leito da ferida, reduzir e absorver a humidade/exsudado (Hampton, 2007). É um tratamento eficaz em hipergranulação de feridas planas mas</p>
---	--

<p>em áreas menores do que o tamanho de uma unha do polegar (Rollins, 2000 citado por Johnson, 2009), duas vezes por semana, durante num período máximo de um mês (MacDonald, Mullett & Seshia, 2007).</p> <p>Caso o granuloma não desapareça após um mês podem estar presentes anomalias umbilicais como a persistência do úraco ou do canal onfalomesentérico, pelo que é necessário encaminhar para a Consulta de Cirurgia Pediátrica.</p> <p>8. Providenciar material de leitura aos pais.</p> <p>9. Agendar próxima consulta de enfermagem</p>	<p>ou excessivo (Dealey, 1999 citado por Johnson, 2009). Existem casos de queimaduras químicas após a utilização do nitrato de prata (Hanif et al, 2003 citado por Johnson, 2009), sendo que é importante secar cuidadosamente o exsudado umbilical e criar uma barreira protetora na pele saudável circundante, pela aplicação tópica de vaselina antes da aplicação do nitrato de prata (Johnson, 2009 e Lotan, Klin & Efrati, 2002).</p> <p>8. Reforçar os ensinamentos efetuados.</p> <p>9. Assegurar a vigilância de saúde da criança consoante as necessidades para a continuidade de cuidados.</p>
---	---

<p>REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • No SCLinic: <ul style="list-style-type: none"> - Levantar o foco de enfermagem “Desenvolvimento Infantil”; - Abrir a intervenção de enfermagem: “Vigiar coto umbilical”; - Registrar o que foi observado, os ensinamentos e procedimentos realizados ou o encaminhamento efetuado para outro profissional de saúde ou unidade de saúde mais diferenciada.
--

BIBLIOGRAFIA

- Branco, M. (2003). Cuidados com o Cordão Umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P.* n.º 20 (Verão Ano VIII), 8-10.
- Goldberg, E., Barton, S., Xanthopoulos, M. S., Settler, N. & Liacouras, C. A. (2010). A Descriptive Study of Complications of Gastrostomy Tubes in Children. *Journal of Pediatric Nursing* 25, 72–80.
- Gomes, C., Menoita, E., Santos, V., Santos, A. & Testas, C. (2013) Hypergranulation: Best Practices in Nursing Systematic Review of the Literature. Acedido a 8-12-2015. Disponível em <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2-edicao2-abril2013/hipergranulacao/>
- Hampton, S. (2007). Understanding overgranulation in tissue viability practice, *Wound Care*, September.
- Lotan, G., Klin, B. & Efrati, Y. (2002). Double-Ligature: A Treatment for Pedunculated Umbilical Granulomas in Children. *American Family Physician* 65(10), 2067-2068.
- Luís, S., Costa, G. A. & Casteleiro, C. (2014). Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão. *Millenium* 47, 33-46.
- MacDonald, M. G., Mullett, M. D. & Seshia, M. M. K. (2007). *Avery Neonatologia: Fisiopatologia e Tratamento do Recém-Nascido* (M. M. Vasconcelos e P. L. Voeux, Trad.). (6ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, S.A. (Tradução do original do inglês *Avery's Neonatology: Pathophysiology & Management of the Newborn*, 6th ed., 2005, Phyladephia: Lippincott Williams & Wilkins).
- OMS (2002). *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*, Module 19. Care of Mother and Baby in the First Week After Birth.
- OMS (2003). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses, and midwives* (Integrated management of pregnancy and childbirth).

APÊNDICE III

Folheto “Cuidados ao Coto Umbilical”

Complicações:

Hérnia umbilical:

Pode ocorrer um abaulamento do umbigo com o esforço, geralmente perceptível após a queda do coto umbilical. O seu médico assistente deverá vigiar e orientar.

Granuloma Umbilical:

Após a queda do coto umbilical pode persistir um botão vermelho pálido ou rosado na profundidade do umbigo associado a secreção mucosa ou mucopurulenta. Pode-se aguardar o período neonatal (28 dias) para a sua resolução espontânea. Caso persista, o tratamento pode consistir no uso de nitrato de prata.



Cuidados ao Coto Umbilical



O **coto umbilical** é a porção do cordão umbilical que fica após o corte durante o parto. Logo após o nascimento, o coto tem um aspeto gelatinoso e branco, com o passar dos dias vai-se tornando amarelo, depois castanho e duro. Não tenha receio em mexer pois é um tecido morto e não causa dor ao bebé.

A queda do coto umbilical não é igual em todos os bebés, sendo que a média é entre 5 a 10 dias após o nascimento. Durante esse período e até a ferida do umbigo cicatrizar é necessário realizar cuidados para evitar que o recém-nascido adquira infeções.

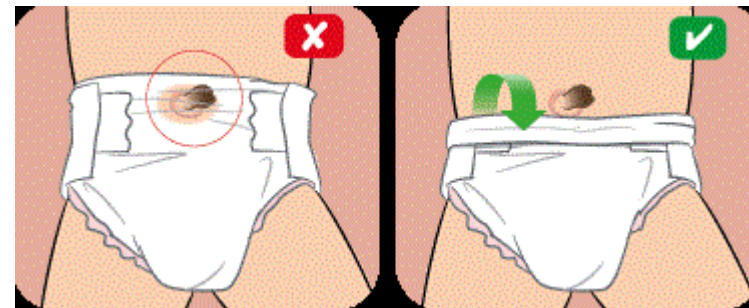
Os cuidados ao coto umbilical do bebé baseiam-se na técnica do *dry care*, ou seja, **limpeza, secagem e vigilância** do coto.

Para tal é fundamental que:

- Lave as mãos com água e sabão antes e depois dos cuidados;
- Mantenha o coto umbilical limpo e seco;
- Limpe o coto e a pele adjacente sempre que se suje com fezes ou urina. Use **água tépida e sabão** suave não perfumado e depois seque com compressas esterilizadas;



- Manter o **coto seco e exposto ao ar**, ou livremente coberto com roupas limpas;
- Aperte a fralda abaixo do umbigo, dando uma dobra se necessário;



- É normal ganhar alguma serosidade (líquido pastoso) amarelada à volta do coto umbilical, mas a higiene diária com água e sabão neutro é suficiente para o manter limpo;
- **Não coloque nenhum medicamento, pomada, desinfetante ou penso no coto umbilical;**
- Observe diariamente o coto umbilical e o umbigo para ver se há sinais de infeção como: atraso na separação, secreção de pus, odor desagradável, vermelhidão ou inchaço da pele ao redor do umbigo. Procure imediatamente ajuda do enfermeiro ou médico se observar algum desses sinais;
- Após a sua queda, a cicatriz umbilical pode manter alguma serosidade ou mesmo sangrar, o que é normal, basta apenas proceder à limpeza normal e a uma boa secagem.

