

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DO SONO NA IDADE PEDIÁTRICA

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem saúde infantil e pediátrica

Autor

Liliana Apolinário Baptista

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DO SONO NA IDADE PEDIÁTRICA

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem saúde infantil e pediátrica

Orientador(es)

Margarida Reis Santos

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Fernanda Maria Ferreira Carvalho

Professor Adjunto, Mestre

Autor

Liliana Apolinário Baptista

Porto, 2025

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo ilustrar o percurso formativo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Através deste documento, pretendo evidenciar os contributos dos diferentes contextos de estágio de natureza profissional, nomeadamente no internamento de pediatria, urgência pediátrica, neonatologia e cuidados de saúde primários, para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, previstas pela Ordem dos Enfermeiros. Objetivo ainda apresentar os principais resultados decorrentes da pesquisa realizada no âmbito do meu projeto de desenvolvimento pessoal, intitulado “Promoção do sono na idade pediátrica”, bem como da conceção de cuidados de enfermagem relativos à promoção do sono nos diferentes contextos de estágio, envolvendo a criança/adolescente e respetiva família.

Para dar resposta a estes objetivos, realizei pesquisa bibliográfica, na plataforma EBSCOhost®, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, na Direção-Geral da Saúde, na Ordem dos Enfermeiros e livros. No que diz respeito à explanação da conceção de cuidados, utilizei a plataforma de documentação E4Nursing para os casos clínicos.

De acordo com a evidência científica, o sono é uma função vital para o crescimento, desenvolvimento neurológico, equilíbrio emocional e desempenho cognitivo da criança, sendo assim um foco de atenção na prática de enfermagem. No âmbito do percurso formativo, os estágios realizados em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários permitiram desenvolver competências específicas na avaliação dos padrões de sono, na identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados com o sono e na implementação de intervenções individualizadas e contextualmente adequadas.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, têm um papel importante na promoção da saúde infantil, pelo que assumem uma responsabilidade central na vigilância e promoção do desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem; Saúde Infantil; Sono; Higiene do Sono.

ABSTRACT

The development of this report aims to illustrate my journey throughout the Child and Pediatric Health Nursing Master's Degree. Through this document, I intend to highlight the contributions of the different contexts of professional internship, as pediatric ward, pediatric emergency care, neonatal care and primary health care, for the development of specialist nurse's skills from the common core, as well as some specific skills related to Child and Pediatric Health area, established by the Portuguese Nursing Association. I also intend to demonstrate the main results obtained from the research carried out within the scope of my personal development project, entitled "Sleep promotion in pediatric age", as well as the design and nursing care documentation related to sleep promotion within the different contexts where I did my internship, considering child/adolescent and their family.

To achieve these objectives, I did my research on the EBSCOhost® platform, Portuguese Open Access Scientific Repository, the Directorate-General for Health, Portuguese Nursing Association and some books. Regarding the design and nursing care documentation, I used the E4Nursing documentation platform to present my clinical cases.

According to scientific evidence, sleep is a vital function and promote growth, neurological development, emotional balance and children's cognitive performance, therefore a nursing practice focus of attention. As part of my training path, hospital and primary health care internships allowed me to develop specific skills assessing sleep patterns, identifying sleep-related nursing diagnoses and implementing individualized and appropriate interventions.

Specialist Nurses in Child and Pediatric Health Nursing play an important role in child's health promotion, and therefore have a vital responsibility in monitoring and promoting child development.

Keywords: Skills; Nursing; Child Health; Sleep; Sleep Hygiene.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AM - Aleitamento Materno

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes Mellitus

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EEG - Eletroencefalograma

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEESIP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELI - Equipa Local de Intervenção

EN - Escala Numérica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FLACC-R - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised

FPS-R - Faces Pain Scale – Revised

IAC - Instituto de Apoio à Criança

ICN - International Council of Nurses

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS - Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

NREM - Non-Rapid Eye Movement

NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

PEG - Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

PIPP - Premature Infant Pain Profile

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PSI - Plano de Saúde Individual

REM - Rapid Eye Movement

RN - Recém-nascido

SBV - Suporte Básico de Vida

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

STM - Sistema de Triagem de Manchester

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UDC - Unidades de Decisão Clínica

USF - Unidade de Saúde Familiar

VNI - Ventilação Não Invasiva

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. CASO CLÍNICO 1 - ADOLESCENTE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	38
3.3. Medicação	39
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	39
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	41
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	43
3.5. Domínios	44
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	45
3.6. Conceção de Cuidados	48
3.7. Especificação das intervenções	58
3.8. Síntese relativa ao caso	60
4. CASO CLÍNICO 2 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL	67
4.1. Enquadramento teórico	67
4.2. Clientes	71
4.3. Domínios	71
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	72
4.4. Conceção de Cuidados	72
4.5. Especificação das intervenções	76
4.6. Síntese relativa ao caso	77
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	81
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	115
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	133

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Avaliação do desenvolvimento aos quatro anos de acordo com a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

Quadro 2 - Número de horas de sono recomendado na idade pediátrica.

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório é elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) durante os anos letivos 2022/2023, 2023/2024 e 2024/2025, com o objetivo de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e aquisição de competências específicas inerentes à atribuição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021) definiu um conjunto de recomendações para o estágio e respetivo relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem que conferem o título profissional de Enfermeiro Especialista. Com base nessas recomendações, este relatório é estruturado de forma a apresentar as aprendizagens adquiridas e o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme estipulado no Regulamento n.º 140/2019 da OE (OE, 2019a), bem como das competências específicas do EEESIP, estabelecidas no Regulamento n.º 422/2018 (OE, 2018a) da mesma entidade, ao longo das unidades curriculares Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I e Módulo II.

Nas Unidades Curriculares “Estágio de Natureza Profissional com Relatório” (Módulo I - 15 ECTS e Módulo II - 30 ECTS), foi realizado um estágio de natureza profissional, que decorreu entre 29 de março de 2023 a 27 de junho de 2023 e 18 de setembro de 2023 a 31 de janeiro de 2024. Este estágio teve lugar em quatro contextos clínicos distintos: Serviço de Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Neonatologia e Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

O presente relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. O primeiro corresponde à presente introdução, onde é realizada a contextualização do trabalho escrito, bem como o enquadramento teórico de conceitos que considero fundamentais na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente a teoria das transições, a parceria de cuidados, as teorias do desenvolvimento infantil, a informoterapia e a literacia em saúde. É ainda apresentada a temática que me propus desenvolver ao longo dos estágios e descrita a metodologia utilizada na conceção de cuidados. No segundo capítulo, procedo à caracterização dos contextos clínicos, com a contextualização de cada um dos locais de estágio, incluindo a descrição dos recursos físicos e humanos, bem como dos métodos de trabalho. Nos terceiro e quarto capítulos, são apresentados dois casos clínicos representativos de situações, nas quais estive envolvida, que ilustram a conceção de cuidados de enfermagem aplicada à

criança/adolescente/família no contexto de internamento de pediatria e de cuidados de saúde primários, respetivamente. O quinto capítulo consiste numa análise crítico-reflexiva das atividades que desenvolvi ao longo do estágio, destacando de que forma estas contribuíram para o desenvolvimento das competências exigidas para a prática do EEESIP. Por fim, no sexto capítulo, é apresentada a síntese final do relatório.

Para a elaboração deste relatório, foi realizada pesquisa bibliográfica, na plataforma EBSCOhost®, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, na Direção-Geral da Saúde (DGS), na OE e livros. No que diz respeito à explanação da conceção de cuidados, utilizei a plataforma de documentação E4Nursing para os casos clínicos.

Promoção do Sono na Idade Pediátrica

Foi proposto no Módulo I da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, a elaboração de um projeto com vista ao desenvolvimento de competências numa área de relevância para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A escolha da temática surgiu da minha perceção, enquanto enfermeira na prática clínica, da ausência de hábitos adequados e da prevalência de problemas relacionados com o sono nas crianças.

O sono, enquanto foco de atenção na prática de enfermagem, é definido como um processo corporal caracterizado por “diminuição da atividade corporal, que é evidenciada pela diminuição da consciência; diminuição do metabolismo; e sensibilidade a estímulos externos ” (International Council of Nurses [ICN], 2019, p.127). Trata-se de um estado facilmente reversível que alterna com o estado de vigília (Silva, 2014). Durante o sono, o organismo mantém uma intensa atividade (Associação Portuguesa do Sono & Associação Portuguesa de Pediatria, 2020), permitindo a reorganização das suas funções e garantindo a recuperação física e psíquica. Neste período, ocorrem ainda os processos de renovação celular, produção de hormonas e anticorpos, a síntese de proteínas e a regulação metabólica (Secção de Pediatria Social & Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

As perturbações do sono são comuns na idade pediátrica, apresentando uma taxa de prevalência entre 20% a 40% (Waumans et al., 2010, citado por Mata, 2018). Um estudo realizado em Portugal com crianças entre os sete e os onze anos identificou que cerca de 19%, da amostra, apresentava problemas relacionados com o sono (Klein & Gonçalves, 2008). O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) prevê a avaliação dos hábitos de sono e a realização de cuidados antecipatórios ao longo do desenvolvimento infantil. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015), no eixo da capacitação, preconiza os hábitos de sono e repouso como uma das áreas de intervenção do enfermeiro.

Enquanto enfermeira e estudante do MESIP, surgiu o interesse em aprofundar conhecimentos sobre o sono na idade pediátrica e desenvolver competências na sua promoção, tanto em contexto de cuidados diferenciados como de cuidados de saúde primários. Esta temática revelou-se particularmente relevante, dado que constitui uma área frequentemente abordada no meu contexto profissional. Assim, em junho de 2023, foi submetido ao Conselho Técnico e Científico da ESEP um projeto de desenvolvimento de competências, tendo o mesmo sido aprovado. O tema proposto intitula-se “Promoção do Sono na Idade Pediátrica”.

Considerando a temática selecionada e com o objetivo de aplicá-la nos diferentes contextos de estágio, defini os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a fisiologia do sono na idade pediátrica;
- Compreender o impacto da hospitalização no sono da criança/adolescente;
- Analisar as consequências da privação do sono na idade pediátrica;
- Explorar estratégias para a promoção da higiene do sono em idade pediátrica;
- Identificar intervenções de enfermagem, passíveis de serem desenvolvidas, em cuidados de saúde primários e em cuidados diferenciados, que promovam um sono saudável;
- Desenvolver intervenções de enfermagem, nos diferentes contextos assistenciais, para a promoção do sono saudável na idade pediátrica;
- Intervir em programas de saúde escolar relacionados com os hábitos de sono;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem, dos diferentes contextos assistenciais, para a importância da promoção do sono na infância.

Para a concretização destes objetivos, foram delineadas as seguintes atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica para aprofundamento teórico sobre a temática;
- Discutir os resultados da pesquisa com as docentes orientadoras e os tutores de estágio;
- Implementar intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção do sono;
- Dinamizar pelo menos uma sessão de educação para a saúde sobre hábitos de sono em escolas da área de atuação da UCC onde decorre o estágio;

Visando monitorizar e avaliar o desenvolvimento do projeto, estabeleceu-se a realização de reuniões periódicas com a docente orientadora e a coorientadora, com o objetivo de discutir as atividades desenvolvidas e os casos clínicos apresentados nos diferentes contextos de estágio.

Conceção de Cuidados: Plataforma E4Nursing

No que diz respeito à conceção de cuidados, utilizei a plataforma E4Nursing, desenvolvida pela ESEP, baseada na ontologia em enfermagem. Sendo uma plataforma inovadora, considero importante clarificar alguns dos seus conceitos e destacar aspetos que serão transversais aos dois casos clínicos apresentados nos capítulos três e quatro. Saliento ainda que todos os dados de caracterização pessoal utilizados na documentação da conceção de cuidados são fictícios, garantindo, assim, a confidencialidade e a não identificação dos clientes.

Neste relatório, documentei dois casos clínicos: o primeiro diz respeito ao contexto de estágio no internamento de pediatria e o segundo a uma consulta de saúde infantil realizada numa USF. Cada plano de cuidados inclui duas sessões, correspondendo a dois momentos distintos de contacto com o cliente.

Relativamente aos conceitos e teorias abordados na conceção de cuidados, como referi anteriormente, alguns são transversais aos dois planos de cuidados, nomeadamente: a teoria das transições, as teorias do desenvolvimento infantil, a parceria de cuidados, a informoterapia e a literacia em saúde. Deste modo, apresento de seguida os aspetos teóricos gerais, que serão complementados de forma mais específica em cada um dos casos clínicos.

Teoria das Transições

A transição é um processo desencadeado por uma mudança ou evento crítico no indivíduo ou no seu ambiente, caracterizando-se pela passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Este processo exige que o indivíduo obtenha novas competências, seja através da aquisição de novos conhecimentos ou do desenvolvimento de novas capacidades (Chick & Meleis, 1986). Meleis (2012) identifica quatro tipos de transições nas quais os enfermeiros podem intervir para facilitar o processo: transição desenvolvimental, transição saúde-doença, transição situacional e transição organizacional. No que concerne ao padrão, as transições podem ser classificadas como simples, múltiplas, sequenciais ou simultâneas e com ou sem relação entre si (Meleis, 2010).

Relativamente às propriedades das transições, estas incluem: a consciencialização, que é a perceção do indivíduo face à transição que está a vivenciar e que mudanças e diferenças vão ocorrer na sua vida decorrentes da transição; o envolvimento do sujeito no processo de transição, sendo influenciado pelo conhecimento que apresenta sobre o processo que está a vivenciar; o tempo de duração da experiência da transição; e os pontos e eventos críticos, que se referem a momentos marcantes da vida do indivíduo e que podem influenciar a forma como este está a vivenciar a transição (Meleis et al., 2000).

Existem fatores que, devido a condições pessoais, comunitárias e sociais, podem ser agentes facilitadores ou dificultadores do processo de transição. Uma vez que condicionam o processo, quer seja de forma dificultadora ou facilitadora, influenciam também o resultado. Existem indicadores de processo que permitem aferir se o indivíduo está a experienciar uma transição saudável, nomeadamente: o envolvimento; sentir-se ligado; estar situado no seu processo de transição; a progressiva aquisição de conhecimento por parte do indivíduo, que o ajudará a interagir e reagir à mudança que ocorreu na sua vida; e, por último, a perceção de autoeficácia, com o desenvolvimento da capacidade de concretizar as tarefas necessárias, bem como estratégias de *coping* para conseguir vivenciar a experiência da transição da melhor forma

possível (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado da transição são o atingimento da mestria com a aquisição de novas competências e com o facto de o indivíduo se sentir confortável no seu novo papel, com o desempenho competente das funções relativas à mudança que ocorreu na sua vida, bem como a integração fluida desta nova identidade. Esta última diz respeito à incorporação de uma nova identidade face às alterações que ocorreram na vida do indivíduo, que é agora de alguma forma diferente do que era antes da vivência da transição (Meleis et al., 2000).

As transições podem tornar o indivíduo mais vulnerável, devido a resultarem situações que nunca vivenciou antes. Como consequência pode sentir-se inseguro e incapaz de lidar com a transição que está a vivenciar, tendo assim o enfermeiro um papel fundamental em intervir junto do indivíduo de forma a ajudá-lo a experienciar uma transição saudável (Meleis, 2010).

Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento infantil diz respeito ao conjunto de transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais que ocorrem desde o nascimento até à adolescência, sendo influenciado por fatores genéticos, ambientais e culturais. Trata-se de um processo contínuo e gradual, no qual a criança adquire competências motoras, linguísticas, afetivas e relacionais, essenciais para a formação da sua identidade e autonomia (Papalia & Feldman, 2013).

De acordo com Bee e Boyd (2011), o desenvolvimento infantil pode ser subdividido em:

- Desenvolvimento físico: envolve alterações no crescimento do corpo, maturação do sistema nervoso, evolução das capacidades motoras e aperfeiçoamento das funções sensoriais.
- Desenvolvimento cognitivo: diz respeito à progressiva aquisição de competências relacionadas com o pensamento, resolução de problemas, memória e linguagem, aspetos centrais na teoria de Piaget.
- Desenvolvimento socioemocional: refere-se à participação nas relações interpessoais, construção da identidade, desenvolvimento da empatia e compreensão das emoções, conceitos explorados por Erikson.

A teoria de desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget, defende que a inteligência cria um equilíbrio entre uma pessoa e o ambiente. Deste modo, as crianças ao reagirem ao seu ambiente, estão a adquirir e a organizar dados, permitindo assim adaptarem-se aos mesmos através de processos de pensamento que Piaget denomina por operações (Opperman & Cassandra, 2001).

De acordo com a teoria de Piaget, antes de chegarem à puberdade as crianças passam por quatro estágios de desenvolvimento, sendo estes: dos zero aos dois anos denominado sensório-motor, onde as sensações e a coordenação motora da criança começam a ser desenvolvidas e,

embora a capacidade cognitiva ainda seja limitada, é neste momento que a criança começa a perceber o mundo à sua volta, iniciando o reconhecimento de objetos; dos dois aos sete anos estágio pré-operacional, no qual ocorre o desenvolvimento da linguagem, a criança começa a identificar e nomear os objetos ao seu redor, ao mesmo tempo que começa a ser capaz de os recordar mentalmente e, embora ainda se encontre na sua fase inicial, o raciocínio também começa a desenvolver-se; dos sete aos onze anos, estágio das operações concretas, fase associada à capacidade cognitiva de resolver problemas de forma concreta, pois a criança começa a desenvolver uma maior capacidade de interpretação, o que lhe permite resolver problemas básicos e alguns conceitos, como os números e as operações matemáticas, que começam a ser interiorizados; por último, o período dos onze aos catorze anos, refere-se ao estágio das operações formais, sendo na adolescência que o raciocínio lógico se começa a desenvolver e o indivíduo passa a pensar de forma mais independente, adquirindo também a capacidade de criar teorias e refletir sobre as várias possibilidades do mundo, tratando-se de uma fase de maior autonomia (Piaget, 1972, citado por Cunha, 2021).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson constitui um dos marcos fundamentais na compreensão dos processos evolutivos na infância, sublinhando a importância das interações entre o indivíduo e o seu meio social na construção da personalidade. Propõe que o desenvolvimento ocorre através de uma sucessão de oito estágios, cada um marcado por uma crise psicossocial cuja resolução, ou falta dela, tem repercussões duradouras para o percurso vital do indivíduo (Opperman & Cassandra, 2001).

No contexto do desenvolvimento infantil, os cinco primeiros estágios definidos por Erikson são particularmente relevantes, sendo estes: no primeiro ano de vida, confiança versus desconfiança, a atenção do bebé está voltada para a satisfação das duas necessidades básicas e, assim, como resultado da satisfação ou não destas necessidades, desenvolve o sentimento de confiança ou de desconfiança (Rabello & Passos, 2001, citados por Leite & Silva, 2019); do primeiro ano de vida aos três anos, autonomia versus vergonha e dúvida, em que a criança já apresenta maior mobilidade e necessidade de explorar o meio em seu redor, tentando assim desenvolver a sua autonomia, tendo os pais um papel fundamental na sua orientação, de forma a evitar que esta vivencie sucessivamente momentos de fracasso, que podem conduzir ao sentimento de vergonha (Bee, 2003, citada por Leite & Silva, 2019); dos três aos seis anos, iniciativa versus culpa, é esperado que a criança tenha nos estágios anteriores desenvolvido confiança, controlo e autonomia para tomar iniciativa da realização de algumas atividades, no entanto, quer imitar os adultos e pode sentir-se culpada por não conseguir desenvolver determinadas tarefas, o que pode gerar frustração que, quando não adequadamente gerida, resulta em problemas na idade adulta (Papalia & Feldman, 2013); dos seis anos até à puberdade, diligência versus inferioridade, a criança percebe que adquiriu habilidades e que consegue desempenhar as suas tarefas com competência (Papalia & Feldman, 2013), contudo, pode sentir-se inferior em relação aos pares caso seja incapaz de realizar certas tarefas,

podendo também desenvolver sentimentos de inadequação caso as suas expectativas sejam irrealistas (Opperman & Cassandra, 2001); durante a adolescência até à idade adulta, identidade versus confusão de papéis, diz respeito à crise de identidade que o indivíduo pode vivenciar durante a adolescência, uma vez que esta fase é marcada por transformações físicas e psicológicas (Rabello e Passos, 2001, citados por Leite & Silva, 2019) e a necessidade que o adolescente tem em encontrar o seu papel na sociedade, mudando por vezes os seus comportamentos e personalidade para se sentir parte integrante de um grupo (Bee, 2003, citada por Leite & Silva, 2019).

De acordo com Sigmund Freud, o ser humano nasce sem consciência, sendo esta posteriormente construída através das suas vivências (Silva, 2022). Freud propôs que o desenvolvimento infantil ocorre através de uma série de cinco estágios psicosssexuais, nos quais diferentes áreas do corpo são focos de prazer e potencial conflito, sendo estes: dos zero aos dois anos fase oral, em que a zona erógena é a boca, pois numa fase inicial é através desta que a criança satisfaz as suas necessidades e tem contacto com o mundo, por exemplo, através da amamentação; dos dois aos quatro anos, fase anal, em que a zona erógena é o ânus, no processo de defecação é iniciado o controlo dos esfíncteres e a criança dá conta de que as fezes são produzidas por ela, no entanto, nesta fase a criança pode começar a vivenciar os primeiros conflitos da vida social caso, por exemplo, seja repreendida ao defecar, o que faz com que possa desenvolver sentimentos negativos; dos quatro aos seis anos, fase fálica, em que a criança toma consciência das diferenças dos órgãos genitais dos diferentes géneros, passando o seu órgão genital a corresponder à sua zona erógena, podendo os rapazes começar a ter ereções e as raparigas terem inveja por não ter pénis, acarretando também o sentimento de ciúmes em relação, por vezes, aos pais; dos sete anos até ao início da puberdade, fase de latência, em que a criança começa a desenvolver a moralidade para a vida social, desenvolvendo valores, virtudes e valorizando amizades, manifestando por vezes também atitudes de vergonha e repulsa; a partir da adolescência e durante a idade adulta, fase genital, que representa o início da vida sexual, sendo que, nesta fase, quando as etapas anteriores não correram de forma positiva, os adolescentes apresentam comportamentos de rebeldia, consumo de substâncias e, por vezes, pode mesmo ocorrer gravidez na adolescência, estando tudo isto relacionado com a educação que receberam dos pais nas fases anteriores (Silva, 2022). A forma como a criança resolve os problemas que encontra na passagem pelos cinco estágios pode influenciar significativamente sua personalidade adulta (Pinto, 2012).

Parceria de Cuidados

A parceria de cuidados foi pela primeira vez incorporada na enfermagem pediátrica por Anne Casey, que desenvolveu o conceito e propôs um modelo de cuidados. Segundo este modelo, os enfermeiros devem envolver ativamente os pais nos cuidados, planejando-os com base nas competências parentais e no nível de envolvimento que estes pretendem ter (Monteiro & Cerqueira, 2020). Os pais e os enfermeiros estão numa posição de igualdade e negociam conjuntamente a participação e tomada de decisão relativamente aos cuidados prestados.

O momento da hospitalização surge como um evento stressante para a criança. O impacto da hospitalização na vida de uma criança é influenciado pelo conceito que esta tem de doença, bem como pelas experiências prévias de hospitalizações, as quais podem revelar-se fatores facilitadores ou dificultadores. Além do impacto na criança, é importante considerar o efeito que a hospitalização tem também nos pais, que muitas vezes têm de reestruturar os seus papéis (Sanders, 2014).

O modelo da parceria de cuidados preconiza que os pais escolham se querem envolver-se ou não na prestação de cuidados aos seus filhos. Se estes tiverem intenção de se envolver nos cuidados, deve ser efetuada na avaliação inicial, por parte do enfermeiro, uma negociação com os pais, de forma a elaborar um plano definindo metas a atingir. Para tal, os enfermeiros têm de ensinar e apoiar continuamente os pais, para que a participação destes nos cuidados seja baseada em decisões informadas (Sousa et al., 2023).

Os enfermeiros devem encarar os pais como parceiros ativos no cuidar da criança, mas o nível e tipo de envolvimento destes nos cuidados deve ter por base objetivos terapêuticos (Sousa et al., 2023).