APÊNDICE IV

Folheto “Cuidados ao Umbigo com Granuloma”

Cuidados ao Umbigo com Granuloma



Caso a enfermeira tenha procedido à aplicação de Nitrato de Prata no granuloma do bebé, deve ter em atenção:

- O local vai ficar escurecido, não tente esfregar;
- **Não aplique nenhum medicamento, pomada, desinfetante ou penso no umbigo;**
- Mantenha o umbigo limpo e seco;
- Se apresentar uma serosidade, faça apenas a higiene diária com água e sabão neutro e seque muito bem, sem esfregar;
- Se a região circundante ficar inflamada ou irritada, pode estar a ocorrer uma alergia ou queimadura. Contacte o enfermeiro ou médico.

APÊNDICE V

Folheto “Diversificação alimentar até aos 12 meses”

Uma alimentação saudável:

Completa
Equilibrada
Variada



As recomendações nutricionais e os hábitos alimentares devem convergir para um único fim:

O bem-estar emocional, social e físico da criança!

Diversificação Alimentar

Introdução de Novos Alimentos
4 aos 12 meses



Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcântara

Consulta de Saúde Infantil



4 Meses

Substituir uma refeição de leite por uma sopa de legumes, sem sal e com um fio de azeite no final da cozedura, e uma peça de fruta.

1ª sopa = batata + cenoura + legume verde
ou ou
batata doce abóbora

Introduzir um legume novo **de 3/3 dias:**

Alface

Alho francês

Couve-flor

Cebola

Courgette

Feijão verde

Couves tenras

Agrião



Nesta fase NÃO dar ainda:



Nabo, espinafres, beterraba, tomate e leguminosas.

12 Meses

Introduzir na sopa o feijão, grão, ervilhas e lentilhas (um alimento de cada vez!)

Pode oferecer queijo tipo flamengo.



NÃO dar carne de porco mais de 2 vezes por semana.

O **leite de vaca** não deve ser dado antes de 1 ano de vida e nesta altura pode ser introduzido um leite de transição ou um leite de "crescimento".

Após os 15 meses pode começar a introduzir a laranja, morango, kiwi, ananás e pêsego! (testar uma fruta de cada vez!)



NÃO dar: amoras, framboesa, marisco, doces e frutos secos antes dos 3 anos!!

Dar SEMPRE ÁGUA entre as refeições!

Não esquecer de LAVAR os dentes após cada refeição!



9 Meses

Introduzir o iogurte natural, que pode substituir a papa ou o leite ao lanche.

Pode também iniciar 20gr de carne de vitela no puré de legumes.

2 refeições (almoço e jantar) de sopa de legumes com peixe/carne e fruta como sobremesa

+

**1 refeição (lanche) de papa com glúten
Ou iogurte natural com bolacha maria e fruta**

+

Manter pelo menos 2 refeições de leite (manhã e noite)

10 Meses

Introdução do ovo – **a começar com gema cozida** – e dar $\frac{1}{4}$, depois $\frac{1}{2}$ de gema, com intervalo de 3/4 dias.

Máximo: 1 gema por refeição e 2-3 gemas por semana

Até aos 12 meses **introduzir** o ovo completo, também com intervalos de 3/4 dias. **Caso surja alguma reação contactar a Enfermeira ou Médico de Família.**



6



Fruta: banana, pêra e maçã

A banana crua e esmagada

A maçã e a pêra devem ser cozidas e posteriormente trituradas; depois de algum tempo deve dar estas frutas cruas e raladas.

NÃO misturar as frutas.

Nesta fase NÃO dar: citrinos, kiwis, morangos e frutos tropicais



2 semanas mais tarde ...

Substituir outra refeição de leite por uma papa **SEM** glúten.

As papas lácteas devem ser preparadas só com água.

As papas não lácteas devem ser preparadas com o leite que o bebé está a tomar.

A papa deve ser preparada no prato e oferecido à colher.

NÃO se deve dar mais do que uma papa por dia!!

1 refeição de papa

+

1 refeição de sopa

+

Restantes refeições de leite

6 Meses

Nos primeiros 8-10 dias deve ser cozida a carne junto dos legumes da sopa mas retirar a carne antes de passá-la. Só nos dias seguintes **introduzir** a carne triturada (inicialmente 10g por dia e aumenta até 25g) na sopa de legumes.

Iniciar pelas carnes magras – frango e peru sem pele – continuando a introdução com coelho e borrego.

1 refeição de sopa de legumes com carne e fruta como sobremesa (adicionar uvas)

+

Restantes refeições de leite

+

1 refeição de papa

(**Pode** iniciar a introdução de papas **COM** glúten)

Oferecer água no intervalo das refeições

(ferver a água até aos 6 meses)

Dar sempre os alimentos sólidos à colher.

Não adicionar sal, condimentos, açúcar ou mel aos alimentos.

Não oferecer guloseimas no 1º ano de vida.

Manter o leite materno pelo menos até ao 6º mês de vida.

Se houver resistência com a introdução dos novos alimentos, insistir - sem forçar - e complementar com leite se necessário. Tentar o mesmo alimento na próxima vez que fizer a refeição, para a criança se habituar ao sabor.

7 Meses

2 sopas de legumes com carne
(não ultrapassar diariamente 30g)

+

Fruta como sobremesa

+

Papa com glúten ao lanche

+

Restantes refeições de leite

Na sopa já **pode** introduzir alguns bagos de arroz e todos os legumes exceto o tomate e leguminosas.

Também pode começar a oferecer pão.



8 Meses

Introduzir 20gr de peixe na sopa de legumes – o peixe deverá ser cozido separado da sopa, deve ser branco e magro sem pele nem espinhas!

⇒ Pescada, robalo, dourada, linguado, solha, maruca, faneca, pargo

Pode introduzir melão, meloa, manga e papaia.

APÊNDICE VI

Diapositivos da Sessão de Formação

“Segurança da Criança no Uso do Medicamento – Preparação para a Alta”

Formação em Serviço – UCERN
– Outubro de 2015 –



Segurança da Criança no Uso do Medicamento – Preparação para a Alta



Susana Porfírio

Objetivos da Sessão

Objetivo Geral:

- Debater com os enfermeiros da UCERN a importância da preparação para a alta relativamente à informação sobre medicação.

Objetivos Específicos:

- Referir os dados mais relevantes relativamente aos EAM em Pediatria
- Envolver os enfermeiros da UCERN nas questões relacionadas com a segurança do medicamento e na Campanha: *Somos Todos Responsáveis: Uso do Medicamento*.
- Sugerir medidas de segurança na intervenção dos enfermeiros com vista a prevenção de EAM em ambulatório;
- Divulgar o impresso da “Lista de Medicação” preconizada pelo CHLC;
- Incentivar os enfermeiros da UCERN para a utilização do referido impresso, adaptado à Pediatria.

Conceitos

- Evento Adverso Medicamentoso (EAM) é *“o dano no doente resultante da medicação, quer seja devido a uma reação farmacológica a uma dose normal, ou devido a uma reação resultante de um erro, sendo esta última evitável”* (DGS, 2011, p.118).
- EAM envolve tanto as reações adversas medicamentosas (RAM), como os erros de administração ou as intoxicações.

- Segurança da medicação é a *“ausência de lesão acidental durante o uso de medicação; atividades para evitar, prevenir ou corrigir reações medicamentosas que possam resultar do uso de medicação”*

(DGS, 2011, p.136)

- Eventos Adversos Medicamentosos (1/3) -



I. Ingestão Acidental

- 8973 casos de intoxicações em crianças sendo que 54% foram provocadas por medicamentos;
- 83% circunstância acidental e 11,5% erro terapêutico;
- 69% dos casos dizem respeito a crianças entre um e quatro anos;

www.inem.pt

- Eventos Adversos Medicamentosos (2/3) -



2. Medicamentos de Venda Livre

Das crianças que tinham tomado medicação nos últimos 3 meses, 47,5% eram medicamentos não sujeitos a receita médica e 19,1% “automedicações”.

(Maia, Luís, Moura, Ribeiro, Almeida & Brito, 2011)

São considerados seguros para tratar doenças minor sem supervisão do profissional de saúde. Na pediatria os mais frequentes são os analgésicos/antipiréticos e medicamentos para a tosse e constipações.

(Woo, 2010)

- Eventos Adversos Medicamentosos (3/3) -



3. Reação Adversa Medicamentosa (RAM)

Qualquer reação prejudicial e indesejada a um medicamento, que ocorre com doses habitualmente usadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento ou para modificação de funções fisiológicas (OMS, 2002).

As crianças são propensas aos efeitos adversos das drogas, particularmente os neonatos devido à imaturidade das vias de metabolismo e excreção.

Nos pacientes pediátricos de ambulatório, potenciais erros de medicação ocorreram em aproximadamente 15% das crianças que receberam uma prescrição (Cohen et al., 2008).

Desafios para o Enfermeiro Pediátrico



- A probabilidade de ocorrência de EAM é 3 vezes superior em doentes pediátricos do que nos adultos.

(Walsh, Kaushal e Chessare, 2005 citados por Guilhoto, 2013)

- Crianças com esquemas terapêuticos complexos e/ou doenças crônicas têm maior risco de ter um evento adverso evitável.

(Zandieh et al, 2008)

- *“Os Enfermeiros Pediátricos deveriam ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas principalmente porque os enfermeiros são como a última linha de defesa para a sua prevenção.”*

(Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.3)

Desafios para o Enfermeiro Pediátrico



- É necessária uma compreensão da farmacologia pediátrica para garantir a segurança dos pacientes e educar as famílias sobre a medicação das suas crianças.
- Educar os pais sobre como abordar a criança em cada estadio de desenvolvimento vai aumentar a confiança com a rotina da medicação e na adesão à mesma.
- Pais e cuidadores de crianças com doenças crónicas necessitam de apoio para desenvolverem o mesmo nível de facilidade com a administração de medicação que os enfermeiros.

(Woo, 2010)

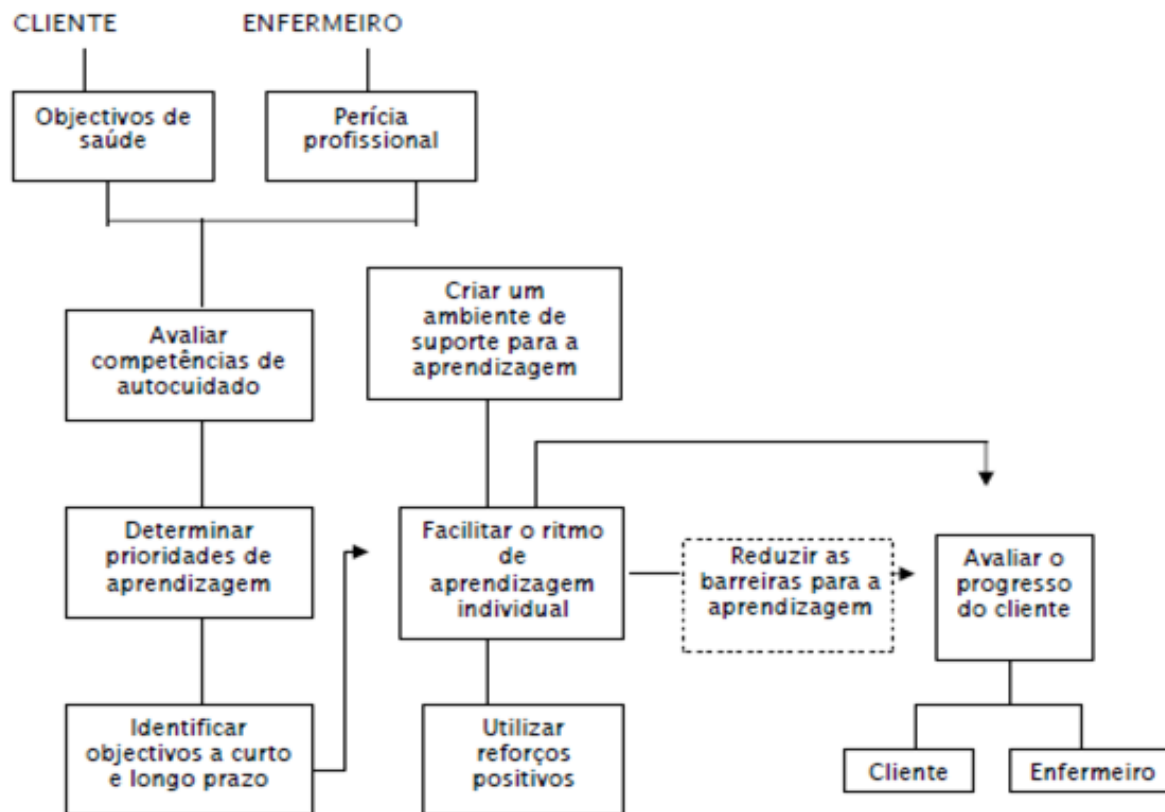
Preparação para a Alta – Promoção do Autocuidado

- A preparação para a alta começa no momento da admissão e tem como objetivo:
 - ✓ promover o autocuidado e a autonomia;
 - ✓ melhorar os conhecimentos;
 - ✓ prevenir EAM;
 - ✓ reduzir os reinternamentos;
 - ✓ ajudar à identificação precoce de eventuais barreiras;
 - ✓ encontrar estratégias para o cumprimento da medicação.