Num estudo desenvolvido por Sousa et al. (2023), com o propósito de identificar as intencionalidades terapêuticas dos enfermeiros na promoção da parceria de cuidados com os pais durante a hospitalização da criança, foram identificadas as seguintes intencionalidades:

“(1) Promoção da participação dos pais nos cuidados do tipo desenvolvimental (cuidados habituais); (2) Promoção de competências parentais para prestar cuidados complexos; (3) Promoção de participação dos pais nos cuidados complexos quando as competências parentais foram avaliadas como eficazes; (4) Melhoria no desempenho dos pais para realizar os cuidados complexos quando um potencial de valorização de competências dos pais para realizar os cuidados complexos foi identificado; (5) Redução do nível de stress associado ao papel parental em pais de crianças com necessidades especiais permanentes, facilitando, durante a hospitalização, o descanso no exercício do papel; (6) Preparação dos pais para prestar cuidados complexos; (7) Preparação dos pais para promover a autonomia da criança” (Sousa et al., 2023, p.8).

No estudo são definidos cinco padrões de parceria, orientando as intencionalidades terapêuticas

para a parentalidade tendo em conta o sentido crescente da complexidade de cuidados a prestar à criança, sendo estes: padrão de parceria tipo um, com a intencionalidade de “Promover o desempenho do papel parental desenvolvimental, durante a hospitalização” (Sousa et al., 2023, p.11), em que a participação dos pais é orientada para os cuidados do tipo desenvolvimental, devendo deste modo a intervenção dos enfermeiros centrar-se “nas dimensões do papel parental desenvolvimental, conhecimento e capacidade do papel parental especial (centrado em aspetos da hospitalização e do processo patológico)” (Sousa et al., 2023, p.12); padrão de parceria tipo dois, com a intencionalidade “Promover o desempenho do papel parental desenvolvimental + (opcional) Promover capacidade parental sobre [especificação de cuidados complexos], durante a hospitalização” (Sousa et al., 2023, p.11), em que o enfermeiro deve promover o desempenho do papel parental desenvolvimental e, de acordo com a vontade dos pais, envolvê-los de forma a promover a capacidade de prestar cuidados especiais durante a hospitalização; padrão de parceria tipo três com as intencionalidades “Promover, durante a hospitalização, o desempenho do papel parental complexo de pais com capacidade parental complexa efetiva” (Sousa et al., 2023, p.12), “Melhorar o desempenho do papel parental complexo, durante a hospitalização” (Sousa et al., 2023, p.12) e/ou “Reduzir a sobrecarga parental dos pais de crianças com necessidades especiais permanentes através da diminuição do desempenho durante a hospitalização” (Sousa et al., 2023, p.12). Em consonância com estas três intencionalidades, as intervenções de enfermagem devem ser orientadas de forma a assegurar que, no momento da alta hospitalar, os pais tenham desenvolvido eficazmente o seu papel parental complexo, adquirido as competências necessárias para gerir as necessidades especiais transitórias da criança (resultantes da hospitalização e/ou do processo patológico) e, simultaneamente, preservado os vínculos afetivos estabelecidos com o filho (Sousa et al., 2023); o padrão de parceria tipo quatro com a intencionalidade “Preparar os pais para o desempenho parental complexo” (Sousa et al., 2023, p.12), em que podem ser identificadas necessidades de cuidados de enfermagem relacionadas com a disponibilidade, potencialidade ou risco de comprometimento no desempenho do papel parental complexo inaugural. Estas necessidades podem decorrer da falta de conhecimentos e de competências parentais relativamente às exigências impostas pelas necessidades especiais da criança (resultantes do processo patológico e/ou da hospitalização), bem como de sinais de fragilidade na relação de vinculação e interação mãe-filho (Sousa et al., 2023); por último, o padrão de parceria tipo cinco, com a intencionalidade “Preparar os pais para promover a autonomia da criança” (Sousa et al., 2023, p.12), advém da “necessidade de ajudar os pais a ajudar o seu filho concretizar o seu potencial de desenvolvimento na saúde e na doença, não o substituindo naquilo que ele for capaz ou tiver de fazer por si mesmo” (Sousa et al., 2023, p.14).

Literacia em Saúde e Informoterapia

O conceito de literacia em saúde surgiu pela primeira vez em 1974, associado à educação para a saúde realizada em contexto escolar (Simonds, 1974, citado por Brito et al., 2023). Este conceito foi evoluindo aos longo dos anos e alargado a vários contextos, sendo atualmente definido pela Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde como

“a capacidade de influenciar, envolver, formar e apoiar os indivíduos, organizações, comunidades, profissionais em saúde, grupos, media, decisores políticos e outros, dentro dos respetivos contextos e ao longo do ciclo de vida, a melhorarem as suas competências para o acesso, compreensão, avaliação e uso dos recursos em saúde e da correta navegação no sistema, que visam decisões responsáveis, melhoradas, refletidas e acertadas, seja de indivíduos, grupos, de organizações, que promovem e melhorem os resultados em saúde e do bem-estar” (Sociedade Portuguesa da Literacia em Saúde, 2023, p.145).

Existem diversos modelos estruturantes para a literacia em saúde, irei, de seguida, referenciar alguns que considere relevantes para compreender melhor este conceito.

O Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente , refere que o indivíduo passa por seis fases até fazer uma mudança completa de comportamento: estágio de pré-contemplação, em que não apresenta consciência do comportamento não saudável e de que urge a necessidade de mudar de comportamento; fase de contemplação, em que começa a ter consciência de que os comportamentos que pratica podem acarretar consequências negativas para a sua saúde, ponderando a mudança de comportamentos num futuro próximo; etapa de preparação, em que se sente motivado para fazer mudança de comportamentos, preparando-se para a implementação da mudança; etapa de ação, dá-se início ao novo comportamento saudável; etapa de manutenção, esforça-se para manter o novo comportamento ao longo do tempo; e, por último, etapa de rescisão, em que mantém o comportamento saudável de forma consistente, não existindo uma reversão para o comportamento não saudável (Prochaska et al, 1994; Prochaska, 1996, citados por Brito et al, 2023). Em todas as fases referidas anteriormente, é fundamental o acompanhamento e intervenção por parte do profissional de saúde, de forma a facilitar a mudança de comportamento do indivíduo, para garantir a manutenção de hábitos saudáveis.

O Modelo da Autodeterminação realça a importância da autonomia do indivíduo nas suas escolhas. Defende que a motivação conduz à ação, e que a autodeterminação diz respeito a um conjunto de comportamentos e habilidades que permitem que o indivíduo tenha a capacidade de ter comportamentos intencionais (Brito et al, 2023).

A informoterapia é definida como “a prescrição oportuna de informação em saúde baseada na evidência, para atender às necessidades específicas dos indivíduos para os ajudar na tomada de

decisão em saúde e mudança de comportamentos” (Mettler & Kemper, 2006, citados por Magalhães, 2013, p.31-32). Consiste na transmissão da informação certa, à pessoa certa, na hora certa. De acordo com o ICN (2019), ensinar é descrito como “Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (ICN, 2019, p.51). Nas intervenções do tipo ensinar, o enfermeiro não deve apenas debitar informação. É importante considerar primeiro se o cliente está disposto a receber a informação, e, caso esteja, avaliar se é o momento oportuno para a intervenção. Ao intervir, deve transmitir a informação de acordo com a faixa etária e condição do cliente.

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

Os Estágios de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e Módulo II, como já referido anteriormente, foram realizados em quatro contextos clínicos diferentes: serviço de internamento de pediatria, serviço de urgência pediátrica, unidade de neonatologia (cuidados intermédios e cuidados intensivos neonatais) e Cuidados de Saúde Primários (UCC e USF). Neste capítulo apresento os serviços, fazendo referência aos recursos físicos e humanos, bem como à metodologia de trabalho.

Na prática de enfermagem, diversos métodos de trabalho têm sido desenvolvidos e adaptados ao longo do tempo para melhor responder às necessidades dos clientes e à dinâmica das instituições de saúde. Os métodos de trabalho em enfermagem podem ser categorizados de acordo com abordagens mais independentes ou colaborativas, sendo frequentemente estruturados em torno de quatro modelos principais: funcional, individual, em equipa e o método do enfermeiro de referência (Ventura-Silva et al., 2023).

- **Método Funcional:** concentra-se na divisão das tarefas de enfermagem, sendo cada enfermeiro responsável por tarefas específicas ao longo do turno. Este método visa a eficiência através da especialização das tarefas, mas pode comprometer a continuidade do cuidado ao indivíduo, devido à fragmentação das responsabilidades (Parreira, 2005).
- **Método Individual:** método em que um enfermeiro é responsável pela prestação de todos os cuidados a um ou mais clientes durante o turno. Este método facilita uma abordagem holística e contínua, permitindo uma relação mais próxima e personalizada com o indivíduo, o que pode melhorar a qualidade dos cuidados (Parreira, 2005).
- **Método de Equipa:** envolve um grupo de enfermeiros que colaboram para cuidar de um grupo de indivíduos. Este método promove a colaboração e o apoio mútuo entre os membros da equipa, permitindo que habilidades complementares sejam utilizadas de maneira eficaz para proporcionar um cuidado abrangente (Rego & Coelho, 2017).
- **Método do Enfermeiro de Referência (ou Enfermeiro Responsável):** caracteriza-se pela atribuição de um enfermeiro como principal responsável pelos cuidados de um cliente durante todo o período de internamento. É benéfico para a continuidade dos cuidados, permitindo ao enfermeiro tomar decisões de maneira autónoma e coordenar todos os aspetos do cuidado (Silva, 2017).

Serviço de Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria, de acordo com o Despacho n.º 9871/2010, destina-se ao internamento de crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias. São diversos os motivos de internamento em idade pediátrica, contudo, este só deve ocorrer quando os cuidados necessários à condição da criança/adolescente não podem ser prestados em casa, na consulta externa ou no hospital de dia (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

Durante a hospitalização, a criança/adolescente tem direito a ter junto de si os pais ou seus substitutos 24 horas por dia. Normalmente, os serviços de internamento de pediatria têm espaços e atividades lúdicas adaptadas à idade das crianças/adolescentes, de forma a proporcionar um ambiente mais favorecedor às suas necessidades físicas, afetivas e educativas (IAC, 2008).

O estágio foi realizado no serviço de internamento de pediatria de um hospital localizado na região Norte de Portugal. A unidade destina-se ao internamento de utentes em idade pediátrica com necessidade de cuidados médicos ou cirúrgicos, o que permitiu que prestasse assistência a crianças/adolescentes com patologia do foro médico ou cirúrgico. Contudo, não apresenta a valência de pedopsiquiatria.

Relativamente aos recursos físicos, o serviço dispõe de 18 quartos, dos quais quatro são de isolamento. À exceção dos quartos de isolamento, os restantes são partilhados, tendo capacidade para duas camas. Sempre que possível, crianças/adolescentes de faixa etária e problemática que causou o internamento semelhantes são internadas no mesmo quarto. Possui, também, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de tratamentos (onde se realizam também todos os procedimentos invasivos), uma sala de sujos, um armazém, duas salas de convívio (uma direcionada para crianças e outra para adolescentes), uma copa para a preparação de leites e uma sala de arquivo. De realçar que as salas de convívio são uma mais-valia para as crianças/adolescentes, pois permitem que interajam com os seus pares e realizem atividades lúdicas, de forma a minimizar o stress causado pelo evento da hospitalização. Estas salas estão equipadas com material de escrita, livros infantis, jogos didáticos, brinquedos, televisão e videojogos. Outro aspeto positivo é a sala de tratamentos estar equipada com um dispositivo luminoso, que visa utilizar a estratégia não farmacológica distração para o alívio da dor, o que contribui também para uma melhor colaboração, principalmente nas crianças com menos idade, na realização dos procedimentos.

A equipa de enfermagem do serviço é composta por 12 EEESIP, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e quatro enfermeiros de cuidados gerais. De acordo com o Parecer nº10/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018b), nas unidades de internamento de pediatria devem existir dois EEESIP por cada três enfermeiros de cuidados gerais, em permanência nas 24 horas. O mesmo parecer recomenda também que, em cada turno, no mínimo 75% dos profissionais sejam EEESIP, com

experiência de pelo menos dois anos em pediatria (OE, 2018b). Para serem cumpridos os rácios recomendados pela OE a equipa de enfermagem deveria ser composta por 13 EEESIP. No entanto, de referir que em cada turno os profissionais eram escalados de forma a que para cada três enfermeiros, dois fossem EEESIP.

No que respeita ao método de trabalho, era utilizado o método individual. A distribuição dos enfermeiros era realizada com base no número de crianças internadas, sendo cada profissional responsável pela prestação de todos os cuidados necessários às crianças sob a sua responsabilidade. Embora esta metodologia esteja de acordo com as recomendações, o rácio entre o número de enfermeiros e de crianças nem sempre era adequado. Por exemplo, no turno da manhã, o rácio recomendado é de um enfermeiro para três crianças (OE, 2018b), contudo, frequentemente verificava-se que um único enfermeiro era responsável por seis crianças. Esta distribuição condicionava o tempo para o enfermeiro investir na relação com a criança/adolescente e com os pais, principalmente quando era responsável por clientes com maior nível de complexidade de cuidados, o que coloca em causa a qualidade e segurança dos cuidados.

O serviço de internamento possui procedimentos definidos para as visitas às instalações, transfusão de hemoderivados, consentimento informado, bem como para a manipulação, armazenamento e transporte de leite, incluindo também diretrizes para os circuitos e áreas de trabalho. Como menos positivo, assinalo que não tem nenhum projeto que promova a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Serviço de Urgência Pediátrica

Nos serviços de urgência pediátrica são atendidos todos os utentes com idade até aos 17 anos e 364 dias (Despacho n.º 9871/2010). Está preconizado que, em todos os hospitais em que haja urgência pediátrica, exista também um serviço de internamento de pediatria, de forma a ser garantida a continuidade dos cuidados, caso seja necessário o internamento de alguma criança/adolescente admitido na urgência pediátrica, facto que se verifica no hospital em que decorreu o estágio.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, o atendimento neste serviço deve dar resposta a todas as patologias apresentadas pelas crianças, com exceção de situações inerentes ou decorrentes de gravidez, em que a resposta é dada na urgência obstétrica. No entanto, neste serviço onde realizei o estágio, a triagem da urgência obstétrica é efetuada no mesmo espaço e pelos mesmos profissionais da triagem da urgência pediátrica.

As urgências pediátricas devem estar organizadas de forma a ser possível comunicar permanentemente e referenciar crianças/adolescentes para outros serviços como: cuidados de saúde primários, unidades de cuidados intensivos pediátricos e várias áreas de especialidade

como cirurgia pediátrica, neurocirurgia, entre outras.

O estágio foi desenvolvido num serviço de urgência pediátrica integrado num hospital na região Norte de Portugal. Em termos de infraestrutura, o serviço inclui uma sala de triagem, duas salas de espera, uma sala de trabalho de enfermagem, quatro gabinetes médicos, uma sala para realização de aerossóis/nebulizações, uma área designada como "cantinho da amamentação", uma sala de emergência, e duas Unidades de Decisão Clínica (UDC), uma destinada a crianças e outra a adolescentes. A UDC dos adolescentes, devido ao espaço ser reduzido, apenas apresentava capacidade para quatro camas. Um aspeto negativo que condicionava a vigilância dos adolescentes na UDC era o facto de não existir nenhum balcão de enfermagem. O balcão situava-se na UDC das crianças, que não tem comunicação aberta com o espaço físico da UDC dos adolescentes. Também, a UDC das crianças era inadvertidamente utilizada como zona de passagem de diversos grupos profissionais para outras áreas do hospital, o que provocava ruído, não sendo facilitador para o sono das crianças que lá se encontravam, aumentando igualmente o risco de infeções.

Quanto aos recursos humanos, a equipa é composta por 11 EEESIP e quatro enfermeiros de cuidados gerais. Relativamente ao método de trabalho utilizado, era o de equipa. Em cada turno estavam sempre escalados três enfermeiros que eram distribuídos da seguinte forma: um na sala de triagem, um na UDC das crianças, e outro na UDC dos adolescentes e na sala de observação das restantes crianças, de acordo com as dotações seguras estabelecidas (OE, 2018b). No entanto, em vários turnos acontecia não haver nenhum adolescente na UDC, de forma que o enfermeiro que estava escalado para essa UDC colaborava com os restantes profissionais. Realço como positivo este método de trabalho, pois, apesar de existir uma distribuição por posto de trabalho, os três elementos do turno estavam em constante articulação e interajuda, de acordo com a carga de trabalho.

De acordo com o Regulamento nº 743/2019 da OE (OE, 2019b), a triagem deve ser feita pelos EEESIP, prática que foi observada durante o estágio. Neste serviço era utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM).

O STM constitui uma abordagem consolidada e eficaz utilizada nos serviços de emergência para avaliar a urgência médica dos utentes à chegada, aplicável também em contextos pediátricos. Este sistema estratifica os utentes segundo a gravidade dos sintomas apresentados e a urgência de intervenção médica em cinco níveis de prioridade, identificados por cores que indicam a rapidez necessária no atendimento. O vermelho para emergências imediatas; laranja para muito urgente; amarelo para urgente; verde para pouco urgente; e azul para não urgente (Ferreira & Baptista, 2024). Tal categorização é essencial para aprimorar a gestão do fluxo de utentes e otimizar a distribuição dos recursos disponíveis nas urgências, contribuindo significativamente para a eficiência operacional dos serviços de saúde.

No contexto pediátrico, o STM foi adaptado para refletir as necessidades específicas das

crianças, que muitas vezes apresentam sintomas e respostas a doenças diferentes dos adultos. Por exemplo, a febre na criança pode ser um indicador de algo mais grave do que num adulto, exigindo uma resposta mais rápida (Andrade et al., 2008). Os desafios na implementação do STM em pediatria incluem a necessidade de treino específico para os profissionais de saúde. A precisão da triagem pode impactar diretamente a eficácia dos tratamentos e a segurança dos utentes (Seiger et al., 2014). Estudos como o de Seiger et al. (2014) destacam a importância de um sistema de triagem bem-adaptado, para diferenciar casos críticos de não críticos, evitando congestionamentos desnecessários no serviço de urgência e garantindo a alocação de recursos de acordo com a necessidade.

Como aspetos menos positivos, menciono que no serviço de urgência pediátrica onde o estágio ocorreu, não existem procedimentos ou protocolos que sistematizem as recomendações para intervenções de enfermagem, nem projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Unidade de Neonatologia

Na unidade de neonatologia são admitidos recém-nascidos (RN), definindo-se como RN todo o indivíduo com menos de 28 dias de vida. O serviço presta igualmente assistência a todos os RN que, ultrapassada esta idade, requerem uma continuidade de cuidados neonatais específicos. Esta necessidade pode dever-se a complicações resultantes de nascimento prematuro, anomalias congénitas ou patologias adquiridas durante o período neonatal. Nas unidades de neonatologia prestam-se cuidados de saúde, intensivos ou intermédios aos RN, acolhendo e integrando a respetiva família (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017).

Os serviços de neonatologia devem estar localizados próximos do bloco de partos e, preferencialmente, do bloco operatório que o assiste. É recomendado que exista também uma articulação funcional próxima com o serviço de imagiologia. Recomenda-se que a unidade do utente para prestação de cuidados seja em espaços abertos, com incubadoras e/ou berços. No entanto, devem também existir unidades individuais para prestação de cuidados em isolamento. O serviço deve proporcionar unidades unifamiliares, para internamento conjunto da mãe e do RN (ACSS, 2017).

O estágio de neonatologia decorreu num hospital da região Norte de Portugal, tendo realizado turnos tanto nos cuidados intermédios neonatais como nos cuidados intensivos neonatais. O serviço que serviu de contexto para o estágio de neonatologia segue as diretrizes da ACSS, estando estrategicamente localizado próximo ao bloco de partos, serviço de obstetrícia e bloco operatório. Essa localização é crucial, pois, frequentemente, a avaliação e os cuidados iniciais da equipa de neonatologia ao RN começam no bloco de partos ou na enfermaria, antes da admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Como referido anteriormente, o serviço divide-se em duas alas: uma para cuidados intensivos e

outra para cuidados intermédios neonatais. Entre as alas, há uma área de descanso, higiene e alimentação para os pais.

A unidade de cuidados intensivos neonatais é constituída por 10 quartos, dos quais se destaca um quarto duplo, habitualmente destinado à hospitalização de gémeos, e dois quartos de isolamento equipados com sistemas de pressão negativa. Todos os quartos são delimitados por portas de vidro, permitindo a observação a partir do exterior, e encontram-se dotados de uma torre com rampas de fornecimento de oxigénio, ar comprimido e vácuo, monitor de sinais vitais, mesa de apoio e aquecedor de biberões. Cada quarto dispõe ainda de uma incubadora ou berço, um cadeirão, uma cadeira e um lavatório. Adjacente a esta área, existe uma zona fechada com vidro reservada à permanência dos pais, acessível durante as 24 horas, equipada com televisão, cadeirão e uma mesa.

Os RN são continuamente monitorizados em berços ou incubadoras com controlo de temperatura e humidade, e todos os quartos possuem um ressuscitador manual acessível. Os monitores de cada unidade possuem telemetria, permitindo a monitorização dos sinais vitais a partir de um ecrã localizado na área de trabalho de enfermagem. Esta área dispõe ainda de uma bancada equipada com material informático e armários destinados ao armazenamento de material clínico. Junto a esta zona, localiza-se uma sala reservada à preparação e armazenamento de medicação.

São admitidos nesta unidade RN prematuros e em estado crítico, que requerem cuidados intensivos e vigilância contínua, nomeadamente com recurso a ventilação invasiva, ventilação não invasiva (VNI) ou fototerapia intensiva. A admissão destes RN ocorre, na maioria dos casos, a partir da sala de partos, do serviço de obstetrícia ou por transferência de outras instituições hospitalares. Após estabilização clínica, particularmente do ponto de vista hemodinâmico, são transferidos para a unidade de cuidados intermédios neonatais.

A unidade de cuidados intermédios neonatais encontra-se estruturada num espaço aberto, com um total de 14 unidades de cuidados, embora apenas sete estejam atualmente operacionais, devido à limitação de recursos humanos. Cada unidade dispõe de uma incubadora ou berço, um cadeirão, uma torre com fornecimento de oxigénio, ar comprimido e vácuo, um monitor de sinais vitais, uma mesa de apoio e um aquecedor de biberões. A presença dos progenitores é autorizada em regime contínuo, sendo-lhes disponibilizado um cadeirão junto à unidade do seu filho.

A área de trabalho de enfermagem está centralmente localizada na unidade de cuidados intermédios neonatais, e dispõe de uma bancada com material informático, havendo uma sala adjacente com material clínico e medicação.

A equipa de enfermagem é composta por 41 enfermeiros, sendo 33 EEESIP. Cada turno conta com sete enfermeiros, em que cinco são distribuídos na unidade de cuidados intensivos

neonatais e dois na unidade de cuidados intermédios neonatais.

As dotações seguras de cuidados de enfermagem para o serviço de cuidados intensivos neonatais, de acordo com o Regulamento n.º 743/2019, estipulam que deve haver um enfermeiro para cada três clientes de nível I, dois clientes de nível II e um cliente de nível III (OE, 2019b). Recomenda também que pelo menos 50% da equipa seja composta por especialistas, preferencialmente EEESIP (OE, 2019b), o que é observado no serviço onde decorreu o estágio.

Como metodologia de trabalho, é utilizado o método individual, no qual um enfermeiro é totalmente responsável pela conceção e execução dos cuidados aos RN, que são distribuídos conforme a carga de trabalho.

O serviço destaca-se pela constante atualização nos cuidados ao RN e pela melhoria contínua das práticas. Durante o estágio foi possível observar a implementação de um projeto que visa aumentar a segurança na administração de leite materno.

Desde o início, o serviço incentiva a amamentação e a prática do método canguru pelos pais, para promover o vínculo entre pais e filho, que é afetado pelo internamento. A amamentação é essencial para o desenvolvimento saudável do RN, proporcionando os nutrientes necessários e fortalecendo o vínculo entre mãe e filho. O método canguru, que envolve contato pele a pele e a amamentação, é particularmente benéfico, pois estimula a autoeficácia da mãe na amamentação e aumenta as taxas de aleitamento materno exclusivo (Souza, 2021).

Cuidados de Saúde Primários

Em contexto de cuidados de saúde primários, o estágio decorreu maioritariamente numa UCC. No entanto, realizei três turnos numa USF, onde foi possível participar em consultas de saúde infantil. Ambas as unidades se encontram situadas na região Norte de Portugal.

De acordo com o Decreto-lei nº 28/2008, numa UCC são prestados cuidados de saúde e apoio psicológico e social, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional, assim como se intervém na educação para a saúde e na integração de redes de apoio à família. Estas unidades integram diversos grupos profissionais e atuam em proximidade com intervenções domiciliárias e comunitárias (OE, 2014).