Preparação para a Alta – Promoção do Autocuidado

O Processo de Educação para o Auto-cuidado de Nola Pender

Consiste em ensinar e aconselhar atividades onde a informação é partilhada, de forma a que os clientes sejam guiados na aplicação do que aprenderam nas atividades de vida diária (Pender, 1987).



Preparação para a Alta

- 1) Preparar a informação
- 2) Transmitir a informação
- 3) Avaliar a informação transmitida



1) Preparar a Informação

- ✓ Elaboração e recolha da informação escrita fundamental – prescrição médica, informação clínica de alta, lista da medicação, folhetos informativos. Confirmar se a informação é coincidente em todos os documentos.

Preparação para a Alta

2) Transmitir a Informação (1/2)

- ✓ Espaço físico adequado, tranquilo e que permita confidencialidade;
- ✓ Combinar um momento em que os cuidadores não tenham pressa e estejam disponíveis;
- ✓ Linguagem simples, de fácil compreensão, adequada às características da criança e do cuidador;
- ✓ Avaliar o que o cuidador já sabe e qual a informação necessária;
- ✓ Informação repetida várias vezes e por diferentes momentos;

Preparação para a Alta

2) Transmitir a Informação (2/2)

- ✓ Utilizar técnicas de ensino adaptadas a cada indivíduo, de acordo com o seu estilo de aprendizagem, capacidades de apreensão, crenças e valores;
- ✓ Mostrar confiança nas capacidades dos cuidadores e manter atitude positiva;
- ✓ Complementar a informação oral com informação escrita (lista da medicação, folhetos);
- ✓ Utilizar meios auxiliares de ensino, com espaço para a demonstração e treino (câmaras expansoras, seringas, canetas de insulina);
- ✓ Caso o cuidador não saiba ler, utilizar símbolos visuais (esquemas com cores, fotografias);

Conteúdos a Abordar

- Indicações de cada um dos medicamentos;
- Administração de cada medicamento: dose, frequência, via e modo de administração (considerando a idade/estadio de desenvolvimento da criança);
- Efeitos secundários mais frequentes e modo de atuação perante os mesmo;
- Interação com outros medicamentos ou alimentos;
- Como medir, fracionar ou triturar medicamentos;
- Acondicionamento e validade dos medicamentos;
- Como atuar em caso de esquecimento, sub-dosagem ou sobredosagem;
- Importância do cumprimento terapêutico;
- Lavagem das mãos antes da preparação e administração da medicação.

Preparação para a Alta

3) Avaliar a informação transmitida

O cuidador deverá demonstrar que é capaz de:

- ✓ Ler e interpretar o rótulo dos medicamentos;
- ✓ Preparar e administrar cada um dos medicamentos;
- ✓ Utilizar dispositivos de administração;
- ✓ Perceber quando administrar medicamentos em SOS;

O enfermeiro deve avaliar e resolver:

- Perturbações significativas das rotinas do doente;
- Barreiras à adesão terapêutica;
- Barreiras à aprendizagem.

Gestão do Risco



Gabinete de Gestão do Risco tem como missão a promoção de um ambiente seguro e da melhoria contínua dos cuidados de saúde.

Semana da Segurança do Doente: Medicação Segura

- Alertar e divulgar aos profissionais, doentes/famílias e cidadão, as medidas de segurança que podem contribuir para a prevenção de incidentes no uso do medicamento.
- Envolver os profissionais, doentes/famílias e cidadão nas questões relacionadas com a segurança do medicamento e na Campanha: Somos Todos Responsáveis: Uso do Medicamento.

Semana da Segurança do Doente: Medicação Segura



SEMANA DA SEGURANÇA DO DOENTE: MEDICAÇÃO SEGURA
1 A 12 DE OUTUBRO DE 2015
SOMOS TODOS RESPONSÁVEIS

10 PASSOS

PARA O USO SEGURO DOS SEUS MEDICAMENTOS:

- 01 **FAÇA** uma lista dos medicamentos que está a tomar
- 02 **SAIBA** para que servem
- 03 **LEIA** o nome do medicamento e siga as instruções
- 04 **CONFIRME** a data de validade
- 05 **CONHEÇA** os efeitos secundários/interações
- 06 **GUARDE** os medicamentos em local seguro e adequado
- 07 **INFORME** os profissionais de saúde se tiver alguma alergia
- 08 **PERGUNTE** sempre que tiver dúvidas
- 09 **NÃO PARTILHE** medicamentos com a família ou amigos
- 10 **LIGUE 808 250 143*** em caso de ingestão acidental

A SUA SEGURANÇA É A NOSSA PRIORIDADE!

ENVIÉ-NOS OS SEUS CONTRIBUÍDOS! www.usoresponsavelomedicamento.com



SEMANA DA SEGURANÇA DO DOENTE: MEDICAÇÃO SEGURA

SOMOS TODOS RESPONSÁVEIS

01 a 12 de OUTUBRO de 2015



10 PASSOS para a SEGURANÇA da CRIANÇA no USO do MEDICAMENTO

- 1 FAÇA uma lista dos medicamentos que a criança está a tomar
- 2 REGISTE as alergias da criança
- 3 LEIA o nome do medicamento e siga as instruções
- 4 UTILIZE sempre o doseador que vem na embalagem
- 5 NÃO DÊ medicamentos às escuras
- 6 GUARDE os medicamentos depois de os utilizar
- 7 MANTENHA os medicamentos fechados e fora do alcance e vista da criança
- 8 DECIDA quem vai ser responsável por administrar os medicamentos
- 9 EVITE tomar os seus medicamentos à vista das crianças
- 10 LIGUE **808 250 143*** em caso de ingestão acidental

* Centro de Informação Aduvianosa (CIA)

A SEGURANÇA DA SUA CRIANÇA É A NOSSA PRIORIDADE!