Uma UCC tem como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Despacho n.º 10143/2009, p.15438). Desenvolve e implementa projetos de promoção de estilos de vida saudável ao nível dos diversos programas de saúde em parceria com outras instituições, cooperando assim para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

No que diz respeito à população em idade pediátrica a UCC, intervém “em programas no âmbito

da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade” (Despacho n.º 10143/2009, p.15440), como é exemplo o PNSE. No referido despacho consta ainda que tem como função “participar nas atividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens” (Despacho n.º 10143/2009, p.15440).

Relativamente aos recursos físicos a UCC, onde decorreu o estágio, é composta por seis gabinetes de enfermagem, um ginásio e uma sala para realização de reabilitação física e motora. A equipa de enfermagem é composta por nove enfermeiros, sendo um EEESIP, dois EEER, dois Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), três enfermeiros de cuidados gerais, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM) e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

No estágio na UCC, tive a oportunidade de intervir em projetos no âmbito do PNSE, realizar consultas a crianças com necessidades de saúde especiais (NSE) e reunir com o presidente da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) da área de abrangência da UCC.

Segundo as dotações seguras para os cuidados de enfermagem na saúde escolar (OE, 2018b), é necessário um EEESIP, EEESCP ou EEESMP para cada 1500 alunos saudáveis e um EEESIP para cada 150 alunos com NSE, o que se verificou na UCC onde decorreu o estágio.

Os programas para a parentalidade que incluem a alimentação, segurança, desenvolvimento infantil e massagem infantil, devem ser realizados por um EEESIP. No entanto, na UCC onde decorreu o estágio eram realizados pelo EEESMO. Esse assunto foi debatido com o enfermeiro tutor, que desconhecia essa recomendação. Na CPCJ, o elemento representante da saúde era um EEESM. A EEESIP era representante no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

A USF onde decorreu o estágio dispõe de três gabinetes de enfermagem, três gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala para vacinação e uma sala de espera.

A equipa da USF é constituída por dois EEESIP e uma enfermeira de cuidados gerais. Segundo as dotações seguras para os cuidados de enfermagem, é recomendado que cada USF tenha um EEESIP para cada 200 crianças (OE, 2018b), requisito cumprido pela USF onde o estágio foi realizado.

Atualmente, a USF está envolvida num projeto colaborativo com outra unidade, focado na capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV) pediátrico para pais e cuidadores. A unidade também segue o procedimento estabelecido para a consulta de saúde infantil, que abrange desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de vida.

3. CASO CLÍNICO 1 - ADOLESCENTE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Apresentação do Caso Clínico: A Maria é uma adolescente com 10 anos que deu entrada no serviço de urgência pediátrica por apresentar um quadro de tosse e rinorreia com início há uma semana, tendo também há um dia febre e sinais de dificuldade respiratória. É seguida em consulta de pediatria por apresentar asma e obesidade (tem prescrito plano alimentar). Tem como medicação habitual salbutamol prescrito em SOS. Na triagem apresentava tiragem global, adejo nasal, palidez e frequência respiratória de 75 ciclos por minuto. Após 24h no serviço de urgência sob oxigenoterapia deu entrada no serviço de internamento de pediatria. O primeiro contacto com a Maria ocorreu no turno da tarde, quando esta foi admitida no internamento. Trata-se do primeiro internamento da Maria por crise asmática.

3.1. Enquadramento teórico

Adolescência

A adolescência é um período do desenvolvimento humano que se inicia aos 10 anos de idade e se caracteriza pelo crescimento e desenvolvimento biológico (em que ocorrem alterações anatómicas e fisiológicas), cognitivo, psicológico (o adolescente começa a formar a sua identidade e a adquirir autonomia) e social (Barroso et al., 2017). É um período de transformações intensas que marcam a transição da infância para a vida adulta. Nessa fase, ocorrem mudanças físicas (puberdade) e emocionais significativas, influenciando diretamente o desenvolvimento da personalidade e o comportamento social do indivíduo (Santos et al., 2021, citados por Gracio et al., 2024)

O período da adolescência pode ser dividido em três fases: adolescência precoce, adolescência média e adolescência tardia. Na adolescência precoce, dos 10 aos 13 anos, há uma preocupação do adolescente com as alterações pubertárias; relaciona-se maioritariamente com indivíduos do mesmo sexo e sente necessidade de mais privacidade, comparativamente aos estádios de desenvolvimento anteriores (Freitas et al., 2017). A adolescência média, dos 14 aos 17 anos, é uma fase caracterizada por: conflitos familiares, devido ao desejo de independência do adolescente; maior preocupação do adolescente relativamente à sua imagem corporal, procurando a aceitação do grupo e tendo cuidados para se tornar mais atrativo; nesta fase muitos adolescentes iniciam a atividade sexual e por vezes adquirem também comportamentos

de risco com o grupo de pares (Freitas et al., 2017). Por último, na adolescência tardia, os adolescentes voltam a aceitar melhor os conselhos e valores dos pais e dão uma menor importância ao grupo de pares, valorizando relações mais íntimas (Freitas et al., 2017).

A puberdade envolve intensas alterações hormonais que desencadeiam o desenvolvimento da fertilidade, das características sexuais secundárias (como desenvolvimento mamário nas raparigas e alterações da voz nos rapazes) e o impulso do crescimento característico do adolescente. Importa realçar que há uma grande variabilidade individual no *timing* e ritmo da puberdade. Alguns adolescentes iniciam estas mudanças mais cedo ou mais tarde do que os seus pares, o que pode ter implicações significativas. Os que entram na puberdade muito cedo ou que passam por mudanças corporais muito rápidas, podem enfrentar dificuldades de adaptação às transformações físicas e maior exposição a riscos psicossociais, como *bullying* e pressão dos pares e, por outro lado, uma puberdade tardia pode afetar a autoestima e a integração social do adolescente, ao sentir-se “atrasado” em relação aos colegas (Kretzer et al., 2024).

Do ponto de vista psicossocial, Erik Erikson descreveu a adolescência como a etapa na qual o adolescente experimenta papéis sociais e valores para construir uma identidade própria (Erikson, 1980, citado por Zapert, 2024). As relações com os pares têm um papel significativo nesse processo, fornecendo apoio emocional, *feedback* social e oportunidades de autoexpressão e experimentação de papéis, e, ao mesmo tempo, a família passa por uma redefinição de papel pois, embora continue a ser importante, o grupo de amigos assume maior influência sobre o bem-estar e as decisões do adolescente nessa fase (Zapert, 2024).

A conformidade e similaridade entre pares servem para atender à forte necessidade do adolescente de pertença e aceitação pelo grupo. Os amigos próximos oferecem intimidade, suporte emocional e sentimento de pertença, fatores intimamente ligados à autoestima e à satisfação com a vida nessa faixa etária (Zapert, 2024).

Durante a adolescência, os pares adquirem um papel central na vida do indivíduo como fonte de apoio e orientação comportamental. Estudos recentes confirmam que a influência dos amigos está bastante presente nessa etapa, sendo capaz de moldar atitudes e comportamentos, quer sejam estes positivos ou negativos (Laursen & Veenstra, 2021). Por outro lado, a influência dos pares pode também se manifestar em pressões negativas ou comportamentos de risco compartilhados. A mesma necessidade de aceitação que promove semelhanças positivas pode levá-los a adotar condutas prejudiciais caso essas sejam valorizadas pelo grupo (Laursen & Veenstra, 2021).

Durante a adolescência decorre o processo crucial de formação da identidade. Construir uma identidade coerente e estável é considerado um dos principais objetivos do desenvolvimento nesta etapa. A partir do início da adolescência, os jovens questionam ativamente quem são e quem desejam ser. Este processo envolve explorar valores, crenças, preferências e papéis

sociais. O adolescente passa a refletir sobre o seu lugar na sociedade, os papéis que quer assumir no futuro (por exemplo, que profissão ou estilo de vida deseja) e os tipos de relacionamentos que pretende fomentar (Branje et al., 2021).

Os adolescentes procuram um sentimento de identidade e de imagem corporal. Consideram, por vezes, a asma como uma limitação destes aspetos e, se houver um período de tempo de melhoria de sintomas, podem abandonar o esquema terapêutico (Wilson, 2014a). Os enfermeiros têm então de explorar esta temática com os adolescentes, de forma a promover a adesão e a gestão do regime terapêutico.

Asma

A asma é uma doença inflamatória crónica, sendo a mais prevalente na idade pediátrica (Wilson, 2014a). É definida como uma patologia heterogénea que se caracteriza pela presença de inflamação crónica nas vias aéreas, broncoconstrição e reatividade brônquica excessiva, resultando na obstrução do fluxo aéreo (Johnson & Keogh, 2012; Leite, et al., 2017). São comuns episódios recorrentes de pieira, dispneia, opressão torácica e tosse, principalmente de noite e ao início da manhã (Wilson, 2014a). Clinicamente, também se pode manifestar através de sinais e sintomas tais como: sibilo expiratório, tosse crónica, dispneia, tosse não produtiva, taquipneia, dor no peito, irritabilidade, inquietação, uso de músculos auxiliares respiratórios e ortopneia (Johnson & Keogh, 2012; Leite et al., 2017). Para facilitar o uso da musculatura acessória da respiração, as crianças mais novas tendem a adotar a posição de sentada de tripé, enquanto as mais velhas adotam a posição de sentado direito com os braços debruçados e as mãos sobre a cama e a cadeira e os braços apoiados (Wilson, 2014a).

Aspetos importantes a considerar na asma são a ocorrência de broncoespasmo e obstrução. A constrição brônquica é considerada uma reação normal a estímulos externos. Contudo, nos indivíduos com asma é anormalmente grave e prejudica a função respiratória. Ocorre frequentemente hiperinsuflação, que permite manter as trocas gasosas e as vias aéreas permeáveis. Todavia, derivado disto, pode ocorrer hipoxemia uma vez que existe uma inadequada ventilação e perfusão, causando um aumento da pressão de dióxido de carbono e uma diminuição dos níveis de pressão parcial de oxigénio (Wilson, 2014a).

A frequência e gravidade dos sintomas variam de indivíduo para indivíduo, podendo de forma geral agravar com a atividade física e durante a noite. Esta sintomatologia recorrente causa, com frequência, alterações do sono, diminuição da atividade física e pode ocorrer ainda absentismo escolar. O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco potenciais para a asma e para a sua gravidade (Leite et al., 2017).

A terapêutica farmacológica é utilizada com o objetivo de prevenir e controlar os sintomas, reduzir a frequência e a gravidade das exacerbações e reverter a obstrução do fluxo aéreo. O

enfermeiro deve procurar perceber como é que a asma afeta as atividades de vida diárias do adolescente (Wilson, 2014a). Para o sucesso do tratamento é essencial educar e capacitar o adolescente e a família a reconhecer e a gerir a sintomatologia (Leite et al., 2017). Também, para a manutenção e prevenção de complicações, é importante a prática de exercícios respiratórios e de respiração controlada, para promover a respiração diafragmática, expansão lateral e maior mobilidade da parede torácica (Wilson, 2014a).

Obesidade

Durante a adolescência ocorre crescimento e desenvolvimento do adolescente e, por vezes, a alimentação, a nutrição e a prática de exercício físico do adolescente não é a mais adequada, podendo surgir obesidade (Stang & Bruening, 2014). A obesidade é uma doença crónica, que consiste no aumento do peso corporal devido à acumulação excessiva de gordura corporal relativamente à massa corporal magra, existindo também um desequilíbrio entre a energia consumida e a energia gasta pelo organismo, que pode ter por base fatores genéticos, socioeconómicos, biológicos, psicológicos e ambientais (Stang & Bruening, 2014; Linhares et al., 2016).

A obesidade é essencialmente provocada pela alimentação exceder de forma contínua as necessidades e os consumos calóricos, bem como pelo consumo de alimentos ricos em gorduras, carboidratos e doces. O facto de os adolescentes passarem mais tempo a ver televisão, no telemóvel ou no computador, faz com que tenham um estilo de vida mais sedentário, com a conseqüente diminuição da prática de exercício físico, contribuindo assim para o aumento do peso (Fernandes & Vargas, 2007, citados por Saraiva & Sousa, 2022). A incidência da obesidade infantil tem vindo a aumentar, principalmente na faixa etária dos 6 aos 11 anos (Linhares et al., 2016).

São diversas as conseqüências decorrentes da obesidade infantil, sendo exemplos destas a obesidade na idade adulta, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM) tipo II, dislipidemia, distúrbios respiratórios, baixa autoestima, diminuição do desempenho escolar, entre outras (Stang & Bruening, 2014).

Para o tratamento da obesidade é fundamental envolver a família do adolescente, de forma a ser capacitada para alterar fatores modificáveis, como os hábitos alimentares e de exercício físico, pois o tratamento inclui a alteração da dieta e a prática de exercício físico, sendo frequentemente também prescrito ao adolescente um plano alimentar, tendo em consideração as suas preferências alimentares. De forma geral, com este plano é pretendido diminuir o consumo de açúcar, reduzir a ingestão de gorduras e da quantidade de sal, mas também incentivar a ingestão de alimentos ricos em fibras através do aumento das porções de legumes e fruta nas refeições. O enfermeiro tem assim a necessidade de envolver a família neste

processo, transmitir informação sobre a doença, a sua causa e possíveis consequências e, posteriormente, promover a adoção de uma dieta saudável e estimular a prática de atividade física (Stang & Bruening, 2014).

Impacto da hospitalização no sono

O sono adequado é essencial para a recuperação física e mental dos indivíduos, especialmente das crianças e adolescentes que se encontram em fase de desenvolvimento. No entanto, a hospitalização costuma afetar negativamente a quantidade e qualidade do sono (Lundgren et al., 2020). Numa revisão de literatura, somente 4 dos 19 estudos avaliados relataram durações de sono dentro dos parâmetros recomendados para a idade pediátrica durante a hospitalização, tendo a maioria documentado privação substancial de sono neste contexto (Hybschmann et al., 2021). Um estudo observacional com crianças hospitalizadas, verificou que o tempo total médio de sono foi de 7,9 horas, com horário médio de adormecer por volta das 22:35h (variando individualmente das 20h até às 02:47h da manhã) (Cowherd et al., 2019). O mesmo estudo concluiu que as crianças internadas despertaram em média 2,2 vezes por noite, totalizando quase 1 hora acordadas durante a noite devido a interrupções do sono (Cowherd et al., 2019). Em consequência, a maioria das crianças/adolescentes internados não atinge a quantidade de horas de sono consideradas suficientes para a sua faixa etária (Burger et al., 2024).

Pais de crianças/adolescentes internados relatam que, comparado ao domicílio, os seus filhos apresentam pior qualidade de sono no hospital, com dificuldades em adormecer, despertares mais frequentes e duração total de sono reduzida durante o internamento (Burger et al., 2024). As crianças/adolescentes internados nos serviços de pediatria apresentam, em média, um défice de sono de duas horas por noite, em comparação com o número de horas de sono habitual no domicílio, relatado pelos pais, sendo que os efeitos do comprometimento do sono afetam a capacidade da criança/adolescente lidar com os desafios psicológicos que enfrenta por se encontrar hospitalizada (Stremmler et al., 2021).

O stresse de um evento de hospitalização gera dificuldades no sono das crianças/adolescentes (Mindell & Owens, 2015 citados por Papaconstantinou et al., 2018). O ambiente hospitalar é caracterizado por altos níveis de luz, ruído e interrupções frequentes dos profissionais de saúde para realizarem as suas intervenções (Stremmler et al., 2009 citado por Papaconstantinou et al., 2018). As interrupções frequentes do sono da criança/adolescente afetam de forma negativa a sua resposta imunológica, percepção da dor, regulação da glicose e a função neuroendócrina e dificultam a passagem por todos os estádios de sono (Stremmler et al., 2021). Deste modo, é importante coordenar as rotinas e cuidados de enfermagem de forma a minimizar interrupções desnecessárias durante a noite. Isto pode implicar agrupar intervenções, evitando acordar repetidamente a criança/adolescente várias vezes na mesma noite para diferentes intervenções isoladas, estabelecer horários de silêncio na enfermaria, bem como diminuir ruídos

e luzes no período noturno. Sempre que a condição clínica permitir, deve-se evitar intervenções entre a meia-noite e as seis horas da manhã, criando um intervalo para sono contínuo (Crous & North, 2021). A evidência sugere que os enfermeiros, em parceria com a equipa multiprofissional, conseguem ajustar a rotina do serviço para priorizar o descanso, por exemplo, restringindo visitas ou procedimentos não urgentes durante a noite e adequando horários de administração de fármacos, quando possível, evitando a sua administração durante a noite (Crous & North, 2021).

No hospital, a presença e o envolvimento dos pais nos cuidados são importantes para reduzir o stress da criança/adolescente. Sempre que possível, deve-se permitir que os pais participem no ritual de sono (por exemplo, estando ao lado da cama filho, respeitando as restrições necessárias). Os enfermeiros devem orientar os pais quanto à importância de manter, tanto quanto possível, aspetos da rotina que antecede a hora de ir dormir, que apresentam normalmente com os filhos no domicílio, pois essa continuidade oferece segurança à criança/adolescente, sendo assim a colaboração estreita dos enfermeiros com os pais indispensável para promover o sono das crianças/adolescentes em contexto hospitalar (Crous & North, 2021).

Os problemas de sono durante a hospitalização podem ter consequências na adaptação após a alta (Papaconstantinou et al., 2018), podendo gerar alterações comportamentais, incluindo ansiedade geral, apatia, isolamento e ansiedade relacionada ao sono. As dificuldades de sono após a alta podem persistir de quatro dias a três a cinco semanas (MacLaren & Kain, 2008). Neste sentido, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro para minimizar o impacto negativo da hospitalização no sono das crianças/adolescentes. A intervenção junto dos pais para a educação de práticas saudáveis para a promoção do sono é benéfica no internamento, e deve continuar após a alta (Papaconstantinou et al., 2018).

Transição

Neste caso clínico, a Maria está a vivenciar uma transição desenvolvimental, dada a sua etapa de desenvolvimento, a adolescência, e uma transição saúde/doença, devido à crise asmática. Estas transições caracterizam-se como apresentando um padrão múltiplo, simultâneo e não relacionado.

Relativamente à mãe da Maria, está a vivenciar uma transição desenvolvimental, devido ao desempenho do seu papel parental, sendo a hospitalização da filha um evento crítico no seu processo de transição, derivando assim a necessidade de adquirir conhecimentos e competências para dar resposta às necessidades especiais que atualmente a filha apresenta.

3.2. Clientes

Cliente

Adolescente | Idade: 10 anos | Feminino

Mãe/Pai

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Figura parental principal: mãe.

20-01-2025 18:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-20 18:00:00	Brometo de Ipratrópio, 80mcg (2 puffs) - via inalatória - 12h e 24h	
2025-01-20 18:00:00	Salbutamol, 600mcg (6 puffs) - via inalatória - 6h, 12h, 18h, 24h	
2025-01-20 18:00:00	Metilprednisolona 20mg - via endovenosa - 18h	
2025-01-20 18:00:00	Paracetamol 900mg - via endovenosa - SOS	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Brometo de Ipratrópio (Fonte de informação: Infarmed)

Grupo farmacológico: Antiasmáticos e broncodilatores agonistas adrenérgicos beta.

Indicação terapêutica na Maria: Usado como broncodilatador no controlo e prevenção da obstrução das vias respiratórias provocada pela asma.

Via de administração: Via inalatória com recurso a câmara expansora.

Cuidados a ter: A administração de brometo de ipratrópio deve ser efetuada com recurso a câmara expansora. Se inadvertidamente ocorrer fuga de medicação para os olhos, podem surgir complicações oculares como midríase, aumento da pressão intraocular, glaucoma de

ângulo estreito e dor ocular.

Efeitos adversos: Os efeitos adversos mais frequentes são: cefaleias, garganta irritada, tosse, boca seca, perturbações da motilidade gastrointestinal (incluindo obstipação, diarreia e vômitos), náuseas e tonturas. A nível cardiovascular pode ocorrer taquicardia.

Salbutamol (Fonte de informação: Infarmed)

Grupo farmacológico: Antiasmáticos e broncodilatores agonistas adrenérgicos beta

Indicação terapêutica na Maria: O salbutamol provoca broncodilatação num curto espaço de tempo (quatro horas) com rápido início de ação (dentro de cinco minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias devido à asma. Desta forma, está indicado para: o tratamento prolongado no alívio e prevenção dos sintomas asmáticos; alívio dos sintomas e prevenção de situações reconhecidas pelo doente como desencadeadoras de crise asmática; e como terapêutica de urgência na asma.

Via de administração: Via inalatória com recurso a câmara expansora.

Cuidados a ter: Tratando-se de um broncodilatador de ação rápida, quando prescrito à mesma hora que o brometo de ipratrópio, o salbutamol deve ser administrado primeiro.

Efeitos adversos: Os efeitos adversos mais frequentemente relatados são tremores, cefaleias, e taquicardia.

Considerações sobre a via de administração inalatória tendo em conta a prescrição de brometo de ipratrópio e salbutamol:

A via inalatória é a via de eleição para administração de terapêutica para o tratamento de doenças respiratórias, tendo surgido fármacos e dispositivos de administração ajustados às necessidades e características individuais dos doentes com esta problemática. Estes dispositivos têm como objetivo a disposição do fármaco nas vias aéreas inferiores de forma a serem obtidos os efeitos terapêuticos esperados. O uso de câmaras expansoras é comum em idade pediátrica, sendo dispositivos simples e usados como primeira opção para a administração de terapêutica inalatória. De um modo geral, as câmaras expansoras são constituídas por uma câmara, um bucal ou máscara facial e válvulas inspiratórias e expiratórias (Aguiar et al., 2017).

Para administração de terapêutica inalatória por câmara expansora é recomendado que o adolescente esteja em pé, sentado ou semissentado. O frasco do inalador deve ser aquecido à temperatura corporal e deve ser agitado durante cinco segundos antes de se adaptar o mesmo à câmara expansora. O adolescente deve efetuar uma expiração lenta e adaptar a máscara à face, tendo em conta que as narinas têm de ficar também ocluídas. É administrada

a medicação, ficando com a máscara durante 10 segundos. Para uma segunda inalação tem de se aguardar 30 segundos e repetir novamente o processo. No final, deve lavar a cavidade bucal e a face. A câmara expansora deve ser desmontada para higienização uma vez por semana e a máscara facial após cada utilização (Aguiar et al., 2017).

Metilprednisolona (Fonte de informação: Infarmed)

Grupo farmacológico: Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas. Corticosteroides. Glucocorticoides.

Indicação terapêutica na Maria: Asma.

Via de administração: Endovenosa.

Cuidados a ter: Os corticosteroides podem aumentar a suscetibilidade às infeções, podem mascarar alguns sinais de infeção, podendo surgir novas infeções durante a sua utilização. Doses farmacológicas de corticosteroides administradas por longos períodos de tempo podem resultar em supressão hipotalâmica-pituitária-suprarrenal (insuficiência adrenocortical secundária). Os corticosteroides, incluindo a metilprednisolona, podem aumentar a glucose sanguínea, agravar diabetes pré-existente, e predispor os indivíduos em terapêutica de longa duração com corticosteroides a DM.

Efeitos adversos: Durante o tratamento com corticosteroides podem ocorrer alterações psíquicas desde euforia, insónia, alterações do humor, alterações da personalidade e depressão grave a manifestações claramente psicóticas. Os efeitos adversos incluem ainda infeção, síndrome de Cushing, retenção de sódio e fluídos e hipertensão.

Paracetamol (Fonte de informação: Infarmed)

Grupo farmacológico: Analgésicos e antipiréticos.

Indicação terapêutica na Maria: Febre.

Via de administração: Via endovenosa com recurso a bomba digital de infusão, com um tempo de administração de 30 minutos.

Cuidados a ter: Monitorizar a temperatura corporal antes de administrar a medicação, e, após a administração, verificar se surtiu efeito.

Efeitos adversos: Ansiedade, cefaleias, fadiga, hepatotoxicidade, hipertensão/hipotensão ortostática, insónia, náuseas/vómitos.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Oxigenoterapia

20-01-2025 18:00 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

21-01-2025 18:15 - Débito de oxigénio: 0.50 L/min.

20-01-2025 18:00 - Assegurar oxigenoterapia

20-01-2025 18:00 - Manter oxigenoterapia

Sondas, Drenos e Cateteres

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Sonda de oxigénio

20-01-2025 18:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

20-01-2025 18:00 - Assegurar funcionamento da sonda

20-01-2025 18:00 - Otimizar sonda de oxigénio [Agora / SOS]

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental especial: medidas de otimização da sonda de oxigénio

20-01-2025 18:00 - Capacidade da mãe/pai para otimizar sonda de oxigénio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para otimizar sonda de oxigénio [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Capacidade da mãe/pai para otimizar sonda de oxigénio: facilitadora [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Instruir mãe/pai a otimizar sonda de oxigénio [Agora] [FIM]

21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Treinar mãe/pai a otimizar sonda de oxigénio [Agora] [FIM]

21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão a medidas de otimização da sonda de oxigénio [No dia seguinte]

21-01-2025 18:15 - A mãe/pai adota comportamentos de otimização da sonda de oxigénio de acordo com a recomendação.

20-01-2025 18:00 - Cateter venoso periférico

20-01-2025 18:00 - Localização do cateter venoso periférico

20-01-2025 18:00 - Mão Direita(o)

20-01-2025 18:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico de calibre 24G.

20-01-2025 18:00 - Presença de dor.

20-01-2025 18:00 - Ausência de calor.

20-01-2025 18:00 - Ausência de rubor.

20-01-2025 18:00 - Presença de tumefação.

20-01-2025 18:00 - Ausência de exsudado.

20-01-2025 18:00 - Ausência de infiltração.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

20-01-2025 18:00 - Assegurar funcionamento do cateter

20-01-2025 18:00 - Otimizar cateter venoso periférico [1x/dia e antes de administrar medicação endovenosa]

20-01-2025 18:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Localização do cateter venoso periférico

21-01-2025 18:15 - Mão Esquerda(o)

21-01-2025 18:15 - Ausência de dor.

21-01-2025 18:15 - Ausência de calor.

21-01-2025 18:15 - Ausência de rubor.

21-01-2025 18:15 - Ausência de tumefação.

21-01-2025 18:15 - Ausência de exsudado.

21-01-2025 18:15 - Ausência de infiltração.

20-01-2025 18:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

20-01-2025 18:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [1x/dia]

20-01-2025 18:00 - Trocar cateter venoso periférico [Agora / SOS]

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

Oxigenoterapia e sonda de oxigénio

A oxigenoterapia consiste na inalação de oxigénio, a uma pressão maior que a do ar ambiente, facilitando as trocas gasosas e reduzindo o esforço respiratório (Camargo et al., 2008). Não é prescrita por enfermeiros, mas são estes profissionais que têm um papel importante na sua administração e na sua gestão, de acordo com avaliação clínica do utente. A oxigenoterapia tem como objetivo o alívio sintomático da dispneia, estando recomendada quando o utente tem saturação de oxigénio abaixo de 89% a ar ambiente e em repouso (Cordieiro & Menoita, 2012 citados por Costa, 2016). Assim, com a oxigenoterapia pretende-se conseguir obter saturações de oxigénio de pelo menos 90%. Não trata a causa da hipoxemia,

mas contribui para a diminuição da sobrecarga cardiopulmonar (Hoeman, 2011 citado por Costa, 2016). O oxímetro permite monitorizar de forma contínua a saturação de oxigénio, facilitando assim ao enfermeiro a gestão da oxigenoterapia.

O oxigénio é essencial para a vida, no entanto, quando administrado de forma indevida, pode ser tóxico. A sua toxicidade depende de fatores como a pressão absoluta de oxigénio administrado e a sua duração (Camargo et al., 2008). Os efeitos adversos mais descritos na literatura são: retinopatia, alterações pulmonares como atelectasia, hemorragia e edema (Pierantoni & Cabral, 2001). A traqueobronquite, depressão da atividade mucociliar, náuseas, anorexia e cefaleias resultam também da toxicidade, mas são reversíveis com a suspensão da administração de oxigenoterapia (Camargo et al., 2008). Assim, a oxigenoterapia deve ser um recurso a utilizar pelo tempo mínimo necessário (Wilson, 2014b).

A sonda de oxigénio pode deslocar-se facilmente, pelo que é importante vigiar periodicamente se esta se encontra bem colocada. Pode provocar úlceras de pressão na narina, pelo que é importante vigiar a existências destes sinais e manter a pele hidratada.

Cateter venoso periférico (CVP)

O uso de CVP é bastante frequente em contexto hospitalar para administração de terapêutica endovenosa. A escolha do tipo de CVP depende do seu propósito, local de inserção, características do utente e da indicação médica. A presença de CVP potencia o risco de infeção, tendo aqui o enfermeiro um papel fundamental na sua prevenção, pois as infeções podem resultar de um procedimento ou técnica incorreta, bem como de uma lacuna na vigilância, manutenção e otimização do cateter. As complicações mais frequentes associadas ao CVP são a flebite, disseminação microbiana, complicações locais detetadas através da presença de hematoma, infiltração, extravasamento e obstrução do CVP. Para reduzir o número de complicações, é recomendado uma correta higienização das mãos, desinfeção da pele, uma boa técnica de cateterismo venoso, escolha apropriada do local anatómico, estabilização correta do cateter e vigilância (Ferreira, 2023).

De acordo com O'Grady et al. (2012), citado pela OE (2017a), é recomendado que, na população pediátrica, o CVP seja substituído quando se verificarem indicações clínicas para tal, sendo, por isso, essencial a monitorização diária de sinais de sensibilidade e/ou infeção no local de inserção do CVP. Para facilitar esta monitorização devem ser utilizados pensos de fixação com película transparente semipermeável. Os sinais inflamatórios mais frequentemente detetados no local de inserção do cateter são calor, dor, rubor, eritema, tumefação à palpação, sinais de compromisso vascular, de exteriorização ou de mau funcionamento do CVP (Ferreira, 2023).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-01-2025 18:00	Consciência	
20-01-2025 18:00	Apetite	
20-01-2025 18:00	Sistema respiratório	
20-01-2025 18:00	Sistema cardiovascular	
20-01-2025 18:00	Eliminação intestinal	
20-01-2025 18:00	Eliminação urinária	
20-01-2025 18:00	Termorregulação	
20-01-2025 18:00	Sono	
20-01-2025 18:00	Virar-se	
20-01-2025 18:00	Erguer-se	
20-01-2025 18:00	Transferir-se	
20-01-2025 18:00	Sentar-se	
20-01-2025 18:00	Cuidar da higiene pessoal	
20-01-2025 18:00	Vestir-se ou despir-se	
20-01-2025 18:00	Andar	
20-01-2025 18:00	Alimentar-se	
20-01-2025 18:00	Autogestão do regime medicamentoso	
20-01-2025 18:00	Padrão alimentar	
20-01-2025 18:00	Desenvolvimento psicomotor	
20-01-2025 18:00	Desenvolvimento físico	
20-01-2025 18:00	Adolescência	
20-01-2025 18:00	Atitudes terapêuticas	
20-01-2025 18:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
20-01-2025 18:00	Sensações somáticas	

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

Sistema respiratório

A ventilação é um processo do sistema respiratório que consiste em "deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória" (ICN, 2019, p.138). A dispneia, diz respeito ao "movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade" (ICN, 2019, p.44), sendo a dispneia indicativa de que o processo do sistema respiratório está comprometido.

A Maria foi admitida no internamento de pediatria por crise asmática. Tendo em conta este diagnóstico médico, é necessário avaliar sinais e sintomas de compromisso do sistema respiratório e monitorizar continuamente a saturação de oxigénio, para se obterem

dados de forma a confirmar ou negar diagnósticos de enfermagem como ventilação comprometida e dispneia.

Termorregulação

A termorregulação é um "processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal" (ICN, 2019, p.134).

A asma está associada a um processo inflamatório e a Maria há cerca de 48h que apresenta picos febris. Tem paracetamol prescrito em SOS se apresentar febre. Deste modo, é importante determinar a evolução da temperatura para também ser possível gerir a medicação que tem prescrita em SOS.

Sono

O sono é um "processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos" (ICN, 2019, p.127).

Os sintomas da asma têm influência na qualidade e duração do sono, como explicado anteriormente. O próprio evento de hospitalização gera stress e os ruídos, a luminosidade, as constantes interrupções por parte dos profissionais para realizarem intervenções podem também condicionar o sono. A Maria apresenta-se cansada, sendo importante colher dados para verificar se apresenta ou não compromisso no sono.

Adolescência

A Maria tem 10 anos, pelo que a fase de desenvolvimento em que se encontra é a adolescência. Apesar de estar hospitalizada, é necessário continuar a promover o desenvolvimento da Maria tendo em conta as características do estágio de desenvolvimento em que se encontra, daí a pertinência da escolha deste domínio. Também, torna-se relevante esta escolha de forma a ser possível avaliar o processo adaptativo do papel parental da mãe da Maria face às necessidades inerentes ao ciclo vital da filha.

Sistema cardiovascular

O compromisso no sistema respiratório tem influência no sistema cardiovascular. A Maria tem

prescrita medicação que, como efeito secundário frequente, provoca taquicardia. Tendo estes aspetos em consideração, é necessário verificar se a Maria apresenta atualmente algum compromisso no sistema cardiovascular e avaliar a evolução ao longo do internamento para detetar precocemente alterações.

Eliminação intestinal e eliminação urinária

Devido a estar hospitalizada e à sua condição de saúde, a Maria apresenta o seu padrão de atividade e alimentação alterados, o que pode provocar alterações no seu padrão habitual de eliminação. Deste modo, é importante determinar a evolução do padrão de eliminação intestinal e urinária de forma a detetar precocemente possíveis alterações.

Apetite

O apetite é a "sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos" (ICN, 2019, p.7).

Sem as suas habituais atividades de vida diárias e estando em contexto hospitalar, a Maria pode ter alterações no apetite, sendo assim importante determinar a evolução do mesmo.

Autogestão do regime medicamentoso

A Maria tem prescrita terapêutica inalatória que terá também de cumprir após a alta. Torna-se, assim, fundamental, avaliar o conhecimento da Maria relativamente à gestão do regime medicamentoso e torná-la capaz de gerir o mesmo no domicílio com a supervisão dos pais.

Consciência

A consciência é a "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (ICN, 2019, p.33).

A Maria tem compromisso do sistema respiratório, estando atualmente a necessitar de oxigenoterapia. A falta de oxigénio provoca alterações no estado de consciência, pelo que é importante determinar a evolução da mesma para detetar precocemente possíveis alterações.

Autocuidados (Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Andar; Alimentar-se)

O autocuidado é uma "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se

manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária" (ICN, 2019, p.12).

O compromisso no sistema respiratório interfere no autocuidado da Maria. Ao estar sob oxigenoterapia e por apresentar dispneia em esforço pode ter compromisso nos autocuidados, sendo assim importante avaliar os mesmos.

Padrão alimentar

A hospitalização pode ter impacto no padrão alimentar. Além disso, a Maria apresenta obesidade, sendo importante colher dados para a avaliar se tem conhecimento e capacidade para gerir o regime dietético, bem como os seus pais.

Sensações somáticas - Dor

A dor é definida como "perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (ICN, 2019, p.46).

Sendo a dor o quinto sinal vital e uma vez que, durante o internamento, devido à sua condição de saúde e procedimentos invasivos a Maria pode apresentar dor, é importante avaliar a evolução do mesma de forma a implementar intervenções para promover o conforto e bem-estar da Maria.

Desenvolvimento psicomotor e Desenvolvimento físico

A hospitalização constitui um período particularmente gerador de stress e ansiedade, podendo interferir no processo de desenvolvimento normativo. Desta forma, importa a seleção destes domínios de modo a avaliar o impacto da hospitalização no desenvolvimento da Maria.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Consciente.

20-01-2025 18:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Consciente.

Sensações somáticas

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Sem manifestação de dor.

20-01-2025 18:00 - Determinar sinais de dor

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1x/turno ou SOS]

21-01-2025 18:15 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Apetite

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

20-01-2025 18:00 - Apetite conservado.

20-01-2025 18:00 - Paladar conservado.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Ingeriu a totalidade das refeições.

Sistema respiratório

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

20-01-2025 18:00 - Ritmo respiratório regular.

20-01-2025 18:00 - Movimento respiratório simétrico.

20-01-2025 18:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas.

20-01-2025 18:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

20-01-2025 18:00 - Sem adejo nasal.

20-01-2025 18:00 - Saturação do oxigénio no sangue

20-01-2025 18:00 - Periférico(a): 96 %.

20-01-2025 18:00 - Coloração da mucosa: rosada.

20-01-2025 18:00 - Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

20-01-2025 18:00 - Reflexo da tosse: presente.

20-01-2025 18:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

20-01-2025 18:00 - Sons respiratórios: normais.

20-01-2025 18:00 - Secreções em pequena quantidade.

20-01-2025 18:00 - Secreções normais.

20-01-2025 18:00 - Secreções esbranquiçadas.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Sons respiratórios: normais.

21-01-2025 18:15 - Secreções esbranquiçadas.

21-01-2025 18:15 - Secreções normais [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Secreções em pequena quantidade.

20-01-2025 18:00 - Dispneia [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da dispneia [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da dispneia [1x/turno ou SOS] [FIM]

21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

21-01-2025 18:15 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

21-01-2025 18:15 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

21-01-2025 18:15 - Não comunica falta de ar [MELHOROU].

21-01-2025 18:15 - Coloração da mucosa: rosada.

20-01-2025 18:00 - Melhorar ventilação [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Agora / SOS] [FIM]

21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Promover autocontrolo: dispneia [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia [1x/turno ou SOS] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Adota comportamentos de autocontrolo da dispneia.

21-01-2025 18:15 - Refere satisfação com o autocontrolo da dispneia.

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental especial: gestão da dispneia

[FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Capacidade da mãe/pai para otimizar a ventilação

20-01-2025 18:00 - Capacidade da mãe/pai para otimizar a ventilação: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção dos episódios de dispneia [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de dispneia [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de dispneia: facilitador [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção das crises de dispneia [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar a ventilação [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para otimizar a ventilação [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Capacidade da mãe/pai para otimizar a ventilação

21-01-2025 18:15 - Capacidade da mãe/pai para otimizar a ventilação: facilitadora [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Instruir mãe/pai a otimizar a ventilação através de posicionamento [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Treinar mãe/pai a otimizar a ventilação através de posicionamento [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dispneia [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da dispneia.

Sistema cardiovascular

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Localização do Pulso

20-01-2025 18:00 - Antebraço Esquerda(o)

20-01-2025 18:00 - Frequência do pulso: 90 pulsações por minuto.

20-01-2025 18:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

20-01-2025 18:00 - Pulso rítmico.

20-01-2025 18:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-01-2025 18:00 - Membro superior Esquerda(o)

20-01-2025 18:00 - Pressão sanguínea sistólica: 105 mmHg.

20-01-2025 18:00 - Pressão sanguínea diastólica: 51 mmHg.

20-01-2025 18:00 - Temperatura das extremidades

20-01-2025 18:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

20-01-2025 18:00 - Coloração das extremidades

20-01-2025 18:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

20-01-2025 18:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Localização do Pulso

21-01-2025 18:15 - Antebraço Esquerda(o)

21-01-2025 18:15 - Pulso rítmico.

21-01-2025 18:15 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/turno]

21-01-2025 18:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

21-01-2025 18:15 - Membro superior Esquerda(o)

21-01-2025 18:15 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.

21-01-2025 18:15 - Pressão sanguínea diastólica: 59 mmHg.

Eliminação intestinal

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Ausência de dejeções.

20-01-2025 18:00 - Número de defecações por semana: 5.

20-01-2025 18:00 - Expulsão controlada de fezes.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal*20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x/turno]*

21-01-2025 18:15 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [PIOROU].

Eliminação urinária

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Urina em moderada quantidade.

20-01-2025 18:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

20-01-2025 18:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

20-01-2025 18:00 - Transparência da urina: Límpida.

20-01-2025 18:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

20-01-2025 18:00 - Reconhece a vontade de urinar.

20-01-2025 18:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da eliminação urinária*20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x/turno]*

21-01-2025 18:15 - Urina em moderada quantidade.

21-01-2025 18:15 - Cor da urina: amarelo-palha.

21-01-2025 18:15 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Termorregulação

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Temperatura corporal periférica

20-01-2025 18:00 - Ouvido: 36.20 °C.

20-01-2025 18:00 - Determinar evolução da temperatura corporal*20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/turno ou SOS]*

21-01-2025 18:15 - Temperatura corporal periférica

21-01-2025 18:15 - Ouvido: 36.50 °C.

Sono

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Dormiu por períodos curtos.

20-01-2025 18:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

20-01-2025 18:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15**20-01-2025 18:00 - Determinar evolução do sono***20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do sono [No final do turno da noite]*

21-01-2025 18:15 - Dormiu por períodos longos.

21-01-2025 18:15 - Sono reparador [MELHOROU].

21-01-2025 18:15 - Número (médio) de horas de sono noturno: 9 Hora.

20-01-2025 18:00 - Melhorar sono [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Agora] [FIM]
21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono [FIM]
21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

20-01-2025 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Ensinar sobre padrão de sono [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Adota estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

21-01-2025 18:15 - Refere satisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono.

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono: facilitador [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre padrão de sono/repouso [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de promoção do sono [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - A mãe/pai adota estratégias promotoras do sono de

acordo com a recomendação.

Virar-se

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de mudar de posição na cama

20-01-2025 18:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

20-01-2025 18:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

20-01-2025 18:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

20-01-2025 18:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

20-01-2025 18:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

20-01-2025 18:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Cuidar da higiene pessoal

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Lava a cavidade oral.

20-01-2025 18:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

20-01-2025 18:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

Vestir-se ou despir-se

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de vestir-se

20-01-2025 18:00 - Veste todas as peças de roupa.

20-01-2025 18:00 - Capaz de abotoar-se

20-01-2025 18:00 - Abotoa.

20-01-2025 18:00 - Capaz de calçar meias

20-01-2025 18:00 - Calça as meias.

Andar

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de mover-se através da marcha

20-01-2025 18:00 - marcha sem limitações.

Alimentar-se

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

20-01-2025 18:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Autogestão do regime medicamentoso

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

20-01-2025 18:00 - Não administra a medicação pela via adequada.

20-01-2025 18:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

20-01-2025 18:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

20-01-2025 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

20-01-2025 18:00 - Dispositivo: Inalador - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

20-01-2025 18:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

21-01-2025 18:15 - Dispositivo: Inalador - facilitadora [MELHOROU].

20-01-2025 18:00 - Instruir a administrar medicação [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Treinar a administrar medicação [Agora] [FIM] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [No dia seguinte]

21-01-2025 18:15 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

21-01-2025 18:15 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental especial: gestão do regime medicamentoso

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Capacidade da mãe/pai para gerir regime medicamentoso

20-01-2025 18:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao regime medicamentoso: não dificultador.

20-01-2025 18:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para gerir regime medicamentoso [No dia seguinte] [FIM] 21-01-2025 18:15

21-01-2025 18:15 - Capacidade da mãe/pai para gerir regime medicamentoso

21-01-2025 18:15 - Dispositivo: Inalador - facilitadora.

20-01-2025 18:00 - Instruir mãe/pai a administrar medicação [Agora] [FIM]

21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - Treinar mãe/pai a administrar medicação [Agora] [FIM]

21-01-2025 18:15

20-01-2025 18:00 - *Avaliar evolução do papel parental especial: gestão do regime medicamentoso [No dia seguinte]*

21-01-2025 18:15 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Número de refeições diárias: 6.

20-01-2025 18:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

20-01-2025 18:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

20-01-2025 18:00 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

20-01-2025 18:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

20-01-2025 18:00 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

20-01-2025 18:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

20-01-2025 18:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

20-01-2025 18:00 - Autogestão do regime dietético

20-01-2025 18:00 - Promover autogestão: regime dietético

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

21-01-2025 18:15 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-01-2025 18:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

21-01-2025 18:15 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora [MANTEVE].

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

21-01-2025 18:15 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

21-01-2025 18:15 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Após informoterapia sobre gestão do regime dietético]*

21-01-2025 18:15 - *Ensinar sobre regime dietético*

20-01-2025 18:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Após informoterapia sobre autogestão do regime dietético]*

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental especial: gestão do regime dietético

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

21-01-2025 18:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao regime dietético: não dificultador.

21-01-2025 18:15 - Significado atribuído pela mãe/pai ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

21-01-2025 18:15 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

21-01-2025 18:15 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime dietético [Após informoterapia sobre gestão do regime dietético]

21-01-2025 18:15 - Ensinar mãe/pai sobre regime dietético

20-01-2025 18:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão do regime dietético [Após informoterapia sobre gestão do regime dietético]

21-01-2025 18:15

Desenvolvimento psicomotor

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento psicoafetivo e da socialização: sem sinais de alarme.

20-01-2025 18:00 - Desenvolvimento infantil

Desenvolvimento físico

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Peso: 65.00 Kg.

20-01-2025 18:00 - Percentil do peso: P(999).

20-01-2025 18:00 - Comprimento/Altura: 147.00 cm.

20-01-2025 18:00 - Percentil do comprimento: P(90).

20-01-2025 18:00 - Índice de massa corporal: 30.08 Kg/m².

20-01-2025 18:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(999).

20-01-2025 18:00 - Crescimento

Adolescência

20-01-2025 18:00

20-01-2025 18:00 - Adolescência

20-01-2025 18:00 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene e conforto

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre higiene pessoal: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre higiene oral: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Capacidade para cuidar da higiene oral: facilitadora.

20-01-2025 18:00 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: vigilância e promoção da saúde

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído à vacinação: não dificultador.

20-01-2025 18:00 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: desenvolvimento infantil-juvenil

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre desenvolvimento infantil-juvenil: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre adaptação ao desenvolvimento infantil-juvenil: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Conhecimento sobre autonomia: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral do adolescente: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do adolescente: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

20-01-2025 18:00 - Promover papel parental desenvolvimental: progressão da autonomia

20-01-2025 18:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre autonomia do adolescente: facilitador.

20-01-2025 18:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à promoção da autonomia do adolescente: não dificultador.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre padrão de sono

- Explicar à Maria que deve dormir 9 a 11 horas por noite.

Posicionar para otimizar a ventilação

- Posicionar a Maria sempre que estiver no leito com a cabeceira da cama elevada.

Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia

- Explicar à Maria a importância de ter a cabeceira da cama elevada quando se encontra no leito.
- Explicar à Maria a relação entre a atividade física e a dispneia.

Instruir a administrar medicação

- Demonstrar à Maria como se administra a medicação inalatória com recurso a câmara expansora.

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

- Questionar a Maria sobre o que é a dispneia.
- Questionar a Maria se a atividade física é um fator agravante da dispneia.
- Questionar a Maria como se deve posicionar para melhorar a dispneia.
- Questionar a Maria sobre que atividades deve evitar para prevenir episódios de dispneia.

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Explicar à Maria que o não ter um número de horas de sono suficientes por noite pode levar ao aparecimento de complicações tais como: cansaço, sonolência durante o dia, irritabilidade, alterações repentinas de humor, perda de memórias de factos recentes, lentidão de raciocínio, desatenção e dificuldades de concentração.

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Explicar à Maria a importância de ter uma rotina antes da hora de ir dormir.
- Explicar à Maria que não deve ingerir alimentos nem bebidas estimulantes próximo da hora de dormir.
- Explicar à Maria que não deve estar no telemóvel nem ver televisão próximo da hora de dormir.
- Explicar à Maria que na hora de dormir deve estar num ambiente calmo, confortável e com o mínimo possível de luminosidade.

Treinar a administrar medicação

- Solicitar à Maria que verbalize o processo de administração de medicação inalatória com recurso a câmara expansora.
- Solicitar à Maria que demonstre como se administra medicação inalatória com recurso a câmara expansora.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Minimizar ruídos.
- Minimizar exposição à luminosidade na hora de dormir.
- Agrupar as intervenções de forma a evitar acordar a Maria várias vezes durante a noite.

Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para gerir regime medicamentoso

- Questionar a mãe sobre técnica de administração da medicação com recurso a câmara expansora.

Otimizar sonda de oxigénio

- Verificar se a sonda de oxigénio está colocada corretamente.
- Verificar se estão presentes sinais de pressão na narina devido à presença da sonda.

Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono

- Questionar a Maria sobre o número de horas de sono recomendadas para a sua faixa etária.
- Questionar a Maria sobre consequências do número de horas insuficientes de sono.
- Questionar a Maria sobre atividades que podem condicionar/atrasar o sono.
- Solicitar que a Maria identifique estratégias promotoras do sono saudável.

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dispneia

- Questionar a mãe sobre cuidados a ter para evitar episódios de dispneia.
- Questionar a mãe sobre elevação da cabeceira da cama quando a Maria está no leito.

Avaliar evolução do autocontrolo da dispneia

- Verificar se a Maria se posiciona na cama corretamente com a cabeceira elevada.
- Verificar se a Maria evita esforço físico de intensidade moderada.

Ensinar sobre regime dietético

- Explicar à Maria os princípios de uma alimentação saudável.
- Explicar à Maria a importância de cumprir o plano alimentar que tem prescrito.