ENVIÉ-NOS OS SEUS CONTRIBUÍDOS! www.usoresponsavelomedicamento.com



Lista de Medicação na Alta (1/2)



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL

HOSPITAL: _____ SERVIÇO: _____ TELEFONE : _____ HORARIO: _____

LISTA MEDICAÇÃO

NOME DOENTE: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS Comercial / Genérico Dosagem Via Administração	JEJUM 	P. ALMOÇO 	ALMOÇO 	LANCHE 	JANTAR 	DEITAR 	SE ESQUECER DOSE	INDICAÇÃO	SINAIS ALARME	INTERAÇÕES	TERMINA EM:

MEDICAMENTOS SUSPENSOS:

NOME/ASSINATURADO MÉDICO/ENFERMEIRO:

DATA: _____

Lista de Medicação na Alta (2/2)

Segurança da Criança no Uso do Medicamento

Durante o Internamento da sua Criança:

- ✓ Informe os médicos e enfermeiros sobre as **alergias** da criança;
- ✓ Informe os médicos e enfermeiros sobre **toda a medicação** que a criança está a tomar, incluindo medicamentos sem receita médica;
- ✓ Informe sobre o uso de métodos complementares ou alternativos de tratamento que a criança tem feito;
- ✓ **Conheça a medicação**, incluindo o nome, efeito terapêutico, dose e intervalos que a criança faz;
- ✓ Comunique aos enfermeiros e médicos as **preocupações e questões** relacionadas com a administração de medicamentos;
- ✓ Esteja **disponível para aprender** tudo o que se relaciona com a preparação e administração dos medicamentos e faça as perguntas necessárias até ter a certeza que compreendeu.

Ligue para o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) em caso de ingestão acidental ou enganos na medicação:

808 250 143

- Grave este número no seu telemóvel -

Elaborado pela enfermeira Susana Porfírio, aluna da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da ESEL (2015)

Em Casa:

- ✓ **Não dê medicamentos à criança sem prescrição** ou orientação médica. Muitos medicamentos de adulto não são usados em crianças.
- ✓ Tenha a **Lista dos Medicamentos** num local visível e acessível para se guiar sempre que prepara a medicação. Faça uma cópia para a escola caso a criança tenha que fazer a medicação no período escolar.
- ✓ Leia com atenção os **rótulos** dos medicamentos e siga as instruções que lhe foram dadas pelos profissionais de saúde.
- ✓ Utilize sempre o **doseador** que vem na embalagem do medicamento ou seringas graduadas para ser rigoroso na dose.
- ✓ Conseguir administrar a totalidade da medicação é essencial, pelo que **não dê medicamentos às escuras e não misture com comida ou bebida**. Eles podem interferir com a eficácia do medicamento e, se não ingerir a totalidade da alimentação, não está a fazer a dose certa do medicamento.
- ✓ Tente ajudar a criança a compreender a necessidade de fazer a medicação e explicar que não é um castigo.
- ✓ **Guarde os medicamentos** nas embalagens originais, mantendo todos os medicamentos fechados e fora do alcance e vista das crianças. Alguns precisam de ser conservados no frigorífico.
- ✓ Decida quem vai ser responsável por administrar os medicamentos à criança, para evitar enganos.
- ✓ Não tome medicamentos à frente das crianças, pois estas tendem a imitar os adultos.
- ✓ Não use remédios cujo **prazo de validade** já expirou ou cujas embalagens estão deterioradas.

Dificuldades dos enfermeiros

Dúvidas



Contributos

Referências Bibliográficas (1/2)

- Academia Americana de Pediatria. (2003). Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. *Pediatrics*, Vol. 112 (2).
- Centro Hospitalar de Lisboa Central. (2014). Procedimento Multissetorial do CHLC - MED. 112 – Informação sobre medicação na alta do doente.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central. (2014). Procedimento Multissetorial do CHLC - MED. 114 – Informação sobre medicação ao doente ambatório.
- Clayton, B. & Stock, Y. (2002) *Fundamentos de Farmacologia*. (C. Gonçalves, Trad.). (M. C. Durão e M. T. Leal, Rev.). (12^a ed.). Loures: Lusociência.
- Cohen, A. L. *et al.* (2008). National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events in Children and Adolescents. *The Journal of Pediatrics*, March, 416-421.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Trad.). Lisboa: DGS. (Tradução do original do inglês Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report, 2009, WHO).

Referências Bibliográficas (2/2)

- Maia, R., Luís, C., Moura, M., Ribeiro, R., Almeida, H. & Brito, M. J. (2011). Uso (ou abuso) de fármacos na idade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(4), 144-448.
- OMS. (2002). *The Uppsala Monitoring Centre. The Importance of Pharmacovigilance. Safety Monitoring of medicinal products.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria: Tomada da Posição das Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE)*. Lisboa: OE.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2nd ed.). Connecticut/Califórnia: Appleton & Lange.
- Walsh, K. E. et al. (2013). Multisite Parent-Centered Risk Assessment to Reduce Pediatric Oral Chemotherapy Errors. *Journal of Oncology Practise*, 9, e1-e7.
- Woo, T. M. (2010). Pediatric Pharmacology. In W. Votroubek & A. Tabacco. *Pediatric Home Care for Nurses – A Family-Centered Approach* (495-508). 3rd ed. Jones and Barlett Publishers.
- Zandieh, S. O., Goldman, D. A., Keohane, C. A., Yoon, C., Bates, D. W., Kaushal, R. (2008). Risk factors in Preventable Adverse Drug Events in Pediatric Outpatients. *The Journal of Pediatrics*. February, 225-231.

www.inem.pt Acedido em 23/06/2015

APÊNDICE VII

Folha de Registo dos Ensinos sobre Administração de Enoxaparina



Serviço de Cardiologia Pediátrico

**PLANEAMENTO DA ALTA DA CRIANÇA
MEDICADA COM ENOXAPARINA**

Vinheta

Alvo do Planeamento de Cuidados: CRIANÇA/JOVEM PAIS/CUIDADOR

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
CONHECIMENTO SOBRE ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA COMPROMETIDO

I: / / T: / /

O que é a enoxaparina	Anticoagulante utilizado na prevenção ou tratamento de fenómenos tromboembólicos.
Via administração*	Subcutânea, realizar prega e manter ao longo da administração.
Especificidades de administração*	Administração peri-umbilical ou nas coxas, não tirar o ar da seringa, não aspirar após punção, não massajar depois de retirar a agulha.
Rotação dos locais de punção*	Alternar o local de punção em cada administração
Reações locais frequentes	Equimoses e pequena perda sanguínea

Legenda Conhecimento demonstrado (S)
Conhecimento comprometido (N)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

ENSINAR SOBRE ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA I: / / T: / /	Data Rubrica							
		O que é a enoxaparina						
Via administração*								
Especificidades de administração*								
Rotação dos locais de punção*								
Reações locais frequentes								
Duração								