Ensinar mãe/pai sobre regime dietético

- Explicar à mãe os princípios de uma alimentação saudável.
- Explicar à mãe a importância da Maria cumprir o plano alimentar que tem prescrito.

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

- Questionar a Maria sobre os princípios de uma alimentação saudável.
- Questionar a Maria sobre a importância de cumprir o plano alimentar que tem prescrito.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime dietético

- Questionar a mãe sobre os princípios de uma alimentação saudável para a faixa etária da Maria.
- Questionar a mãe sobre como está organizado o plano nutricional da Maria.

3.8. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa ao caso está organizada da seguinte forma: definição de prioridades, apresentação dos dados que foram considerados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar", apresentação dos resultados esperados face aos diagnósticos formulados, apresentação do contributo das intervenções face aos objetivos, a definição do momento de avaliação do objetivo final e, por último, a parceria de cuidados estabelecida.

Prioridades

O meu primeiro contacto com a Maria ocorreu quando foi admitida no serviço de internamento de pediatria. Efetuei a receção no internamento e a avaliação inicial, identificando os domínios que considere relevantes para caracterizar a condição de doença e o papel parental desenvolvimental e especial da mãe. Neste primeiro contacto, considere oportuno intervir nos aspetos relacionados com dispneia, gestão do regime terapêutico e sono. A dispneia é o motivo do internamento da Maria, sendo assim claramente uma prioridade intervir de forma a contribuir

para a ausência de compromisso. Assim, efetuei intervenções do tipo ensinar à Maria e promovi o papel parental especial da mãe relativamente a estes aspetos. Como de seguida era a hora de administrar a medicação e identifiquei que tanto a Maria como a mãe apresentavam dificuldade na administração da terapêutica com recurso a câmara expansora, considerei o momento oportuno para as capacitar, uma vez que a Maria tem também prescrito no domicílio medicação em SOS por esta via. Pretendi também com a esta minha intervenção promover a sua autonomia da Maria. A Maria apresentava-se cansada, verbalizou que na noite anterior que passou no serviço de urgência teve muita dificuldade em adormecer e dormiu por curtos períodos. Assim, considerei oportuno, ainda neste primeiro, contacto ensinar à Maria estratégias para a promoção do sono, de forma a que esta tenha um sono reparador, que irá contribuir também para o seu bem-estar. Identifiquei, também, falta de conhecimento da mãe sobre esta temática, tendo intervindo também junto dela.

Apesar de ter identificado falta de conhecimento na Maria e na mãe no que diz respeito ao regime dietético da Maria, não considerei que este primeiro contacto fosse o momento oportuno para intervir, uma vez que estavam mais centradas na melhoria da condição respiratória da Maria e no seu descanso. Como tinham recebido também muita informação, optei por intervir no regime dietético no meu próximo turno com a Maria, uma vez que esperava que neste próximo contacto a Maria apresentasse melhorias relativamente à sua condição e estivesse com mais energia após uma noite de sono reparador. Assim, no segundo contacto, avaliei a evolução da Maria e da mãe relativamente às intervenções que efetuei no primeiro contacto e intervi relativamente ao regime dietético.

Dados considerados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"

A identificação das necessidades de aprendizagem da mãe e da Maria revelou-se um passo fundamental para a adequada planificação das intervenções de enfermagem. Esta etapa permitiu-me compreender o nível de conhecimento já adquirido por ambas relativamente às necessidades em saúde da Maria, assim como reconhecer as lacunas existentes que careciam de ser colmatadas através de intervenções de enfermagem. No entanto, para se intervir é necessário que seja o momento oportuno para se efetuar a intervenção. Para isso, o cliente tem de verbalizar que tem interesse em aprender sobre determinado aspeto.

Sintetizando, é importante avaliar o que o cliente sabe. Após a avaliação, se considerar que o cliente apresenta falta de conhecimento, tenho de avaliar se é o momento oportuno para intervir. Se o cliente demonstrar disponibilidade e verbalizar interesse em aprofundar conhecimento, inicio a minha intervenção. O mesmo procedimento é aplicado no que diz respeito à capacidade.

Resultados esperados face aos diagnósticos formulados:

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem relacionados com a condição dos processos corporais da Maria como a dispneia, esperava contribuir para a evolução positiva dessa condição, para que após a minha intervenção houvesse alteração do valor dos dados que foram manifestações dos diagnósticos para valores adequados à adolescente e à ausência de compromisso. O mesmo era pretendido com o sono comprometido e com a autogestão do regime medicamentoso comprometida.

Resultados esperados face ao potencial para melhorar conhecimento da Maria sobre prevenção de episódios de dispneia:

- Que a Maria verbalize o que é dispneia.
- Que a Maria verbalize que o esforço físico agrava a dispneia.
- Que a Maria verbalize medidas para prevenção da dispneia.

Resultados esperados face ao potencial para melhorar conhecimento da Maria sobre promoção do sono:

- Que a Maria verbalize o número de horas de sono recomendado para a sua faixa etária.
- Que a Maria verbalize complicações decorrentes do número de horas insuficientes de sono.
- Que a Maria verbalize fatores/atividades que podem condicionar ou atrasar o sono.
- Que a Maria verbalize estratégias que deve adotar para promover o sono saudável.

Resultados esperados face ao potencial para melhorar capacidade da Maria para gerir regime medicamentoso:

- Que a Maria seja capaz de administrar corretamente a medicação inalatória com recurso a câmara expansora.

Resultados esperados face ao potencial para melhorar conhecimento da Maria sobre regime dietético:

- Que a Maria verbalize em que consiste uma alimentação saudável.
- Que a Maria verbalize como está organizado o seu plano nutricional.

No que concerne aos diagnósticos relativos ao processo adaptativo da mãe, esperava melhorar aspetos relacionados com o papel parental de forma a este progredir para a mestria.

Promoção do papel parental especial - Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção dos episódios de dispneia:

- Que a mãe verbalize o que é dispneia.
- Que a mãe verbalize que o esforço físico agrava a dispneia.
- Que a mãe verbalize medidas para prevenção da dispneia.

Promoção do papel parental especial - Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai

para melhorar capacidade para otimizar a ventilação:

- Que a mãe verbalize como deve posicionar a Maria de forma a otimizar a ventilação.
- Que a mãe seja capaz de posicionar corretamente a Maria de forma a otimizar a ventilação.

Promoção do papel parental especial - Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção do sono:

- Que a mãe verbalize o número de horas de sono recomendado para a faixa etária da Maria.
- Que a mãe verbalize complicações decorrentes do número de horas insuficientes de sono.
- Que a mãe verbalize fatores que podem condicionar ou atrasar o sono.
- Que a mãe verbalize estratégias que deve adotar para promover o sono saudável.
- Que a mãe verbalize o que é a higiene do sono.
- Que a mãe verbalize a importância da adoção de rotinas na hora de deitar.

Promoção do papel parental especial - Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso:

- Que a mãe seja capaz de administrar corretamente a medicação inalatória com recurso a câmara expansora à Maria.

Promoção do papel parental especial - Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético:

- Que a mãe verbalize em que consiste uma alimentação saudável para a faixa etária da Maria.
- Que a mãe verbalize como está organizado o plano nutricional da Maria.

Promoção do papel parental especial - Resultados esperados face ao potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda de oxigénio:

- Que a mãe verbalize a forma como deve estar colocada a sonda de oxigénio.
- Que a mãe coloque corretamente a sonda de oxigénio na Maria.
- Que a mãe verbalize estar atenta a possíveis sinais de pressão provocados pela sonda de oxigénio na narina da Maria.

Contributos das intervenções face aos objetivos

As intervenções de enfermagem são os comportamentos, tratamentos, atividades e ações que auxiliam o cliente a atingir os resultados esperados. A seleção das intervenções deve ter em conta a idade, características e preferências do cliente e devem sempre ter por base os diagnósticos de enfermagem, objetivos definidos e resultados desejados (Doenges & Moorhouse, 2010).

As intervenções do tipo avaliar permitem conhecer as necessidades do cliente e determinar a sua evolução. Consiste em "estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa" (ICN, 2019, p.13). Deste modo, possibilitam a avaliação contínua da condição de saúde da Maria, bem como avaliar a evolução dos seus conhecimentos e capacidades. Permitem ainda caracterizar a condição da mãe no que diz respeito desempenho do papel parental.

Após avaliar e, se identificar falta de conhecimento e for o momento oportuno para intervir, é necessário ensinar, de forma a colmatar as lacunas de conhecimento tanto da Maria como da mãe. Ensinar é "informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde" (ICN, 2019, p.51). O conhecimento é fundamental para envolver tanto a mãe como a Maria nos cuidados, promovendo também a autonomia. Sendo assim, é fundamental fornecer informação à mãe para colmatar as suas lacunas de conhecimento, facilitando o seu processo de transição relacionado com a parentalidade (Meleis et al., 2000).

As intervenções do tipo instruir e treinar permitem que o cliente aprenda e desenvolva competências para executar corretamente e de forma autónoma determinados procedimentos. Instruir, consiste em "fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa" (ICN, 2019, p.79) e treinar consiste em "desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa" (ICN, 2019, p.135). Com estas intervenções é possível capacitar a Maria e a mãe sobre os aspetos que necessitam de ser melhorados, quando identificado potencial para melhorar a capacidade e é o momento próprio para intervir.

Definição do momento de avaliação do objetivo final

Como momento de avaliação do objetivo final, considerei o próximo turno em que iria estar novamente com a Maria e a mãe, após ter efetuado informoterapia. A informoterapia é a prescrição no momento oportuno de informação em saúde, sendo esta baseada em evidência e tem como objetivo atender às necessidades em saúde de cada cliente para o auxiliar no processo de tomada de decisão e na mudança de comportamentos (Mettler & Kemper, 2006 citados por Magalhães, 2013). Assim, é dado tempo aos clientes para assimilarem a informação transmitida até ser efetuada a avaliação.

Parceria de Cuidados

Atualmente, tal como consta na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, os pais têm a possibilidade de estar junto dos seus filhos durante todo o período de internamento. Tendo em conta que, após a alta, são os pais que irão assegurar a continuidade dos cuidados aos filhos, estes devem ser envolvidos nos mesmos durante o período de internamento. Neste caso, a mãe da Maria tem de adquirir conhecimentos e competências no âmbito do papel parental

especial. Apesar de a Maria ser uma adolescente e ser pressuposto promover a sua autonomia, a mãe tem sempre de ter conhecimento para supervisionar, por exemplo, se a Maria está a administrar a medicação corretamente.

As minhas intervenções tinham como intencionalidade melhorar o desempenho do papel parental complexo durante a hospitalização, tendo intervindo no papel parental especial, sendo exemplo as intervenções prescritas para os diagnósticos: potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção dos episódios de dispneia; potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar a ventilação; potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso; e potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para otimizar sonda de oxigénio.

4. CASO CLÍNICO 2 - CRIANÇA EM CONTEXTO DE CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

Apresentação do Caso Clínico: A Margarida é uma criança em idade pré-escolar, que vai ao centro de saúde, acompanhada pelos pais, à consulta de vigilância de saúde infantil dos quatro anos. Tem efetuado as consultas de vigilância preconizadas, e tem o esquema de vacinação atualizado. Nas consultas anteriores tem apresentado alterações a nível do desenvolvimento psicomotor, nomeadamente na comunicação, motricidade fina e comportamento de socialização. Desde os três anos que é seguida em consulta de pediatria do desenvolvimento em contexto hospitalar, e realiza terapia da fala há cerca de meio ano. Frequenta o jardim de infância da sua área de residência desde os três anos.

4.1. Enquadramento teórico

Infância Pré-escolar e Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

A infância pré-escolar engloba as crianças na faixa etária dos três até aos cinco anos (inclusive), sendo que a partir dos seis anos transitam para a idade escolar (Monroe, 2014). O caso clínico apresentado refere-se a uma criança em idade pré-escolar de 4 anos, pelo que o enquadramento teórico terá especial enfoque nesta faixa etária.

Durante a infância pré-escolar, as crianças apresentam uma combinação de aquisições biológicas, psicossociais, cognitivas, sociais e espirituais que as preparam para um marco importante nas suas vidas, que consiste no ingresso à escola (Festas et al., 2020). Tal transição, implica o controlo dos sistemas corporais, a experiência de separação dos pais, tanto por períodos breves como prolongados, habilidade para interagir e cooperar com outras crianças e adultos, uso de linguagem para simbologia mental e aumento da capacidade de atenção e de memória (Monroe, 2014).

São diversos os autores que desenvolveram teorias acerca do desenvolvimento humano, sendo que caracterizam as crianças na infância pré-escolar segundo diferentes perspectivas. De acordo com a Teoria Psicossocial de Erikson, a criança apresenta um comportamento vigoroso e intrusivo, acompanhado de uma forte imaginação, explora o mundo físico com todos os seus sentidos e serve-se dos adultos como modelos a seguir. Na Teoria Psicosexual de Freud, defende-se que a criança reconhece as diferenças entre os sexos e é curiosa em relação a

estes. Para Piaget, na Teoria Cognitiva, as crianças em idade pré-escolar têm como principal característica o egocentrismo, que conduz à incapacidade de se colocarem no lugar do outro. Ainda, de acordo com este autor, nesta fase de desenvolvimento a criança não consegue raciocinar além daquilo que é observável, não possuindo assim capacidade para fazer deduções ou generalizações. Por último, na Teoria do Julgamento Moral de Kohlberg, na infância pré-escolar as crianças já apresentam a integração das noções do bem e do mal, do certo e do errado, associando estas às consequências das suas ações (Monroe, 2014).

De acordo com o PNSIJ, na consulta de vigilância dos quatro anos devem ser avaliados/monitorizados os seguintes parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal/percentil, tensão arterial, dentição, visão, audição, exame físico, linguagem/dificuldades específicas da aprendizagem, desenvolvimento, vacinação, relação emocional/comportamento (perturbações), risco de maus tratos e segurança do ambiente (DGS, 2013). Além destes parâmetros a avaliar, devem ser abordados com os pais e com a criança os cuidados antecipatórios relativamente à alimentação, saúde oral, infantário, desenvolvimento (nomeadamente as atividades promotoras do desenvolvimento), relação emocional/comportamento (perturbações), acidentes e segurança, atividades desportivas e culturais (tempo livre) e hábitos de sono (DGS, 2013).

No PNSIJ, a vigilância do crescimento integra as diversas intervenções relacionadas com a promoção da saúde (DGS, 2013). O peso médio de uma criança de quatro anos é de 16,5 kg, sendo expectável que a criança em idade pré-escolar aumente aproximadamente 2 a 3 kg por ano. A altura média aos quatro anos é de 110 cm, sendo expectável que a criança em idade pré-escolar cresça em média 6,5 a 9 cm por ano (Monroe, 2014). A vigilância do crescimento permite assim verificar se este ocorre dentro dos padrões que são expectáveis, ou, caso contrário, detetar precocemente alterações e sinalizar situações de alarme e/ou risco (Festas et al., 2020). Além do peso e da altura, o Índice de massa muscular, que resulta da razão entre o peso da criança em quilos e a sua altura em metros, varia de acordo com a idade, aumentando o seu valor desde o nascimento até ao ano de idade, decresce até aos seis anos e posteriormente aumenta novamente até cerca dos 21 anos. É considerado um bom indicador para caracterizar o estado nutricional da criança (Festas et al., 2020). No referido programa, encontram-se as curvas de percentil de crescimento, que variam de acordo com a idade e sexo da criança (DGS, 2013). Estas mesmas curvas são parte integrante do Boletim de Saúde Infantil, devendo o enfermeiro no decorrer das consultas efetuar o registo, de forma a avaliar a evolução.

A partir dos três anos a maioria das crianças começa a frequentar o jardim de infância, tendo assim oportunidade de expandir os seus hábitos alimentares. Contudo, na consulta de saúde infantil o enfermeiro deve explicar aos pais que, por vezes, novos ambientes, confeção de alimentos de forma diferente e o facto de as refeições ocorrerem num local diferente do habitual podem ser aspetos desafiantes para as crianças entre os três e os quatro anos que, por

vezes, têm dificuldade em adaptar-se ao que é diferente da normalidade. Estes fatores podem gerar a ocorrência de birras, comuns na infância pré-escolar devido às crianças estarem numa fase muito egocêntrica (Festas et al., 2020).

Relativamente à dentição, é esperado que no início da idade pré-escolar a erupção dos dentes decíduos esteja completa (Festas et al., 2020). Importa, também, na consulta verificar o estado dentário, nomeadamente a presença de cáries (DGS, 2013). Está recomendada a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado que pode ser efetuada pela criança com a supervisão dos pais ou pelos pais, dependendo da destreza manual que a criança apresenta, pelo menos duas vezes por dia. Como as crianças nesta fase aprendem muito pela imitação, uma das estratégias a ensinar aos pais pode passar pela adoção da prática de escovarem os dentes ao mesmo tempo que os filhos (Festas et al., 2020).

O sono é uma das temáticas fundamentais a ser abordada na consulta. Nas crianças o sono é fundamental, pois contribui para o crescimento corporal (Secção de Pediatria Social & Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017) uma vez que, enquanto estas dormem, é produzida a hormona de crescimento. Durante o sono também ocorre o processo de retenção das memórias mais importantes de cada dia, pois é filtrada toda a informação recebida pelo cérebro durante o dia. Desta forma, a capacidade de concentração, aprendizagem e o controlo de emoções são influenciados pela qualidade e quantidade do sono (Associação Portuguesa do Sono & Associação Portuguesa de Pediatria, 2020). O número de horas diárias de sono varia com o avançar do desenvolvimento humano, sendo aos quatro anos recomendado dormir 10 a 13 horas (Associação Portuguesa do Sono & Associação Portuguesa de Pediatria, 2020). A maioria dos problemas de sono nas crianças resulta de um número de horas de sono inadequado para a sua faixa etária (Monteiro, 2014). Parte destes problemas devem-se a comportamentos errados por parte dos pais, devendo o enfermeiro alertar para esta problemática durante a consulta. Os pais têm assim um papel fundamental para minimizar problemas do sono, devem saber colocar limites à criança e criar rituais que a ajudem a perceber que se está a aproximar a hora de ir dormir (Monteiro, 2014).

O desenvolvimento psicomotor refere-se ao “desenvolvimento da criança: processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, a comunicação, a socialização e os aspetos da mobilidade. Capacidade para interagir com o meio envolvente através dos comportamentos” (ICN, 2019, p.42). Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, sendo consistente na ordem do aparecimento de determinadas funções. Contudo, a idade do aparecimento de determinadas aquisições pode variar de criança para criança, com a ressalva de que se a partir de determinado momento não possuir uma determinada aquisição pode ser considerado sinal de alarme, daí a importância de uma avaliação rigorosa de forma a detetar precocemente alterações (Festas et al., 2020).

O PNSIJ utiliza como meio de avaliação do desenvolvimento a Escala de Avaliação do

Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada. Esta escala tem como dimensões a postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social (DGS, 2013), que se encontram mencionadas no Quadro 1 para uma criança em idade pré-escolar de quatro anos, assim como os sinais de alarme.

Quadro 1: Avaliação do desenvolvimento aos quatro anos de acordo com a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada

Postura e motricidade global:	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé.
Visão e motricidade fina:	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas.
Audição e linguagem:	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis.
Comportamento e adaptação social:	<ul style="list-style-type: none"> • Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez.
Sinais de alarme aos 4-5 anos:	<ul style="list-style-type: none"> • É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. • Apresenta perturbação do comportamento.

Fonte: DGS (2013)

Sempre que na consulta o enfermeiro detetar algum sinal de alarme relativo ao desenvolvimento, deve comunicar ao médico que segue a criança e referenciar a problemática no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Após a referenciação neste sistema, apresentam critérios para intervenção das Equipas Locais de Intervenção Precoce na Infância (ELI) crianças até aos seis anos e as respetivas famílias, que apresentem condições como alterações nas funções ou estruturas do corpo e risco grave de atraso para o desenvolvimento (DGS, 2013).

A intervenção precoce na infância é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação da saúde e da ação social” (Decreto-lei n.º 281/2009 de 6 de outubro de 2009, p.7298). São elementos fundamentais do modelo de intervenção precoce: compreensão da ecologia da família; avaliação de necessidades funcionais centradas na família; serviços transdisciplinares; visitas domiciliárias baseadas em apoio centrado na família; e consultoria colaborativa em contextos de infância, como é o caso do

jardim de infância (Festas et al., 2020).

Teoria das Transições

A Margarida encontra-se a vivenciar uma transição desenvolvimental, dada a fase do desenvolvimento em que se encontra, a infância pré-escolar. Está a vivenciar ainda uma transição saúde/doença, uma vez que apresenta alterações a nível do desenvolvimento psicomotor. Relativamente ao padrão, as transições podem ser classificadas como simples, múltiplas ou sequenciais, simultâneas e com ou sem relação (Meleis, 2010). No caso da Margarida trata-se de um padrão múltiplo, simultâneo e sem relação. Como fatores facilitadores da transição, a Margarida tem o interesse e envolvimento dos pais na promoção do seu desenvolvimento, acompanhamento em consultas de especialidade e terapias complementares.

Os pais da Margarida encontram-se a vivenciar uma transição desenvolvimental, devido ao exercício do papel parental. Dada a condição da Margarida, além do papel parental desonvolvimental, os pais têm de adquirir conhecimentos e competências relativamente ao desempenho do papel parental especial, de forma a contribuírem favoravelmente para o desenvolvimento da filha.

4.2. Clientes

Cliente

Pré-escolar | Idade: 4 anos | Feminino

Mãe/Pai

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Figura parental principal: mãe.

15-01-2025 09:00 - Número de outros filhos: 0.

15-01-2025 09:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

15-01-2025 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-01-2025 09:00	Sistema cardiovascular	
15-01-2025 09:00	Eliminação intestinal	
15-01-2025 09:00	Eliminação urinária	
15-01-2025 09:00	Pele e mucosas	
15-01-2025 09:00	Desenvolvimento psicomotor	
15-01-2025 09:00	Desenvolvimento físico	
15-01-2025 09:00	Infância pré-escolar	

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

A escolha dos domínios teve por base os parâmetros preconizados a avaliar no PNSIJ, relativamente à consulta dos quatro anos (DSG, 2013), tendo selecionando os seguintes:

- Para avaliar o estado de desenvolvimento da criança, selecionei os domínios do desenvolvimento psicomotor e desenvolvimento físico.
- Nas consultas de vigilância de saúde infantil, é fundamental realizar o exame físico à criança, de forma a detetar precocemente alterações ou sinais de maus tratos. Neste sentido, selecionei o domínio pele e mucosas, de forma a avaliar a integridade da pele.
- O domínio sistema cardiovascular foi selecionado para realizar a monitorização da tensão arterial, um dos parâmetros previstos na consulta.
- Selecionei também os domínios da eliminação intestinal e eliminação urinária, de forma a detetar precocemente alterações, perceber se a Margarida já fez o desfralde e se tem enurese noturna, que pode ocorrer nesta faixa etária.
- A Margarida tem quatro anos pelo que selecionei o domínio da infância pré-escolar. A seleção deste domínio tem como objetivo avaliar os aspetos relativos à transição da Margarida, mas, também, os aspetos relativos ao desempenho do papel parental desenvolvimental dos pais, de forma a contribuir favoravelmente para a mestria.

4.4. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Localização do Pulso

15-01-2025 09:00 - Braço Esquerda(o)

15-01-2025 09:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

15-01-2025 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

15-01-2025 09:00 - Pulso rítmico.

15-01-2025 09:00 - Pulso simétrico.

15-01-2025 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-01-2025 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

15-01-2025 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 89 mmHg.

15-01-2025 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 63 mmHg.

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Próxima consulta]

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Próxima consulta]

Eliminação intestinal

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Ausência de dejeções.

15-01-2025 09:00 - Número de defecações por semana: 4.

15-01-2025 09:00 - Expulsão controlada de fezes.

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Próxima consulta]

Eliminação urinária

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

15-01-2025 09:00 - Reconhece a vontade de urinar.

15-01-2025 09:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

15-01-2025 09:00 - Sem globo vesical.

15-01-2025 09:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Próxima consulta]

Pele e mucosas

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Próxima consulta]

Desenvolvimento psicomotor

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento da função motora fina: com sinais de alarme.

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento da linguagem: com sinais de alarme.

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: com sinais de alarme.

15-01-2025 09:00 - Desenvolvimento infantil

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Próxima consulta]

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil [Próxima consulta]

15-01-2025 09:00 - Referenciar estado do desenvolvimento infantil ao médico [Nesta consulta]

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador.

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2025 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador.

15-01-2025 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador.