Legenda Conhecimento melhorado após ensino, sem ser necessário novo momento (✓)
Necessidade de repetição do momento de ensino, planeia-se novo momento (X)
Não foi instruído o cuidador sobre o conteúdo referido, planeia-se novo momento (—)

Observações

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
CAPACIDADE DE ADMINISTRAR ENOXAPARINA COMPROMETIDA

I: / / T: / /

Preparar a dose prescrita *	
Desinfetar local de punção (Álcool 70°)	
Realizar prega cutânea peri-umbilical/coxas *	
Puncionar a 90° (45° se criança muito pequena)*	
Administrar mantendo a prega cutânea *	
Retirar a agulha e desfazer a prega cutânea *	
Não massajar *	

Legenda Capacidade demonstrada (S)
Capacidade comprometida (N)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DEMONSTRAR, TREINAR e SUPERVISIONAR A ADMINISTRAÇÃO DE ENOXAPARINA I: / / T: / /	Data Rubrica							
		Preparar a dose prescrita *						
Desinfetar local de punção								
Realizar prega cutânea peri-umbilical/coxas*								
Puncionar a 90° (45° se criança muito pequena)*								
Administrar mantendo a prega cutânea*								
Retirar a agulha e desfazer a prega cutânea*								
Não massajar*								
Fase da Intervenção								
Duração								

Legenda Demonstrado com aparente compreensão por parte do cuidador (✓)
Com necessidade de repetição do momento de demonstração, planeia-se novo momento (X)
Não foi demonstrado o conteúdo referido, planeia-se novo momento —

Observações

Entrega de folheto? Não Sim

Articulação com o centro de saúde? Não Sim Qual? _____

APÊNDICE VIII

Folheto “Cuidados à Criança e Jovem Medicados com Enoxaparina”

COMPLICAÇÕES

No local da injeção pode ocorrer dor, hematoma e ligeira irritação.

Se surgirem perdas de sangue visíveis na urina, nas fezes ou pelo nariz, contacte o Serviço de Cardiologia Pediátrica, através do telefone: **213594331/2**



Os pais/cuidadores de crianças pequenas podem aprender a administrar as injeções de Enoxaparina em casa. Os próprios adolescentes também já podem ter a capacidade para o fazer.



Caso tenham dificuldade, a administração desta medicação poderá ser assegurada no seu Centro de Saúde.

Avisar sempre os profissionais de saúde que a criança está a fazer medicação anticoagulante.

Folheto realizado pela Enf.^a Susana Porfírio e Enf.^a EESIP Teresa Pedro

Fevereiro de 2016



Hospital de Santa Marta
– Serviço de Cardiologia
Pediátrica –

Cuidados à Criança e Jovem Medicados com Enoxaparina

(Heparina de Baixo Peso Molecular)





A Heparina de Baixo Peso Molecular mais utilizada é a Enoxaparina. É um medicamento **anticoagulante** utilizado prevenir a formação coágulos ou tratar os já existentes.

Devido à doença que a criança ou o jovem tem ou em consequência do cateterismo ou cirurgia a que foi submetido, pode necessitar de fazer esta medicação durante um período de tempo.

LOCAIS DE ADMINISTRAÇÃO



A Enoxaparina é um medicamento que se injecta no tecido subcutâneo, ou seja, na gordura que está debaixo da pele.

A imagem mostra os locais onde se administra a Enoxaparina. Faça uma rotação dos locais onde administra ou distancie 2cm do local anterior.

COMO ADMINISTRAR

Dependendo da dose, pode administrar a totalidade da seringa pré-cheia ou pode ter que desperdiçar uma parte do medicamento, mas a enfermeira irá indicar-lhe a dose certa.

✓ Lave as mãos e desinfete a pele da criança no local onde vai administrar o medicamento, com uma compressa com um pouco de álcool 70°;

✓ Faça uma prega com o polegar e indicador e introduza a agulha na vertical (90°). Se a criança for pequena ou estiver emagrecida, introduza a agulha inclinada (45°) para não penetrar tão profundamente;



✓ Introduza suavemente o líquido da seringa, mantendo a prega;

✓ Desfaça a prega e retire a agulha, sem carregar ou massajar o local, para evitar a formação de equimoses, ou seja, “nódoas negras”;



✓ Sem voltar a tapar a agulha, coloque a seringa num contentor apropriado, para evitar acidentes. Guarde o recipiente longe da vista e do alcance da criança.

APÊNDICE IX

Diapositivos da Sessão de Formação

“Preparação para a Alta – Administração de Enoxaparina à Criança em Casa”

Formação em Serviço

11 de Fevereiro de 2016

Preparação para a Alta

- Cuidados à Criança/ao Jovem
Medicados com Enoxaparina -



CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



Enf^ª Susana Porfírio



Objetivos da Sessão de Formação

Objetivo Geral:

- Envolver os enfermeiros da Cardiologia Pediátrica nas questões relacionadas com a importância da preparação para a alta relativamente à informação sobre medicação.

Objetivos Específicos:

- Sugerir medidas de otimização do planeamento, das intervenções de enfermagem e dos registos sobre a preparação para alta de crianças e jovens medicados com Enoxaparina;
- Divulgar a folha de registo “Planeamento dos Cuidados à Criança e ao Jovem Medicados com Enoxaparina” e respetivas instruções de preenchimento;
- Divulgar o folheto “Cuidados à Criança e ao Jovem medicados com Enoxaparina”;
- Debater com os enfermeiros as questões relacionadas com a preparação para a alta em parceria com a família, nomeadamente a administração da Enoxaparina.

Conceitos

Preparação para a Alta

É um processo contínuo, que começa no momento da admissão e no qual os pais devem ser considerados **parceiros ativos**, na perspetiva da filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

Isto implica:

- ✓ o estabelecimento de uma comunicação efetiva;
- ✓ o envolvimento e participação dos pais no cuidado ao filho doente;
- ✓ a promoção do autocuidado e da autonomia através da negociação com os pais/cuidadores.