15-01-2025 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [RESOLVIDO]

15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Nesta consulta] [FIM]

15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: facilitador [MELHOROU].

15-01-2025 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar [Nesta consulta] [FIM]

15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil [Próxima consulta]

Desenvolvimento físico

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Peso: 16.00 Kg.

15-01-2025 09:00 - Percentil do peso: P(25).

15-01-2025 09:00 - Comprimento/Altura: 102.00 cm.

15-01-2025 09:00 - Percentil do comprimento: P(25).

15-01-2025 09:00 - Índice de massa corporal: 15.38 Kg/m².

15-01-2025 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(50).

15-01-2025 09:00 - Crescimento

15-01-2025 09:00 - Determinar evolução do crescimento

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do crescimento [Próxima consulta]

Infância pré-escolar

15-01-2025 09:00

15-01-2025 09:00 - Infância pré-escolar

15-01-2025 09:00 - Promover autonomia face a necessidades**desenvolvimentais: higiene e conforto**

15-01-2025 09:00 - Conhecimento sobre higiene oral: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

15-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene oral [Próxima consulta]*

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

15-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Próxima consulta]*

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2025 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene oral da criança [RESOLVIDO] 15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança [Nesta consulta] [FIM]* 15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador [MELHOROU].

15-01-2025 09:00 - *Ensinar mãe/pai sobre higiene oral [Nesta consulta] [FIM]*

15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Próxima consulta]*

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

15-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Próxima consulta]*

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

15-01-2025 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Próxima consulta]*

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

15-01-2025 09:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

15-01-2025 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento

sobre vigilância e promoção da saúde da criança [RESOLVIDO] 15-01-2025

09:30

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Nesta consulta] [FIM] 15-01-2025

09:30

15-01-2025 09:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador [MELHOROU].

15-01-2025 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Nesta consulta] [FIM] 15-01-2025 09:30

15-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Próxima consulta]

15-01-2025 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

15-01-2025 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

4.5. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre higiene oral

- Explicar aos pais o número de lavagens diárias recomendadas, bem como o tipo de pasta de dentes e quantidade a colocar na escova.
- Explicar aos pais a técnica de escovagem dos dentes.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

- Solicitar aos pais que mencionem estratégias para promover o desenvolvimento da Margarida.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança

- Questionar os pais sobre o número de lavagens dos dentes diárias recomendadas, bem como o tipo de pasta de dentes e quantidade a colocar na escova para a Margarida.
- Questionar os pais sobre a técnica de escovagem dos dentes.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança

- Solicitar aos pais que refiram qual é o objetivo da referenciação da Margarida no SNIPI.

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

- Explicar aos pais que devem promover as construções com lego e puzzles.
- Explicar aos pais que devem proporcionar oportunidades para a criança fazer o desenho da figura humana.
- Explicar aos pais que devem inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.
- Explicar aos pais que devem incentivar a participação da Margarida em afazeres, mesmo

que sejam simbólicos.

- Explicar aos pais que devem dar oportunidade à Margarida para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.
- Explicar aos pais que devem mostrar à Margarida as sequências das atividades.
- Explicar aos pais que devem promover brincadeiras onde exista movimento físico.
- Explicar aos pais que devem auxiliar a Margarida na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).
- Explicar aos pais que devem proporcionar à Margarida oportunidade de transmitir uma mensagem a outra pessoa.
- Reforçar aos pais a necessidade de impor regras e limites à Margarida, bem como não ceder à manipulação.

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Explicar aos pais o que é o SNIPI.

4.6. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa ao caso está organizada da seguinte forma: definição de prioridades, apresentação dos dados que foram considerados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar", apresentação dos resultados esperados face aos diagnósticos formulados, apresentação do contributo das intervenções face aos objetivos, e, por último, a definição do momento de avaliação do objetivo final.

Prioridades

A primeira sessão deste caso clínico, diz respeito ao momento em que efetuei a avaliação dos parâmetros preconizados pela DGS (2013), na consulta de saúde infantil dos quatro anos. Uma vez que tive previamente conhecimento de que a Margarida apresentava já nas consultas anteriores alterações relativamente ao desenvolvimento infantil, defini como prioridade avaliar a sua evolução, bem como o conhecimento dos pais para promover o desenvolvimento da criança.

A segunda sessão, diz respeito ao momento em que efetuei a avaliação de alguns aspetos que tive de ensinar aos pais durante consulta, por estes apresentarem lacunas de conhecimento, nomeadamente no que diz respeito às estratégias para promover o desenvolvimento infantil, conhecimento sobre higiene oral e conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde.

Dados considerados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar"

Para os diagnósticos formulados do tipo potencial para melhorar conhecimento, considerei como relevante o interesse e a disponibilidade dos pais em aprender sobre a temática. Relativamente ao momento oportuno para a minha intervenção, tive em conta a disposição que os pais apresentavam para interiorizar a informação que era necessária ser transmitida. Uma vez que os pais da Margarida estavam bastantes recetivos, foi oportuno prescrever intervenções do tipo ensinar nesta consulta, de forma a colmatar todas as lacunas de conhecimento identificadas.

Relativamente à Margarida, identifiquei que apresentava potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene oral. Contudo, não considerei que esta consulta fosse o momento oportuno para intervir, uma vez que a Margarida se apresentava bastante irrequieta, pouco recetiva, tendo colaborado apenas na execução das atividades utilizadas para avaliação do desenvolvimento segundo a Escala de Mary Sheridan. Assim, uma vez que a Margarida não ia prestar atenção à informação que lhe pretendia transmitir, decidi tentar planear essa abordagem na próxima consulta.

Resultados esperados face aos diagnósticos formulados:

Desenvolvimento psicomotor - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil - Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

- Que os pais verbalizem algumas das estratégias promotoras do desenvolvimento infantil na idade pré-escolar, sendo exemplos: Promover as construções com lego e com puzzles; Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana; Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos. Colocar a criança a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos; Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos; Mostrar as sequências das atividades. Promover brincadeiras onde exista movimento físico; Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana); Proporcionar à criança oportunidade de transmitir uma mensagem a outra pessoa; Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança (DGS, 2013).

Infância pré-escolar - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto - Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene oral da criança

- Que os pais verbalizem que a Margarida deve lavar os dentes três vezes por dia, sendo

depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de ir dormir.

- Que os pais verbalizem que a Margarida pode aprender corretamente a técnica da escovagem dos dentes se estes escovarem os dentes ao mesmo tempo que a filha, e assim esta aprende por imitação tendo os pais como modelo.

Infância pré-escolar - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde - Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

- Que os pais verbalizem o que é o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).
- Que os pais verbalizem em que consiste a intervenção precoce.

Contributos das intervenções face aos objetivos

As intervenções de enfermagem são os comportamentos, tratamentos, atividades e ações que auxiliam o cliente a atingir os resultados esperados. A seleção das intervenções deve ter em conta a idade, características e preferências do cliente e devem sempre ter por base os diagnósticos de enfermagem, objetivos definidos e resultados desejados (Doenges & Moorhouse, 2010).

As intervenções do tipo avaliar permitem conhecer as necessidades do cliente e determinar a sua evolução, sendo que avaliar consiste em "estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa" (ICN, 2019, p.13). Deste modo, possibilita a avaliação contínua do estado de desenvolvimento da Margarida e permite caracterizar os pais no que diz respeito ao desempenho do papel parental.

Após avaliar, sendo identificado falta de conhecimento e se for o momento oportuno para intervir, é necessário ensinar, de forma a colmatar as lacunas de conhecimento dos pais. Ensinar é "informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde" (ICN, 2019, p.51). O conhecimento é fundamental para envolver os pais nos cuidados. Sendo assim, é importante fornecer informação aos pais para colmatar as lacunas de conhecimento, facilitando o seu processo de transição relacionado com a parentalidade (Meleis et al., 2000).

Na segunda sessão, pude concluir que, através da implementação junto dos pais de intervenções do tipo ensinar, consegui que estes apresentassem um conhecimento facilitador relativamente às temáticas previamente identificadas (estratégias para promover o desenvolvimento infantil, higiene oral da criança e vigilância e promoção da saúde da criança).

Como foram detetados sinais de alarme relativamente ao desenvolvimento da Margarida, referenciei os mesmos ao médico de família e no SNIPI. Referenciar é "Coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa" (ICN, 2019, p.111). Referenciar os sinais de

alarme permite assegurar a continuidade de cuidados, de forma a contribuir favoravelmente para o desenvolvimento da Margarida, através do envolvimento de outros profissionais de saúde.

Definição do momento de avaliação do objetivo final

O objetivo final, quando diz respeito a conhecimento, só deve ser avaliado após ter efetuado informoterapia. A informoterapia é a prescrição, no momento oportuno, de informação em saúde, sendo esta baseada em evidência e tem como objetivo atender às necessidades em saúde de cada cliente para o auxiliar no processo de tomada de decisão e na mudança de comportamentos (Mettler & Kemper, 2006 citados por Magalhães, 2013). Assim, é dado tempo aos clientes para assimilarem a informação transmitida até ser efetuada a avaliação. Contudo, é preciso que os clientes integrem no seu quotidiano os novos conhecimentos e/ou habilidades, ou seja, que adotem os comportamentos esperados. A aquisição da mestria leva tempo, pelo que é necessário dar tempo aos clientes, neste caso aos pais, para a desenvolverem. Deste modo, decidi agendar nova uma consulta de saúde infantil para efetuar a avaliação do objetivo final.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O principal objetivo do estágio de natureza profissional consistia em desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento n.º 140/2019 da OE, bem como o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP, de acordo com o regulamento n.º 422/2018 da OE.

Neste capítulo, pretendo, com base em cada um dos regulamentos acima mencionados, refletir sobre o meu percurso no estágio e analisar as competências de forma a verificar se as atingi.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o regulamento n.º 140/2019, da OE, as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como

“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745).

São definidos quatro domínios de competências, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida, irei abordar cada um destes domínios, relacionando-os com o meu percurso nos diferentes contextos de estágio.

Responsabilidade profissional, ética e legal

No regulamento comum das competências do enfermeiro especialista, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é composto por duas competências: “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p. 4745).

Tendo em conta estas competências, na prática clínica tive por base um documento fundamental para a prática de enfermagem, o Código Deontológico do Enfermeiro, instituído pela OE, que enuncia um conjunto de princípios e normas éticas que orientam a atuação

profissional de enfermagem. Desde a criação da OE em 1998, este código tem servido de referência fundamental para garantir que os cuidados de enfermagem sejam prestados com respeito pela dignidade humana, pelos direitos dos clientes e pela integridade da profissão (OE, 1998). Desde a sua primeira publicação oficial, o Código Deontológico passou por atualizações importantes, embora a essência dos seus princípios se mantenham. A versão atual encontra-se integrada no Estatuto da OE, aprovado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, que inclui no Capítulo VI os artigos dedicados à Deontologia Profissional, definindo os deveres éticos dos enfermeiros. Em termos de estrutura, o código compreende 15 artigos principais (artigos 99.º a 113.º, no estatuto vigente) que versam sobre princípios e deveres fundamentais da profissão (OE, 2015).

No decurso do estágio, a minha tomada de decisão teve sempre por base os princípios, valores e normas deontológicas. Procurei envolver sempre a criança/adolescente e respetiva família no processo de tomada de decisão. Em contexto hospitalar, discuti com as famílias o grau de envolvimento que pretendiam ter nos cuidados, e, de acordo com a condição da criança, defini as intencionalidades terapêuticas da parceria de cuidados a ser estabelecida. Para tal, procurei ser clara e objetiva nas informações que transmiti à família e à criança/adolescente. No processo de comunicação, ajustei a linguagem à faixa etária da criança, de forma a garantir que esta compreendia as informações que lhe estavam a ser transmitidas. Para a família tomar decisões relativamente aos cuidados do filho, tem de ter na sua posse toda a informação relevante. No decurso do estágio era meu dever garantir que toda a informação que transmitia às crianças/adolescentes/ famílias alvo dos meus cuidados era compreendida, nesse sentido, utilizei diversas estratégias de comunicação adequadas a cada cliente e situação. A nível pessoal, apresento uma lacuna que, em algumas situações, pode ter condicionado a transmissão de informação a duas famílias. Tenho escassos conhecimentos no que respeita à língua inglesa e, em duas situações no internamento de pediatria tive clientes estrangeiros, com os quais tinha de comunicar em inglês. Dadas as minhas limitações, na comunicação com essas famílias recorri ao tradutor e, quando tive dúvidas se a família estava a compreender a informação que eu estava a transmitir, recorri a enfermeiros presentes no serviço como intermediários do processo de comunicação.

Do ponto de vista deontológico, as profissões da saúde incorporam o respeito ao consentimento informado nos seus códigos de ética. Especificamente na enfermagem, o Código Deontológico impõe ao enfermeiro o dever de informar o cliente e a sua família sobre os cuidados, bem como respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (OE, 2015).

O consentimento informado é definido como a manifestação de vontade livre, esclarecida e informada de um cliente, ou, quando aplicável, do seu representante legal, antes de qualquer intervenção de saúde (Administração Regional de Saúde do Norte [ARSN], 2009), respeitando o direito do cliente decidir sobre sua própria saúde, após estar devidamente informado. O profissional de saúde tem de fornecer ao cliente todos os esclarecimentos necessários (sobre

diagnóstico, natureza do tratamento, potenciais benefícios, riscos e alternativas) para que este possa consentir de forma consciente e autónoma (ARSN, 2009). Não deve apenas debitar informação, pois é crucial que o cliente a compreenda corretamente, tendo o dever de verificar a compreensão, encorajando perguntas e esclarecendo dúvidas antes de obter o consentimento.

O consentimento só é válido se for dado livremente, sem qualquer forma de coação, manipulação ou intimidação. Qualquer consentimento obtido, por exemplo, mediante fraude, engano, pressão indevida ou ameaça, é considerado inválido (Castro et al., 2020). Sempre que possível, o consentimento deve ser documentado de forma expressa, preferencialmente por escrito, especialmente em procedimentos invasivos e/ou de maior risco, conforme exigido em muitas normativas institucionais e legais (ARSN, 2009). O cliente tem a possibilidade de a qualquer momento retirar o seu consentimento.

A pessoa que consente precisa ser considerada capaz do ponto de vista legal e mental. Isso significa que deve ter idade e discernimento suficientes para compreender as informações e tomar decisões. Um adulto presume-se capaz até prova em contrário; já menores de idade (geralmente menores de 16 anos) ou pessoas sem discernimento adequado devem ser representados por um responsável legal (ARSN, 2009).

Em suma, o consentimento informado é a concretização prática do respeito à pessoa nos cuidados de saúde. Para ser válido, requer que o cliente considerado capaz receba informação completa e compreensível, decida livre de pressões e manifeste claramente a sua vontade favorável à intervenção proposta. Este consentimento livre e esclarecido é simultaneamente um direito legal do cliente e um dever ético do profissional, devendo permear toda a prática assistencial na enfermagem (OE, 2015).

Como referido anteriormente, durante a hospitalização, a criança/adolescente tem direito a ter junto de si os pais ou seus substitutos 24 horas por dia (IAC, 2008). Este direito foi sempre cumprido em todos os locais onde realizei estágio. No entanto, para atender à necessidade da privacidade dos clientes e do sigilo profissional, na unidade de cuidados intermédios neonatais, durante a passagem de turno, os pais ausentam-se do serviço. Como previamente mencionado, esta unidade é constituída por um espaço amplo, estando o balcão de enfermagem no centro. Durante a passagem de turno, os enfermeiros têm de assegurar a manutenção da vigilância dos RN, pelo que não seria correto ausentarem-se todos da unidade para passar o turno. Contudo, devido à estrutura física da unidade, se os pais estivessem presentes durante a passagem de turno iriam ter inadvertidamente acesso a informação de saúde dos restantes RN internados, o que colocava em causa o respeito pelo direito do cliente à privacidade. Assim, era explicado aos pais que, para salvaguardar este direito e garantir a continuidade dos cuidados prestados aos RN, teriam de se ausentar durante cerca de meia hora da unidade para decorrer a passagem de turno. Os pais foram sempre compreensivos, uma vez que era sempre explicado o motivo pelo qual se estava a solicitar a ausência temporária da unidade. Contudo, os pais de RN internados,

dada muitas das vezes a instabilidade da saúde dos seus filhos, encontram-se emocionalmente mais frágeis, pelo que se sentem mais confortáveis e seguros juntos dos seus filhos. Para tal, considero importante que os serviços se reorganizem, de forma a garantir o cumprimento do direito de as crianças terem junto de si os pais 24 horas por dia, sem colocar em causa os cuidados prestados.

O acontecimento que mais questões éticas me colocou ocorreu na unidade de cuidados intensivos neonatais. Um RN que apresentava malformações cardíacas, já submetido a intervenção cirúrgica, da qual advieram várias complicações, apresentava falência de vários órgãos, mesmo com a medicação prescrita não tinha a dor controlada, e apresentava edema corporal generalizado devido a retenção de líquidos. A equipa médica optou por iniciar diálise peritoneal. No entanto, a condição do RN continuava a piorar, mas a equipa insistia na manutenção dos cuidados. O RN estava em notório sofrimento, os líquidos administrados na diálise peritoneal estavam a aumentar ainda mais o edema. Comecei a questionar-me, até que ponto vale a pena continuar? A família estava em sofrimento, o RN com dor não controlada e sem perspetivas de melhoria. Os cuidados que estavam a ser prestados apenas estavam a prolongar o sofrimento do RN e da família. Os pais verbalizaram não aguentar ver o RN em sofrimento, pelo que reduziram o tempo de permanência na unidade junto do filho. Após alguns dias, a equipa médica negociou com os pais a interrupção do tratamento, que não estava a surtir efeito, ficando apenas o RN com medidas de conforto, acabando por morrer.

Um dos aspetos que me fascina e suscita interesse na pediatria, é o empenho dos profissionais de saúde em promover os melhores tratamentos para a recuperação da saúde das crianças. No entanto, é preciso ter consciência que, mesmo com os melhores recursos humanos, materiais e tecnológicos, não é possível tratar todas as problemáticas em saúde. A sociedade perspetiva que as crianças vivam saudáveis durante muitos anos, e que a mortalidade está associada a idades mais avançadas. Muitas vezes, esta filosofia de que a criança ainda tem muito para viver, influencia as equipas de saúde a investirem incessantemente nos cuidados prestados. De acordo com o artigo 99º do código deontológico “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (OE, 2015, p. 8078). Saber quando parar e sensibilizar as equipas de saúde para que a criança tenha um final de vida com o máximo de conforto possível, é também papel dos enfermeiros, tendo em conta a defesa pela dignidade humana. Foi a primeira vez que cuidei de um RN em fim de vida e esta situação alertou-me para a necessidade de, durante a prática, me questionar acerca de que até que ponto a minha intervenção está a ser benéfica para o bem-estar das crianças.

Melhoria contínua da qualidade

O enfermeiro especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, detém as seguintes competências: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a, p. 4745).

Na área da saúde, frequentemente ocorrem novas descobertas, são atualizadas normas e procedimentos. Deste modo, para se manterem atualizados e garantirem a prestação de cuidados de excelência, os enfermeiros devem constantemente procurar atualizar os seus conhecimentos.

O meu percurso profissional como enfermeira centra-se essencialmente em contexto de prática nos cuidados de saúde primários. Estando habituada a trabalhar no meu dia-a-dia num contexto de promoção da saúde, exigiu de mim uma necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as patologias mais frequentes na idade pediátrica e os cuidados de enfermagem prestados em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Em momento algum coloquei em causa os cuidados que prestava devido a lacunas de conhecimento. Sempre que surgiu alguma dúvida, questionei os enfermeiros tutores antes de executar qualquer intervenção. O contexto que se revelou mais desafiante, foi o dos cuidados intensivos neonatais, dada a especificidade das patologias dos RN e dos equipamentos tecnológicos presentes no serviço. Na unidade em que decorreu o estágio, o período de integração dos profissionais é de seis meses. Deste modo, era irrealista que, num total de 150 horas de estágio, eu desenvolvesse as competências necessárias para assumir todos os cuidados aos RN que me eram atribuídos. Assim, neste contexto, as minhas intervenções eram em colaboração com o enfermeiro tutor. Permitiu-me adquirir conhecimentos e, desenvolver, principalmente, competências relacionais com a família, no âmbito da promoção da parentalidade. As intervenções de enfermagem mais invasivas, no âmbito do saber fazer, eram predominantemente executadas pelo enfermeiro tutor com a minha colaboração.

Em contexto de cuidados de saúde primários, a minha experiência profissional revelou-se um fator facilitador no desenvolvimento de competências. Principalmente na UCC, mantive uma postura muito interventiva nos diversos projetos, tendo partilhado com o enfermeiro tutor conhecimentos que adquiri ao longo do mestrado.

Uma vez que tinha como objetivo desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da promoção do sono na idade pediátrica, estive nos diferentes contextos de estágio particularmente atenta a práticas dos profissionais que de acordo com os resultados da pesquisa que realizei podem facilitar ou dificultar o sono das crianças/adolescentes.

O ambiente hospitalar é caracterizado por altos níveis de luz, ruído e interrupções frequentes do

sono pelos enfermeiros para realizarem intervenções de enfermagem (Stremmer et al., 2009 citado por Papaconstantinou et al., 2018). A exposição à luz brilhante durante a noite influencia a temperatura corporal, o estado de alerta e o ritmo circadiano devido à alteração da produção de melatonina (Badia et al., 1991 & Lewy et al., 1980 citados por Stremmer et al., 2021). As interrupções frequentes do sono da criança/adolescente afetam de forma negativa a sua resposta imunológica, percepção da dor, regulação da glicose e da função neuroendócrina, e dificultam também a passagem por todos os estádios de sono (Stremmer et al., 2021).

Os procedimentos dolorosos e a condição de saúde também têm influência na ocorrência de distúrbios do sono (Jacob et al., 2006), assim como, a ansiedade relacionada com o ambiente desconhecido; realização de cirurgia ou outros procedimentos médicos; ansiedade de separação de um dos progenitores ou isolamento de familiares e amigos; e falta ou diminuição da interação social consequente da hospitalização (McCann & Kain, 2001). Os efeitos do comprometimento do sono afetam assim a capacidade da criança/adolescente em lidar com os desafios psicológicos que enfrenta por se encontrar hospitalizada (Stremmer et al., 2021), e os problemas de sono durante a hospitalização podem ter consequências na adaptação após a alta (Papaconstantinou et al., 2018), podendo gerar alterações comportamentais, incluindo ansiedade geral, apatia, isolamento e ansiedade relacionada ao sono. As dificuldades de sono pós-alta podem persistir de quatro dias a três a cinco semanas (MacLaren & Kain, 2008). Neste sentido, torna-se fundamental a intervenção do enfermeiro para minimizar o impacto negativo que tem a hospitalização no sono da criança/adolescente. A intervenção junto dos pais para a educação de práticas saudáveis para a promoção do sono é benéfica no internamento, e deve continuar após a alta (Papaconstantinou et al., 2018).

No serviço de pediatria onde realizei o estágio, os enfermeiros procuravam frequentemente agrupar as intervenções de forma a minimizar as interrupções do sono das crianças/adolescentes durante a noite. O mesmo acontecia na unidade de cuidados neonatais, onde havia também particular atenção aos níveis de luminosidade e de ruído. Na urgência pediátrica, nem sempre era possível gerir as intervenções, tendo em conta o sono da criança. Devido à condição de saúde da criança/adolescente e à urgência em obter resultados laboratoriais, por vezes não era possível aguardar que esta acordasse para se realizarem certos procedimentos, como, por exemplo, colheitas de sangue. No entanto, sempre que a condição permitisse, aguardava-se pelo período da manhã para realizar intervenções que implicassem interromper o sono. Apesar dos profissionais terem este cuidado, como referi anteriormente, a UDC das crianças era utilizada inadvertidamente por diversos grupos profissionais como zona de passagem. Esse comportamento fazia com que houvesse mais ruído o que condicionava o descanso das crianças. Considerando que os profissionais devem ter, principalmente durante a noite, cuidado para minimizar os níveis de ruído, debati várias vezes com o enfermeiro tutor o facto da UDC das crianças ser utilizada inadvertidamente por diversos grupos profissionais como zona de passagem, e de como isso condiciona o sono das crianças que lá se encontram, e

procurei sensibilizar os profissionais a utilizarem o percurso recomendado, sempre que me apercebi que o iam fazer através da referida UDC.

Durante o estágio, tive a oportunidade de lidar com famílias de diferentes países, religiões e culturas. Como referi anteriormente, a nível da comunicação foi desafiante devido às barreiras linguísticas, mas consegui encontrar soluções para facilitar a comunicação. No que diz respeito à cultura e religião, tive em atenção as restrições alimentares e proporcionei a privacidade e o ambiente necessário para hábitos de culto. Na unidade de cuidados intermédios neonatais tive ainda a oportunidade de facilitar o encontro entre uma mãe e o capelão. Procurei não fazer juízos de valor nem deixar que as minhas crenças religiosas e culturais influenciassem a prestação de cuidados.

No âmbito da prevenção do risco, tive sempre especial atenção à identificação inequívoca do utente. No serviço de pediatria, onde estagiei, no que diz respeito à prescrição de medicação, há a necessidade de os enfermeiros fazerem os cálculos da quantidade de medicação a administrar para atingir a dosagem prescrita. Neste sentido, realço o método que o serviço utilizava, a folha terapêutica com a medicação a administrar era validada todos os dias, no turno da manhã, pelo enfermeiro que estava responsável pela criança/adolescente e por outro enfermeiro do serviço. Este método visa diminuir os erros de cálculo, garantindo que está a ser administrada a dosagem correta.

Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista tem as seguintes competências: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p.4745).

Tanto no internamento de pediatria como na unidade de cuidados neonatais, tive a oportunidade de realizar turnos em que os meus enfermeiros tutores eram os responsáveis de turno. Entre as diversas responsabilidades, tinham como função distribuir as crianças internadas, pelos restantes enfermeiros, tendo em conta o nível de complexidade de cuidados de cada uma, de forma que existisse uma distribuição o mais justa e equitativa possível. Assim, tive a oportunidade de refletir sobre a distribuição efetuada e a sua relevância para a qualidade dos cuidados de enfermagem e também sobre as dotações seguras recomendadas pela OE.

O processo de distribuição era mais complicado na unidade de cuidados intensivos neonatais, pois a maioria dos RN internados nesta unidade requer uma vigilância exigente e cuidados de enfermagem complexos, pelo que é necessário ponderar muito bem que RN seriam atribuídos aos enfermeiros que iam ter dois RN à sua responsabilidade. No internamento de pediatria, não era tão visível este cuidado, pois devido à escassez de recursos humanos, como referi no

capítulo dois, não eram cumpridas as dotações seguras. Assim, a distribuição era normalmente efetuada pela sequência das camas, o que fazia com que alguns enfermeiros ficassem mais sobrecarregados, devido a terem à sua responsabilidade um maior número de crianças que requeriam um nível mais complexo de cuidados, o que acabava por condicionar a qualidade dos cuidados prestados.

Ao contrário dos cuidados intensivos neonatais em que os RN estavam em unidades isoladas, no internamento de pediatria os quartos eram maioritariamente duplos. Sempre que era admitida uma criança/adolescente, era o responsável de turno que decidia em que quarto esta ia ser colocada. Assim, o enfermeiro tinha, de acordo com as vagas existentes, sexo da criança, idade e patologia, decidir com quem esta iria partilhar quarto. Considerando que as diversas especialidades médicas e a cirurgia pediátrica estão alocadas a uma só unidade, é importante o responsável de turno gerir a distribuição para que, por exemplo, uma criança internada por cirurgia pediátrica não fique no mesmo quarto que uma que apresenta uma infeção respiratória, de forma a gerir o risco infeccioso.

Além da gestão da equipa, delegação de tarefas e articulação com a equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem de saber gerir também os cuidados que presta aos clientes que lhe estão atribuídos. Assim, é importante ter um espírito crítico, não se cingindo apenas às rotinas do serviço, mas sim, priorizando as intervenções, de acordo com as necessidades que a criança apresenta. Por exemplo, é habitual no internamento de pediatria a criança/adolescente tomar banho no período da manhã. No entanto, tive a meu cargo uma criança em idade escolar que não conseguiu dormir durante a noite por apresentar dor não controlada, e que após o pequeno-almoço adormeceu. Nesta situação optei por a deixar descansar, concentrando os cuidados e deixando o banho para o período da tarde.

Relacionando a gestão de cuidados e o sono, a OE recomenda intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadoras da promoção do sono, sendo estas:

“limitar e prestar apenas os cuidados de Enfermagem absolutamente necessários durante os períodos de sono; concentrar os cuidados de Enfermagem e a manipulação da criança/jovem; prestar cuidados não emergentes apenas durante os períodos de vigília; não avaliar rotineiramente os sinais vitais durante o período noturno; proceder à administração de medicação e a colheita de sangue para análises preferencialmente durante os períodos de vigília; conhecer o padrão de sono habitual da criança/jovem na admissão ao Serviço; manter a rotina habitual de sono da criança/jovem, sempre que possível” (OE, 2023a, p. 58).

Estas recomendações privilegiam que, sempre que possível, o enfermeiro execute as intervenções durante o período de vigília da criança. Deste modo, deve refletir se vai acordar a criança para efetuar uma intervenção, porque é rotina do serviço realizá-la em determinado horário, ou se pode adiar a intervenção, se essa decisão não implicar nenhum problema para a

condição de saúde da criança, permitindo que ela tenha um sono reparador. Para tal, é preciso que o EEESIP tenha espírito crítico, questionando a relevância e a pertinência das suas intervenções naquele momento, e não apenas fazer por fazer. Nos diversos contextos de estágio, procurei avaliar a pertinência das minhas intervenções e se era o momento certo para intervir. O enfermeiro especialista tem de fazer esta gestão de cuidados, e ter a capacidade de se adaptar às necessidades dos seus clientes.

O enfermeiro especialista tem de reconhecer os limites do âmbito de atuação das suas competências. Tive diversas situações em que foi necessária articulação com outros profissionais de saúde. Por exemplo, no internamento de pediatria, no caso de um adolescente vítima de acidente de viação em que a medicação prescrita para o controlo da dor não estava a surtir efeito, foi necessário contactar a ortopedia para reavaliar o adolescente. Na urgência pediátrica, acontecia frequentemente as crianças que estavam em vigilância na UDC apresentarem episódios de instabilidade, em que, por exemplo, ocorria hipertermia, surgiam sinais de dificuldade respiratória, ou outras alterações em que era necessário referenciar ao pediatra que estava responsável para reavaliar a condição da criança. Na unidade de cuidados neonatais, esta articulação com a equipa médica era ainda mais estreita, principalmente nos cuidados intensivos, dada a instabilidade dos RN. Nesta unidade havia também, frequentemente, articulação com fisioterapeutas e EEER. Nos cuidados de saúde primários, tive a oportunidade de realizar consultas a crianças com NSE. Nestas situações, além de referenciar para profissionais de saúde, existe também uma relação próxima com o pessoal docente e não docente. Estive, por exemplo, presente numa ação de formação à comunidade docente e não docente, de uma escola do primeiro ciclo, sobre epilepsia, com o objetivo de capacitar esta comunidade para dar resposta às necessidades específicas de um aluno que frequentava a escola e que apresentava esta condição de saúde.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é esperado que o enfermeiro especialista tenha como competências: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p. 4745).

Como já referi ao longo do presente relatório, é fundamental o enfermeiro especialista procurar atualizar os seus conhecimentos, de forma a garantir que presta cuidados de qualidade baseados na mais recente evidência científica.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é uma abordagem metodológica que integra sistematicamente três elementos essenciais na tomada de decisão clínica: as melhores evidências científicas disponíveis, a experiência clínica do profissional e as preferências do cliente/família (Schneider et al., 2020). Trata-se do uso consciente, explícito e criterioso da

melhor evidência para guiar intervenções de enfermagem, complementando a perícia do enfermeiro com dados comprovados e valores do cliente, a fim de otimizar resultados clínicos e garantir cuidados de elevada qualidade (Schneider et al., 2020). As principais etapas do processo de PBE podem ser resumidas da seguinte forma: formulação da pergunta clínica, busca das melhores evidências, avaliação crítica da evidência, integração da evidência na prática, e aplicação e avaliação dos resultados (Danski et al., 2017).

Implementar a PBE na prática de enfermagem pediátrica requer seguir um processo sistemático de etapas, bem como enfrentar desafios próprios do contexto clínico. No contexto pediátrico, as necessidades clínicas variam conforme a idade e o desenvolvimento da criança, assim a adaptação da evidência à realidade local e às características da criança e suas famílias é fundamental (Silva et al., 2021).

Apesar de estar comprovada a eficácia da PBE, existem algumas barreiras à sua implementação nos contextos clínicos, sendo exemplos: a falta de tempo dos profissionais devido a uma carga horária elevada (Danski et al., 2017), o não cumprimento das dotações recomendadas para os serviços de pediatria; a dificuldade de acesso às fontes de informação científica (bases de dados, revistas), bem como conhecimentos insuficientes sobre pesquisa e avaliação crítica, pelos enfermeiros; e resistência à mudança de hábitos enraizados (Torres, 2019). Cabe assim ao enfermeiro especialista, dadas as suas competências, fomentar a PBE, sendo também ele um agente de mudança nos serviços de saúde.

Numa ótica de aprofundar e atualizar os meus conhecimentos, participei em formações, encontros e congressos que considerei serem um acréscimo relevante para o meu desenvolvimento profissional. Assim, ao longo do mestrado frequentei as seguintes formações / encontros / congressos:

- Workshop Compreender Autismo, com duração de 6h, nos dias 18, 19 e 20 de outubro de 2022, promovido pela Associação Vencer Autismo (Anexo I);
- Formação Profissional SBV-DAE (Suporte Básico de Vida / Desfibrilhação Automática Externa), com duração de 7 horas, no dia 11/02/2023, certificada pelo INEM (Anexo II);
- Formação Profissional de Emergências Pediátricas em Cuidados de Saúde Primários, com duração de 8 horas, no dia 17/05/2023, promovida pelo Centro de Formação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (Anexo III);
- Curso de Formação de Dinamizadores Mais contigo, com a duração de 21 horas, nos dias 11, 12 e 13 de setembro de 2023, promovido pela Administração Regional de Saúde do Centro, em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo IV);
- Participação nas I Jornadas da UCC Vizela: + Comunidade + Saúde, no dia 25/01/2024 (Anexo V);
- Formação Parentalidade Consciente no Contexto Hospitalar, com duração de 7 horas, no dia 30/09/2024, promovida pela Unidade Local de Saúde de Braga (Anexo VI);
- Participação no II Encontro Saúde Escolar da ULS Matosinhos subordinado à temática “One Health e Escolas Promotoras de Saúde”, nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, promovido

- pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Anexo VII);
- Participação nas I Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediatria da ULS Braga, nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2025, promovida pela Unidade Local de Saúde de Braga (Anexo VIII);
 - Formação Suporte Básico de Vida Pediátrico, com duração de 4 horas, no dia 22/02/2025, certificado pelo INEM (Anexo IX);
 - Participação no VI Congresso Nacional da AUCC subordinado à temática “Integração de Cuidados e Ciclo de Vida”, nos dias 20 e 21 de março de 2025, promovido pela Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade (Anexo X).

Publicações:

- Filipa Costa, **Liliana Baptista**, Marta Feio, Sandra Rodrigues. (2025). A utilização de tiras reagentes na avaliação do pH gástrico no recém-nascido, *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, p.36-39. (Anexo XI).

Comunicações por póster:

- Filipa Costa, **Liliana Baptista**, Marta Feio, Sandra Rodrigues. (2022). *Uso da Pulseira Eletrónica: Prevenção do Rupto do Recém-Nascido na Neonatologia*, IV Congresso Científico AESEEnfP, (Anexo XII);
- **Liliana Baptista**, Rafaela Britto. (2024). *O Papel do Enfermeiro na Integração de Crianças/Adolescentes Sobreviventes de Cancro na Escola*, II Encontro Saúde Escolar da ULS Matosinhos (Anexo XIII).

Durante o estágio, procurei continuamente aprofundar os meus conhecimentos. Sempre que me deparei com uma situação desconhecida, questionei o enfermeiro tutor e, posteriormente, em casa, procurei pesquisar mais informação sobre a temática de forma a consolidar as aprendizagens.

Após abordar as competências comuns do enfermeiro especialista, importa analisar as competências específicas do EEESIP.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

A OE definiu que o EEESIP apresenta as seguintes competências: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018a, p.19192). De seguida, serão desenvolvidas cada uma destas competências.

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

No regulamento das competências específicas do EEESIP está descrito que,

“considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (OE, 2018a, p. 19192).

Nos vários contextos de estágio tive oportunidade de desenvolver esta competência, no âmbito da promoção da parentalidade desenvolvimental e especial, sendo, para tal, relevante o estabelecimento da parceria de cuidados.

Para a parceria de cuidados ser eficaz, é necessário que a interação entre o enfermeiro e o cliente respeite as competências comunicacionais que são requeridas a um profissional de saúde. Assim, competências de comunicação em saúde dizem respeito ao conjunto de competências que o profissional de saúde deve deter para reconhecer adequadamente as necessidades dos indivíduos, grupos e famílias, e intervir de forma eficaz, sustentando a tomada de decisão em diferentes domínios, nomeadamente na promoção da saúde, prevenção da doença, adesão terapêutica, entre outros contextos de intervenção clínica e comunitária (Sequeira et al., 2016). Das diversas competências de comunicação, realço: a promoção da privacidade e conforto; respeito pelo cliente e confidencialidade da informação; utilização de técnicas específicas de comunicação verbal, como a escuta, assertividade, explicitação, e não verbal, como a postura e o toque, em função das necessidades do cliente; fornecer informação relevante para o cliente, tendo em conta o contexto em que está inserido e as necessidades que apresenta no momento; e adaptar a linguagem ao nível de compreensão do cliente (Sequeira et al., 2016). Esta última, assume particular relevância no contexto da pediatria, uma vez que a capacidade de compreensão varia com a idade criança . Assim, cabe ao enfermeiro adotar estratégias de comunicação tendo em conta o contexto, condição de saúde e também a faixa etária da criança e o seu nível de compreensão.

Relativamente à comunicação com crianças, o enfermeiro deve: preparar o contexto de forma

adequada, com recurso a brinquedos, por exemplo; tratar a criança com respeito e dignidade, utilizando linguagem adequada ao nível de desenvolvimento, mas sem a infantilizar; utilizar estratégias interativas, como desenhar, jogar, contar histórias; informar a criança da intervenção que vai realizar, sendo sempre verdadeiro; dar tempo à criança; clarificar conceitos e tranquilizar a criança (Sequeira et al., 2016).

Com os adolescentes, é necessário adaptar as estratégias acima mencionadas ao seu estágio de desenvolvimento. Muitas vezes, é necessário recolher informação a sós com o adolescente (Sequeira et al., 2016). Nesse caso, o profissional deve solicitar aos pais autorização para conversar a sós com o adolescente, pois nesta fase do desenvolvimento muitos adolescentes sentem-se mais inibidos em colocar questões na presença dos pais.

Além da adaptação das estratégias de comunicação em função da idade, existem outros aspetos que diferem nas intervenções de enfermagem prescritas a cada criança/adolescente, sendo exemplo a patologia ou sinais/sintomas que levaram à admissão no hospital.

No internamento de pediatria e na urgência pediátrica, as causas mais frequentes da admissão das crianças/adolescentes eram: fraturas, dificuldade respiratória, bronquiolite, pneumonia, asma agudizada, febre, apendicite, amigdalite, meningite, vômitos, diarreia, gastroenterite aguda, dor abdominal, infeção do trato urinário, exantemas e diabetes inaugural.

Nestes contextos, tive várias situações em que as minhas intervenções, alinhando com os termos da ontologia de enfermagem, tinham como objetivo: promover o papel parental especial na gestão da náusea; promover o papel parental especial na prevenção de complicações do vomitar; promover o papel parental especial na prevenção da aspiração; promover o papel parental especial na gestão da diarreia; promover o papel parental especial na prevenção de complicações da diarreia; promover o papel parental especial na gestão da limpeza da via aérea; promover o papel parental especial na gestão da hipertermia, entre outros.

Em contexto hospitalar procurei também promover o desenvolvimento da criança/adolescente. Sempre que identificada a necessidade e se fosse o momento próprio para intervir, tinha intervenções junto dos pais com o objetivo de: promover o papel parental desenvolvimental no sono/repouso; promover o papel parental desenvolvimental na ingestão nutricional; promover o papel parental desenvolvimental no desenvolvimento infantil; promover o papel parental desenvolvimental na vigilância e promoção da saúde, entre outros. Com as crianças/adolescentes, sempre que oportuno, intervimos no âmbito da promoção da autonomia.

No estágio no serviço de urgência pediátrica, o principal motivo de admissão de crianças/adolescentes foi por dificuldade respiratória, e, frequentemente, tiveram alta com prescrição de medicação inalatória. Assim, além de capacitar os pais, instruí, sempre que oportuno, a criança/adolescente na administração da terapêutica inalatória com recurso a câmara expansora.

No internamento de pediatria, tive a meu cargo quatro adolescentes com diagnóstico de DM tipo 1 inaugural. Considerando que a adolescência, como referido, é um período do desenvolvimento humano que se inicia aos 10 anos de idade e se caracteriza pelo crescimento e desenvolvimento biológico, cognitivo, psicológico e social (Barroso et al., 2017), viver com uma doença crónica, como é o caso da DM tipo 1, torna-se ainda mais desafiante, uma vez que o adolescente vê alteradas as suas rotinas diárias, podendo ainda ser submetido a hospitalizações para realização de exames e tratamentos, além de enfrentar limitações, principalmente alimentares. O diagnóstico gera ansiedade, pois o adolescente ainda se encontra numa fase de procura e consolidação da sua personalidade, tentando ser aceite pelo seu grupo de pares.

O facto de os adolescentes com DM tipo 1 terem limitações, principalmente a nível da alimentação, é por vezes um motivo de conflito com os pais e dificulta a adesão ao regime terapêutico (Fialho et al., 2011). O autocuidado requerido ao adolescente na gestão da diabetes abrange aspetos como: administração de insulina, monitorização da glicose no sangue, manutenção de registos de administração de insulina e níveis de glicose, gestão de hipoglicemias e hiperglicemias, cumprimento de planos de refeição e realização de exercício físico regular (Flora & Gameiro, 2016). Tive a oportunidade de abordar todos estes aspetos junto dos adolescentes e respetivas famílias.

Na unidade de neonatologia, o principal motivo de internamento foi a prematuridade. Neste contexto, a minha intervenção junto dos pais era essencialmente focada na promoção do desenvolvimento da criança, do aleitamento materno (AM) e na promoção da vinculação.

Um RN pré-termo ou prematuro, é aquele que nasce vivo antes das 37 semanas completas de gestação, contabilizadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (World Health Organization [WHO], 2012). A incidência de nascimentos prematuros varia de 5 a 12% a nível mundial, estando atualmente com uma tendência crescente. A prematuridade é a principal responsável pelas mortes no período neonatal (Ferraz, 2017) e está associada a maior risco de problemas ao longo do desenvolvimento. Mesmo os RN pré-termo que não apresentaram complicações durante o internamento, têm risco acrescido para dificuldades de aprendizagem, défice de atenção e hiperatividade, alterações auditivas e visuais, distúrbios de linguagem, perturbações emocionais e comportamentais e défice de autoestima (Seki & Balieiro, 2009). São diversas e imprevisíveis as circunstâncias desencadeadoras da prematuridade. É um evento que afeta diretamente as famílias e as suas expectativas, podendo comprometer a parentalidade. Antes do nascimento, os pais idealizam como será o seu bebé e, nos casos de prematuridade, este não corresponde às expectativas que criaram (Ramos et al., 2020).

Os RN prematuros, que se encontram internados em unidade de cuidados intensivos neonatais, ficam por vezes afastados da mãe devido às intervenções clínicas a que estão sujeitos. Esta situação pode afetar a ligação que a mãe tinha estabelecido com o bebé durante a gravidez, uma vez que não é possível uma interação contínua e o cuidar do filho como tinha idealizado,

podendo isto desencadear reações emocionais de culpabilidade e medo (Camarneiro et al., 2009). Durante a gravidez a mãe e/ou pai desejam que o seu filho seja perfeito e saudável. Aquando do nascimento, surge o confronto entre o bebé que foi idealizado e o bebé real. Isto conduz à necessidade de os pais enfrentarem um processo de luto relativamente ao bebé idealizado e ao enamoramento para com o bebé real (Silva, 2010). Ao estarem 24 horas junto do RN e da família, os enfermeiros têm um papel fulcral na promoção dos cuidados parentais durante as primeiras semanas de vida, de forma a permitir partilha de saberes, dúvidas, expectativas e medos. Ao adquirirem confiança na equipa de enfermagem, os pais sentem-se mais tranquilos e confiantes (Ramos et al., 2020). O enfermeiro tem também um papel facilitador na vinculação, criando oportunidades e incentivando os pais a participar nos cuidados prestados ao RN, proporcionando o contacto corporal e transmitindo informações acerca das competências do RN (Ramos et al., 2020).

Durante o estágio na UCC, tive a oportunidade de realizar consultas e intervenção em contexto escolar no âmbito de crianças com NSE. No PNSE, as NSE são definidas como “as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual” (DGS, 2015, p.43). Assim, o enfermeiro no contexto de saúde escolar tem de, em parceria com a criança, família e escola, gerir estas necessidades, de forma a minimizar o impacto que estas possam ter no processo de aprendizagem, no bem-estar e segurança do aluno em contexto escolar.

No PNSE, no que diz respeito às crianças com NSE, está preconizado a elaboração de um plano de saúde individual (PSI). Este plano é negociado com a criança, escola e família, e pretende que se “avalie o impacto das condições de saúde na funcionalidade, e sublinha as medidas de saúde a implementar para melhorar o seu desempenho escolar, evocando os fatores ambientais e facilitadores, ou as barreiras no contexto escolar” (OE, 2023b, p.10). Esta competência cabe aos EEESIP que integram as equipas de saúde escolar.

A intervenção do EEESIP nas NSE inicia-se através da referenciação de crianças e jovens com estas necessidades, que pode partir dos serviços de saúde (equipa de saúde familiar, hospital, pediatra), da escola, dos pais ou encarregados de educação, ELI, e outros serviços da comunidade como CPCJ (OE, 2023b). Após a referenciação, é efetuado um primeiro contacto com os pais/encarregados de educação, e agendada consulta para avaliar as necessidades da criança/adolescente. Após a identificação das necessidades em saúde da criança, o EEESIP articula com a escola para que, em conjunto com pais e a criança, se elabore o PSI.

No estágio, dentro das várias consultas que efetuei, destaco o caso de uma criança em idade escolar diagnosticada com epilepsia. Após a avaliação e elaboração do PSI, foi necessário capacitar o pessoal docente e não docente para intervir em caso de crise epilética. A

capacitação é um dos seis eixos do PNSE, e não se limita à transmissão de informação, deve garantir que o cliente está capaz de agir. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “capacitar significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde pela mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde” (WHO, 1998, p. 7). Assim, para empoderar a comunidade educativa são necessárias intervenções do tipo ensinar que consiste em “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (ICN, 2019, p.51), instruir, fornecendo “informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa” (ICN, 2019, p.79) e treinar, que é “desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (ICN, 2019, p.135).

No caso da criança em idade escolar com epilepsia, colaborei numa ação de formação com componente teórica e prática dirigida aos docentes e não docentes da escola que esta frequentava, com o objetivo de capacitar a comunidade escolar para identificar uma crise e saber como atuar, bem como administrar o diazepam retal em SOS, que a criança tem prescrito, estando também presente a mãe do aluno. Com esta capacitação, é transmitida segurança aos pais, uma vez que assim sabem que, em caso de crise epilética, a escola é capaz de prestar os primeiros socorros, mas também aos docentes e não docentes, que em caso de crise epilética sabem como atuar. O objetivo é que, em cada ano letivo, sempre que se mantenham as necessidades, se repita a formação, para recordar os procedimentos e capacitar novos profissionais que possam integrar a escola. Neste sentido, “a capacitação revela-se como um dos alicerces das necessidades de saúde especiais de forma a permitir a implementação e consequente operacionalização das intervenções planeadas no plano de saúde individual da criança e jovem” (OE, 2023b, p.42).

A intervenção do EEESIP no âmbito das NSE não se extingue na capacitação, é mantida uma articulação com a escola e com a família, procedendo-se à monitorização do PSI e à sua revisão, tal como está preconizado no Despacho n.º 8297-C/2019, de 18 de setembro.

O PNSE, que atualmente está em vigor, data de 2015 e é composto por seis eixos, sendo estes: capacitação, ambiente escolar e saúde, condições de saúde, qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar, e, por último, parcerias. O eixo da capacitação apresenta as seguintes áreas de intervenção: Saúde mental e competências socioemocionais; Educação para os afetos e a sexualidade; Alimentação saudável e atividade física; Higiene corporal e saúde oral; Hábitos de sono e repouso; Educação postural; e Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015).