Preparação para a Alta



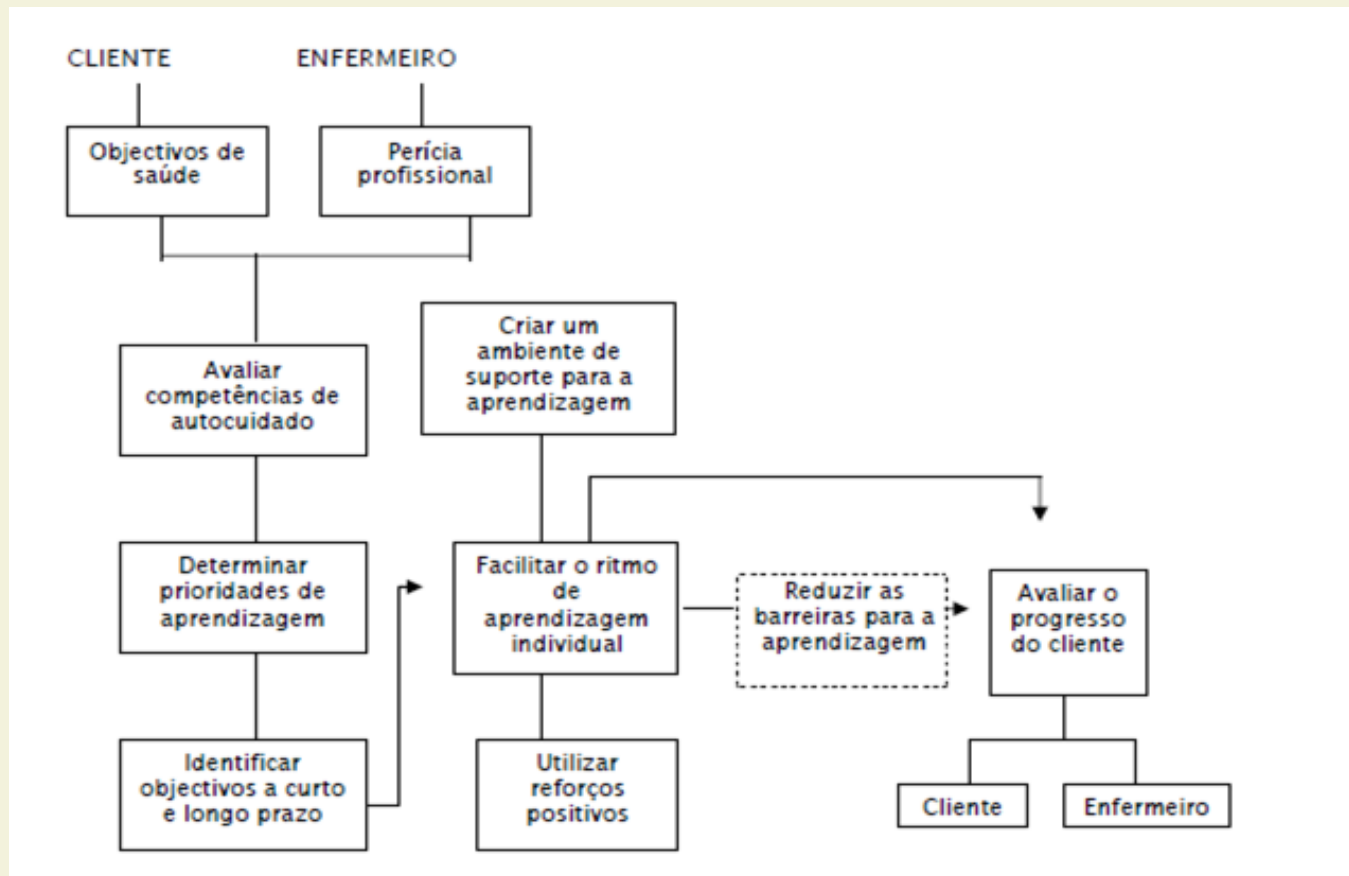
Tem como objetivos:

- ✓ promover o autocuidado e a autonomia;
- ✓ melhorar os conhecimentos da criança/do jovens e/ou dos pais;
- ✓ prevenir Eventos Adversos Medicamentosos (EAM);
- ✓ reduzir os reinternamentos;
- ✓ ajudar à identificação precoce de eventuais barreiras;
- ✓ encontrar estratégias para o cumprimento da medicação.

Promoção do Autocuidado

O Processo de Educação para o Auto-cuidado de Nola Pender

Consiste em ensinar e aconselhar atividades onde a informação é partilhada, de forma a que os clientes sejam guiados na aplicação do que aprenderam nas atividades de vida diária (Pender, 1987).



Promoção do Autocuidado na Administração de Terapêutica

⇒ *Promover a Adesão Terapêutica*



Pais e cuidadores de crianças com doenças crônicas necessitam de apoio para desenvolverem o mesmo nível de facilidade com a administração de medicação que os enfermeiros (Woo, 2010).

- Educar os pais sobre como abordar a criança em cada estágio de desenvolvimento vai aumentar a confiança com a rotina da medicação e na adesão à mesma (Woo, 2010).



Promoção do Autocuidado na Administração de Terapêutica

⇒ *Garantir a Segurança da Criança no Uso do Medicamento*

- A probabilidade de ocorrência de EAM é 3 vezes superior em doentes pediátricos em relação aos adultos (Walsh, Kaushal e Chessare, 2005 citados por Guilhoto, 2013).
- Crianças com esquemas terapêuticos complexos e/ou doenças crônicas têm maior risco de ter um evento adverso, que é evitável (Zandieh *et al*, 2008).
- “Os Enfermeiros Pediátricos deveriam ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que (...) são como a última linha de defesa para a sua prevenção” (O.E., 2012, p.3).

Segurança da Criança no Uso do Medicamento



**Medicamentos de
Venda Livre**

Paracetamol, AINE's e Anti-histamínicos



EAM mais frequentes mas menos graves



**Medicamentos
de Alto Risco**

Anticoagulantes e medicamentos que
envolvem cálculos complexos



EAM menos frequentes mas mais letais

(CIAV, 2010 e CHLC, 2014b)

Enoxaparina



Enoxaparina



- A Enoxaparina é a Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) mas utilizada. Ela é produzida a partir da heparina não-fracionada e tem efeito anticoagulante.

Vantagens da HBPM:

- 👍 tem maior biodisponibilidade com doses mais baixas;
- 👍 semivida mais longa;
- 👍 maior previsibilidade farmacocinética;
- 👍 efeito anticoagulante mais estável e consistente;
- 👍 via de administração envolve menos riscos e é menos invasiva;
- 👍 uma eficácia igual ou superior;
- 👍 exige monitorização mínima;
- 👍 menor incidência e gravidade de complicações.

Enoxaparina

A Enoxaparina é utilizada para a prevenção ou tratamento de fenómenos tromboembólicos venosos. Na Pediatria estes fenómenos são maioritariamente secundários a uma patologia grave ou a uma intervenção iatrogénica (95%). Só 5% dos casos são idiopáticos (Palaré, Mendes, Ferrão, Correia & Morais, 2002).

Fatores Iatrogénicos da Hipercoagulabilidade

<i>Frequentes na Cardiologia Pediátrica</i>	<i>Raros na Cardiologia Pediátrica</i>
Infeção	Fraturas
Prematuridade	Hiperlipidémia
Cirurgia	Doença Renal
Cardiopatía Congénita	Neoplasia
Imobilização	S. anticorpos antifosfolípidicos
CVC	
Anticonceção Oral	

Enoxaparina

Recordando...

- Administração subcutânea, de preferência na região abdominal ou coxas, com rotação dos locais de administração;
- Fazer prega cutânea e introduzir a agulha a 90°, se existir tecido subcutâneo suficiente; nas crianças pequenas ou emagrecidas introduzir a 45°;
- Não aspirar depois de introduzir a agulha;
- Não retirar o ar – a bolha de ar que fica no topo da solução serve para selar o medicamento dentro do tecido subcutâneo e não extravasar;
- Não pressionar ou massajar a zona de administração para evitar equimoses/hematomas.



Preparação para a Alta de Crianças e Jovens medicados com Enoxaparina

- 1) Planeamento dos Cuidados
- 2) Partilha da Informação
- 3) Avaliação do Progresso da Aprendizagem



1) Planeamento dos Cuidados

- ✓ Avaliar as competências para o autocuidado - avaliar o que o cuidador já sabe e se tem habilidades para aprender a prestar os cuidados necessários;
- ✓ Programar um primeiro momento de ensino - combinar um momento em que a criança e os cuidadores não tenham pressa e estejam disponíveis;
- ✓ Estabelecer objetivos através de negociação com a criança/o jovem e a família.

Preparação para a Alta de Crianças e Jovens medicados com Enoxaparina

2) *Partilha da Informação*

- ✓ Criar um ambiente propício à aprendizagem - espaço físico tranquilo e que permita confidencialidade;
- ✓ Facilitar o ritmo de aprendizagem individual - utilizar técnicas de ensino adaptadas a cada criança e família, de acordo com o seu estilo de aprendizagem, capacidades de apreensão, crenças e valores. Linguagem simples e de fácil compreensão.
- ✓ Reduzir barreiras de aprendizagem - utilizar símbolos visuais (esquemas com cores, fotografias); complementar a informação oral com informação escrita (folheto); utilizar meios auxiliares de ensino, com espaço para a demonstração e treino (seringa);
- ✓ Utilizar reforços positivos - mostrar confiança nas capacidades da criança/do jovem e dos cuidadores e manter uma atitude positiva;
- ✓ Informação repetida várias vezes e por diferentes momentos e formas.

Preparação para a Alta de Crianças e Jovens medicados com Enoxaparina

3) Avaliação do Progresso da Aprendizagem

A criança/o jovem e/ou o cuidador deverá demonstrar que é capaz de:

- ✓ Ler e interpretar a prescrição e o rótulo do medicamento;
- ✓ Saber qual o efeito da Enoxaparina;
- ✓ Preparar e administrar a Enoxaparina;
- ✓ Perceber quais são as complicações possivelmente esperadas e quais aquelas que implicam recorrer a cuidados de saúde diferenciados;

O enfermeiro avalia e resolve:

- Barreiras à adesão terapêutica;
- Barreiras à aprendizagem.



Propostas de Otimização do Processo de Alta

☐ Folha de Planeamento e Registo dos Ensinos



Adobe Acrobat
Document

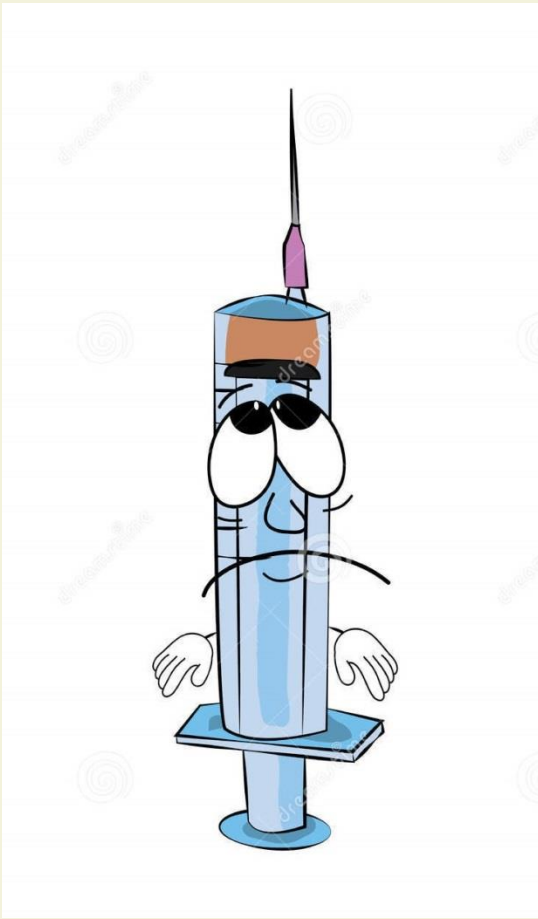
Planeamento dos Cuidados à Criança medicada com Enoxaparina (1/3)

Folheto de Apoio à Alta



Adobe Acrobat
Document

Faz sentido?



Dúvidas?

Sugestões?

Referências Bibliográficas (1/2)

- Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC]. (2014a). Procedimento Multissetorial do CHLC - ALT. 106 – Alta da criança/adolescente.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC]. (2014b). Procedimento Multissetorial do CHLC - MED. 107 – Administração de medicamentos.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC]. (2014c). Procedimento Multissetorial do CHLC - MED. 112 – Informação sobre medicação na alta do doente.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC]. (2014d). Procedimento Multissetorial do CHLC - MED. 114 – Informação sobre medicação ao doente ambulatório.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria: Tomada da Posição das Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE)*. Lisboa: OE.

Referências Bibliográficas (2/2)

- Palaré, M. J., Mendes, P., Ferrão, A., Correia, M. & Morais, A. (2002). Trombose Venosa Profunda em Pediatria. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 5(33), 363-367.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2nd ed.). Connecticut/Califórnia: Appleton & Lange.
- Walsh, K. E. et al. (2013). Multisite Parent-Centered Risk Assessment to Reduce Pediatric Oral Chemotherapy Errors. *Journal of Oncology Practise*, 9, e1-e7.
- Woo, T. M. (2010). Pediatric Pharmacology. In W. Votroubek & A. Tabacco. *Pediatric Home Care for Nurses – A Family-Centered Approach* (495-508). 3rd ed. Jones and Barlett Publishers.
- Zandieh, S. O., Goldman, D. A., Keohane, C. A., Yoon, C., Bates, D. W., Kaushal, R. (2008). Risk factors in Preventable Adverse Drug Events in Pediatric Outpatients. *The Journal of Pediatrics*. February, 225-231.

www.inem.pt Acedido em 23/06/2015