Durante o estágio na UCC, tive a oportunidade de intervir no âmbito da saúde mental, através da implementação do projeto “Mais Contigo”, projeto desenvolvido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, participando numa sessão dirigida aos encarregados de educação e

numa sessão dirigida a uma turma de alunos do 8º ano de escolaridade. Posteriormente, realizei formação para ser dinamizadora deste programa, que visa a promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa.

Ainda no eixo da capacitação, intervimos na saúde oral em turmas de alunos do pré-escolar, através da demonstração da técnica da escovagem dos dentes e realização de um jogo, com o objetivo de identificar práticas promotoras da saúde oral. De acordo com o PNSE, a “Saúde Escolar contribui para a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, incentiva a escovagem dos dentes desde o Jardim de Infância e cria condições para melhorar a acessibilidade a cuidados dentários de crianças e jovens que deles necessitem” (DGS, 2015, p.27).

Intervimos também nos hábitos de sono e repouso. Esta intervenção foi delineada por mim, com a supervisão do enfermeiro tutor. O PNSE preconiza que a “Saúde Escolar colabora com a Escola na melhoria da literacia sobre os hábitos de sono e repouso e promove a sua adequação ao longo da escolaridade” (DGS, 2015, p.28). Neste sentido, intervimos com os alunos do 5º ano de uma escola da área de abrangência da UCC, onde decorreu o estágio, e tive por objetivo promover hábitos de sono saudáveis. Abordei a importância do sono para o desenvolvimento e aprendizagem, higiene do sono e consequências da privação do sono.

O sono é um foco de atenção para a prática de enfermagem e, de acordo com a ontologia de enfermagem, este deve ser avaliado quanto à sua qualidade e duração noturna e diurna. Podem neste âmbito ser identificados diagnósticos de enfermagem: sono comprometido; potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção do sono; e potencial para melhorar o significado atribuído ao compromisso do sono. O diagnóstico sono comprometido, tem como intervenções de enfermagem: avaliar a evolução do sono; implementar estratégias de promoção do sono; gerir medicação; e referenciar sono comprometido ao médico. O diagnóstico potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção do sono, tem como intervenções de enfermagem: avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono; ensinar sobre padrão de sono; ensinar sobre complicações do sono comprometido; e ensinar estratégias de promoção do sono. Por último, o diagnóstico potencial para melhorar o significado atribuído ao compromisso do sono, tem como intervenções de enfermagem: avaliar evolução do significado atribuído ao compromisso do sono e assistir cliente a analisar o significado dificultador.

O sono é uma necessidade fisiológica tão importante como comer e beber, mas por vezes é desvalorizado. Contudo, atualmente tem sido estudado o seu impacto no equilíbrio fisiológico. Um sono de qualidade é indicador de boa saúde, pois gera equilíbrio fisiológico, endocrinológico e imunológico (Monteiro, 2014).

Existem dois tipos de sono que se alternam de forma cíclica durante a noite, sendo estes o sono REM (*rapid eye movement*) e o sono NREM (*non-rapid eye movement*). O sono paradoxal designa-se frequentemente por sono REM, devido à presença de movimentos rápidos dos olhos

(Paiva & Penzel, 2011). Caracteriza-se por atividade elétrica cortical dessincronizada (com um registo de eletroencefalograma (EEG) com ondas de baixa amplitude e alta frequência), hipotonia muscular (com exceção do diafragma, músculos do ouvido médio e músculos dos tecidos eréteis) e atividade onírica (Silva, 2014), sendo predominante a atividade simpática (Parmeggiani, 1987 citado por Paiva & Penzel, 2011). Há uma variabilidade da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da pressão arterial. A temperatura hipotalâmica sobe, e, ao contrário do sono NREM, os mecanismos de termorregulação deixam de funcionar, pelo que o organismo fica dependente da temperatura ambiente. Os valores de consumo de oxigénio cerebral ficam próximos dos valores do estado de vigília, ocorre uma atonia muscular completa com perda da atividade postural. Os sonhos são predominantemente emocionais e são mais facilmente retidos quando se acorda nesta fase (Paiva & Penzel, 2011).

O sono lento, também denominado sono NREM, é caracterizado por um EEG onde predominam baixas frequências (Paiva & Penzel, 2011), ocorrendo ainda relaxamento muscular comparativamente ao estado de vigília, mantendo-se sempre alguma tonicidade basal (Guimarães, 2013). Contudo, há diferenças no EEG durante o sono NREM, o que fez com que este fosse dividido em fases. É dominante a ativação parassimpática, ocorrendo miose intensa, diminuição da sudorese e perda das respostas psicogalvânicas. Ocorre ainda diminuição da frequência cardíaca média, da pressão arterial e do débito cardíaco, a temperatura central decresce e o consumo de oxigénio cerebral diminui. O tónus muscular é menor em comparação com o estado de vigília, existindo contração tónica do orbicular das pálpebras. A atividade cognitiva mantém-se neste período, mas os sonhos são facilmente esquecidos e incidem mais sobre situações do quotidiano (Paiva & Penzel, 2011).

O estado de sono REM ocorre com intervalos de 90 minutos, sendo os episódios mais longos e menos espaçados no fim da noite. O sono NREM é dominante no início da noite. Com o decorrer da noite a duração do sono REM torna-se maior, ao contrário do sono NREM, que se vai tornando menor (Paiva & Penzel, 2011).

As fases do sono incluem: a vigília, as fases 1, 2 e 3 do sono NREM e o sono REM. Na vigília podem existir ou não movimentos oculares, sejam eles rápidos ou lentos, e por vezes existe também irregularidade na frequência respiratória (Paiva & Penzel, 2011). A fase N1 é o período de transição para o sono. Nas crianças, o primeiro sinal de sonolência pode ser o fechar dos olhos, contudo, até aos três meses após o nascimento, podem adormecer de olhos abertos ou com movimentos rápidos de abrir e fechar (Curzi-Dascalova et al., 1981 citado por Paiva & Penzel, 2011). Na fase N2 os movimentos lentos dos olhos desaparecem e a frequência cardíaca e a frequência respiratória apresentam um valor inferior ao estado de vigília. Na fase N3 há uma redução nas frequências respiratória e cardíaca, além da diminuição do tónus muscular. Alguns minutos após o apagar da luz entra-se na fase N1 que dura entre um a sete minutos e o indivíduo é facilmente despertável. De seguida, a fase N2 dura cerca de 10 a 25 minutos, uma vez que o sono se torna cada vez mais profundo, passando assim para a fase N3 (Paiva &

Penzel, 2011).

O ritmo dos períodos de sono e vigília é determinado por um relógio biológico, localizado no hipotálamo, sob a influência de fatores internos e externos, sendo exemplo deste último a luz do dia, que à medida que vai diminuindo estimula a produção da melatonina que é a hormona responsável pela necessidade de dormir (Associação Portuguesa do Sono & Associação Portuguesa de Pediatria, 2020).

Nos primeiros meses de vida, os bebés dormem a maior parte do tempo, embora de forma fragmentada. Nesta fase, o ritmo circadiano ainda não está estabelecido – os lactentes não distinguem claramente o dia da noite e acordam frequentemente para serem alimentados (Thabet & Tabarki, 2023).

Por volta dos três meses começa a emergir um padrão mais regular, pois o relógio biológico passa a consolidar mais o sono no período noturno (Thabet & Tabarki, 2023). Lactentes dos 4 aos 12 meses ainda dormem muito (Thabet & Tabarki, 2023) e gradualmente os períodos de sono noturno tornam-se mais longos. Aos seis meses muitos lactentes já conseguem dormir seis a oito horas seguidas durante a noite e cerca de 56% dos lactentes desta idade dormem pelo menos oito horas contínuas sem acordar (Lenehan et al., 2023).

Aos 12 meses, a maioria das crianças dorme a noite inteira de forma consolidada, necessitando ainda de uma sesta durante o dia. Este progresso traduz o amadurecimento neurológico, pois com o tempo, reduz-se a percentagem de sono REM e aumenta o sono NREM profundo, favorecendo noites de sono mais prolongadas (Lenehan et al., 2023). Contudo, existem variações individuais entre as crianças, sem que isso indique necessariamente patologia, mas sim diferenças no tempo de consolidação do sono noturno (Lenehan et al., 2023).

À medida que a idade da criança avança, as suas necessidades totais de sono diminuem ligeiramente, estando este mais consolidado. É frequente que, por volta dos dois anos, muitas crianças resistam na hora de dormir, surgindo a chamada insónia comportamental do início da infância, normalmente relacionada com a ansiedade de separação ou limites insuficientes na rotina do sono, e não a um distúrbio orgânico (Thabet & Tabarki, 2023).

Na idade pré-escolar, o número de horas de sono diárias continua a diminuir, muitas crianças nesta fase ainda beneficiam de uma sesta depois do almoço, embora a duração e frequência variem. Algumas crianças de quatro ou cinco anos já não dormem de dia, enquanto outras mantêm uma sesta curta, que pode melhorar o humor e a atenção, mas, a partir dos cinco anos, muitas deixam de fazer sestas diurnas e concentram todo o sono no período noturno (Thabet & Tabarki, 2023). Nessa idade, a maioria já adormece sozinha na sua cama e consegue voltar a adormecer se despertar durante a noite, sobretudo quando os pais implementam rotinas consistentes (Thabet & Tabarki, 2023).

Na idade escolar, a necessidade de horas de sono diminui para cerca de 9 a 11 horas, sendo a

organização do sono semelhante à dos adultos (praticamente todo concentrado à noite, sem sextas regulares), não havendo alterações significativas a partir desta fase (Paiva & Penzel, 2011; Thabet & Tabarki, 2023).

Como referido anteriormente, o número de horas diárias de sono varia com o avançar do desenvolvimento humano. No Quadro 2 encontra-se a relação entre a idade e o número de horas de sono recomendado para idades pediátricas de acordo com a Associação Portuguesa do Sono e a Associação Portuguesa de Pediatria (2020).

Quadro 2: Número de horas de sono recomendado na idade pediátrica

Idade	Número de Horas de Sono Recomendado
0-3 meses	14 a 17 horas
4-11 meses	12 a 15 horas
1-2 anos	11 a 14 horas
3-5 anos	10 a 13 horas
6-13 anos	9 a 11 horas
14-17 anos	8 a 10 horas

Fonte: Associação Portuguesa do Sono & Associação Portuguesa de Pediatria (2020)

De acordo com o desenvolvimento das crianças, o sono pode apresentar vários padrões sendo estes polifásico, bifásico e monofásico. O padrão polifásico é característico dos RN, em que o sono se distribui pelas 24 horas do dia. Progressivamente o número de horas de sono vai diminuindo, até que passam a dormir apenas uma sesta de manhã e de tarde e dormem durante a noite. O padrão bifásico ocorre entre o primeiro e o quarto ano de vida, em que a criança dorme apenas uma sesta à tarde. Já a partir dos cinco ou seis anos, as crianças apresentam um padrão monofásico, pois deixam de fazer sesta e passam a dormir só de noite (Monteiro, 2014).

Nos primeiros meses, o sono da criança está dividido em sono ativo e sono tranquilo. A vigília também se subdivide em vigília tranquila e vigília ativa.

Ao longo do desenvolvimento o sono da criança vai-se modificando no que concerne à sua necessidade e duração, regulação circadiana e características neurofisiológicas. Deste modo, o padrão de sono-vigília torna-se um dos marcos do desenvolvimento infantil, que acompanha e modela as restantes aquisições de desenvolvimento do domínio psicológico, motor e cognitivo.

Uma criança que não dorme o número de horas que estão recomendadas para a sua faixa etária, terá repercussões no seu dia-a-dia, como cansaço, défice de atenção, baixa motivação, sonolência durante o dia, irritabilidade, alterações repentinas de humor, perda de memórias de factos recentes e lentidão de raciocínio (Monteiro, 2014). Em contrapartida, a que dorme o número de horas adequadas é mais sociável, tolerante e cooperante, tem maior capacidade de atenção e mais disposição para a aprendizagem.

A energia consumida durante o dia é repostada durante o sono, pelo que se a criança/adolescente não tiver uma boa noite de sono, esta não será repostada adequadamente. As crianças com défice de sono estão mais suscetíveis a doenças, problemas de irritabilidade e violência, tendo menor capacidade de pensamento abstrato e comprometimento do rendimento escolar. Poucas horas de sono podem conduzir também a problemas como diabetes, obesidade e hipertensão arterial (Paiva, 2008 citada por Monteiro, 2014).

Mesmo com rotinas adequadas, muitas crianças experienciam perturbações do sono em alguma fase do desenvolvimento. Algumas destas dificuldades são transitórias e benignas, fazendo parte do amadurecimento normal (como acordar à noite nos lactentes ou terrores noturnos nos pré-escolares). Outras configuram distúrbios de sono, que podem necessitar de intervenção. As perturbações do sono têm consequências cognitivas e no equilíbrio metabólico. Estas podem resultar de alterações da quantidade ou qualidade de sono (dissónias), ou eventos comportamentais ou fisiológicos anormais associados ao sono (parassónias). São exemplos deste último os terrores noturnos, pesadelos, entre outros (Thabet & Tabarki, 2023).

As parassónias correspondem a fenómenos ou comportamentos indesejados que ocorrem durante o sono. São bastante comuns na infância, estimando-se que até 50% das crianças apresentem alguma parassónia, ainda que episódica ou transitória (Thabet & Tabarki, 2023). As parassónias do sono NREM tendem a ocorrer no primeiro terço da noite, quando o sono profundo (estágio N3) predomina, sendo exemplo os terrores noturnos (Thabet & Tabarki, 2023).

Nos terrores noturnos, típicos em pré-escolares, a criança acorda subitamente numa reação de pânico, pode gritar, apresentar taquicardia, suores e olhar assustado, mas encontra-se alienada do ambiente à sua volta e inconsolável durante o episódio (Thabet & Tabarki, 2023). Os pais descrevem frequentemente que o filho acordou a gritar sem o reconhecer, e que depois retorna a dormir profundamente, não recordando o incidente na manhã seguinte (Thabet & Tabarki, 2023).

Os pesadelos são parassónias do sono REM, ocorrendo mais na segunda metade da noite, ocorrendo sonhos assustadores de que a criança se lembra ao acordar, desperta assustada, mas rapidamente fica orientada e procura conforto, conseguindo relatar o sonho com detalhes (Thabet & Tabarki, 2023).

A maioria dos problemas de sono nas crianças resulta de um número de horas de sono inadequadas para a sua faixa etária (Monteiro, 2014). Parte destes problemas devem-se a comportamentos errados por parte dos pais. Resultam de erros que prejudicam o ritmo das crianças tais como: ter televisão no quarto e/ou jogos de computador, pois provocam hiperestimulação do cérebro; passear crianças muito pequenas nos centros comerciais onde há muita luz artificial, o que influencia negativamente a segregação de melatonina; os pais chegarem tarde a casa e deitarem tarde as crianças, tendo estas no dia seguinte de acordar cedo, sendo frequente de manhã fazerem birras por coisas simples como terem de se vestir. No

entanto, os medos afetam também o sono das crianças. São frequentes o medo do escuro e de ficar sozinha no quarto. Outra causa pode ser a adaptação à escola, o relacionamento com os colegas e professores que geram ansiedade na criança (Paiva, 1998 citada por Monteiro, 2014).

Os pais têm um papel fundamental na minimização dos problemas do sono, devem saber colocar limites à criança e criar rituais que a ajudem a perceber que se está a aproximar a hora de ir dormir (Monteiro, 2014). As rotinas de sono são fundamentais e consistem num conjunto de comportamentos observáveis e repetidos, envolvendo a criança e pelo menos um adulto, num ambiente consistente, devem ocorrer com regularidade e dar previsibilidade ao momento que antecede o deitar (Henderson & Jordan, 2010). A previsibilidade é um fator importante, pois contribui para a redução da ansiedade associada ao momento de deitar (Wilkinson, 1988 citado por Januário, 2012). O ambiente estruturado e consistente reduz a possibilidade de distração da criança por estímulos externos, estando assim num estado calmo, propício ao adormecimento e sono adequado. As rotinas incluem a hora de deitar, ações que antecedem a ida da criança para a cama, possíveis estratégias de adormecimento, a hora de levantar e as ações que lhe estão inerentes. Podem ser diversas, ajustadas sempre à idade da criança, assim como aspetos culturais e práticas educativas parentais (Januário, 2012). São exemplos: o banho ao final do dia, vestir o pijama, escovar os dentes, contar uma história, o beijo de boa noite ou o deixar a criança sozinha no quarto (Jemmi & O'Connor, 2005 citado por Januário, 2012). O quarto deve ser um espaço confortável, de luminosidade e temperatura adequadas (Januário, 2012).

Os adolescentes são também muito vulneráveis a distúrbios do sono, sendo predominante a insónia, uma vez que durante a puberdade é alterado o momento de libertação da melatonina, interferindo assim no ritmo circadiano. Além desta influência hormonal, também os fatores sócio-comportamentais levam a que o adolescente tenha preferência por horários mais tardios para adormecer e acordar (Moore & Meltzer, 2008). Estes apresentam normalmente um estilo de vida mais agitado, estão envolvidos em diversos tipos de atividades e no uso de tecnologias. A menor duração e pior qualidade do sono está, também, associada a maus hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco, menor prática de atividade física e elevado tempo de exposição a ecrãs (Oliveira et al., 2019). A luz azul emitida por televisões, tablets, telemóveis e computadores pode inibir a produção de melatonina e atrasar o adormecer. Por isso, é fortemente aconselhado que, pelo menos uma a duas horas antes da hora de dormir, a criança/adolescente não use dispositivos eletrónicos (Thabet & Tabarki, 2023). À noite, idealmente após o jantar, recomenda-se evitar o consumo de alimentos ou bebidas açucaradas e/ou com cafeína. Os refrigerantes, chá preto, chocolates e café são estimulantes pelo que podem dificultar o sono (Thabet & Tabarki, 2023).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, é esperado que no âmbito das suas competências o profissional: assista a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuide da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e que preste cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida

e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018a). Na prestação de cuidados à criança/adolescente, o enfermeiro deve gerir o ambiente e as intervenções de modo a promover o sono saudável, essencial para a sua recuperação, envolvendo também a família nestes cuidados, através da educação para práticas saudáveis promotoras do sono. Ao intervir desta forma cumpre, também, o dever de “garantir a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e/ou vivências de situações de risco/doença crónica” (OE, 2017b, p. 6).

A promoção do sono tem de ser também trabalhada em contexto de cuidados de saúde primários. Neste contexto, o enfermeiro tem de intervir quer nas consultas de vigilância de saúde infantil, tal como está preconizado no PNSIJ, quer nas UCC no âmbito do PNSE. Nas consultas de saúde infantil é avaliado o padrão, hábitos de sono da criança/adolescente e são abordados cuidados antecipatórios (DGS, 2013). Em contexto de saúde escolar, há uma colaboração com as escolas da área de abrangência da UCC, com o objetivo de melhorar a literacia sobre os hábitos de sono e repouso, promovendo a sua adequação ao longo da escolaridade (DGS, 2015). Nos jardins de infância e escolas, os enfermeiros podem promover programas de literacia do sono, ensinando, de forma adaptada à idade das crianças, a importância de dormir bem (Bonuck et al., 2022).

Um estudo realizado por Owens et al. (2011) com crianças dos três meses aos 12 anos, evidencia a importância da intervenção por parte do EEESIP junto dos pais, pois encontrou correlações entre conhecimentos parentais reduzidos acerca do sono e práticas de sono não saudáveis, falta de consistências nos horários de deitar e acordar, hora de deitar tardia e presença de aparelhos eletrónicos no quarto. Concluíram também que os pais tendem a subvalorizar a duração do sono infantil, uma vez que 25% das crianças não dormiam o número de horas recomendadas para a sua idade, mas apenas 13% dos pais tinham essa perceção (Owens et al., 2011). Deste modo, conclui-se que as intervenções para promoção do sono, além de serem executadas com a criança/adolescente, devem também ser dirigidas aos pais.

Todas as estratégias, requerem a paciência e consistência por parte dos pais. Os enfermeiros devem assim encorajar os pais, esclarecendo que mudanças de hábito levam alguns dias ou semanas até mostrarem resultados e que algumas recaídas podem ocorrer (Sinthong & Ngernlangtawee, 2024), como é descrito nos modelos estruturantes para a literacia em saúde, mas com a persistência conseguirão obter resultados.

Ainda no estágio na UCC, no eixo ambiente escolar e saúde do PNSE, tive a oportunidade de intervir no âmbito dos primeiros socorros. O PNSE preconiza que a saúde escolar “no que se refere à prestação de primeiros socorros e SBV pode capacitar alunos/as e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência” (DGS, 2015, p.39). A UCC onde realizei estágio tem elaborado um projeto dirigido aos alunos do quarto ano do ensino básico, de forma a dar a conhecer o algoritmo do SBV, com recurso a um peluche que cada aluno traz para a

escola para treinar as manobras de SBV.

Durante o estágio na UCC, tive a oportunidade de reunir com o presidente da CPCJ da área de abrangência da UCC. As CPCJ são “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral” (Lei n. º147/99, artigo 12.º). Tive a oportunidade de compreender o funcionamento da CPCJ na modalidade alargada e restrita, bem como o fluxograma de atuação a partir do momento em que existe uma denúncia. A lei da proteção de crianças e jovens em perigo tem como objetivo a

“intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo” (Lei n. º147/99, artigo 3.º).

Quando chega uma denúncia à CPCJ, os pais ou representantes legais da criança são convocados à sede da referida comissão onde é explicado o objetivo e forma de atuação da CPCJ dentro do enquadramento legal. Posteriormente é solicitado aos pais o consentimento para se iniciar a intervenção. O mesmo se aplica se a sinalização for referente a uma criança a partir dos 12 anos, em que tem também de assinar a declaração de não oposição à intervenção. Posteriormente, é efetuada uma análise diagnóstica e diligências consoante a problemática. O objetivo é eliminar a situação potenciadora de perigo, e para tal os membros da CPCJ intervêm, por exemplo, junto dos pais, escola e equipa de saúde. Alguns casos de negligência surgem por falta de conhecimento dos pais e, nesse caso, são realizadas intervenções para melhorar o conhecimento e capacidade dos pais em determinada área. Por vezes há falta de competências parentais, sendo, na minha ótica, benéfico alguns pais participarem em programas no âmbito da promoção da parentalidade, onde a intervenção do EEESIP é muito relevante. Só em último recurso, ou quando existe uma situação efetivamente muito perigosa para a criança, é que esta pode ser institucionalizada ou colocada à guarda de outro familiar.

Por questões de confidencialidade, não tive acesso a nenhum processo, nem estive presente em nenhuma reunião das modalidades, restrita ou alargada. Mas este contexto de intervenção despertou em mim particular interesse, pelo que, posteriormente, procurei adquirir mais conhecimentos no âmbito da intervenção do enfermeiro na CPCJ e integrei como representante da saúde uma CPCJ.

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

Durante o estágio, em contexto de urgência pediátrica, não tive a oportunidade de vivenciar uma situação de emergência, pois não ocorreu em nenhum dos turnos que realizei. No entanto, tive uma situação de três irmãos que deram entrada no serviço de urgência apresentando intoxicação por monóxido de carbono, devido a um problema no aquecimento a gás. Uma das crianças era de idade pré-escolar e as outras duas de idade escolar. Foi necessário na triagem priorizar a ordem de intervenção em cada uma das crianças. Avaliando os sinais vitais e sintomatologia apresentada, foi intervencionada primeiro a criança em idade pré-escolar, uma vez que apresentava pressão arterial mais baixa, falta de ar, apatia e confusão. Posteriormente, foram intervencionadas as outras que apresentavam cefaleias, sonolência, mas tinham os sinais vitais estáveis. Foram efetuadas colheitas de sangue, gasometria arterial, e cumpriram oxigenoterapia a alto débito. Esta situação foi particularmente complexa de gerir, uma vez que as crianças sentiam falta da presença dos pais, que se encontravam no serviço de urgência de adultos. Para as tranquilizar e dado que a condição dos pais era mais estável, optou-se por colocar os mesmos em vigilância junto dos filhos na urgência pediátrica. A presença dos pais permitiu, também, uma maior colaboração das crianças nos procedimentos, o que realça a importância do acompanhamento dos pais como fator que reduz o stress e transmite mais confiança e segurança às crianças.

Na unidade de cuidados intensivos neonatal, além do RN que falei anteriormente, em que se interrompeu o tratamento e ficou em medidas de conforto e controlo da dor até ao fim de vida, tive diversas situações de paragens respiratórias, em que foi necessário recorrer a ventilação invasiva. Apesar de nos cuidados intensivos neonatais se privilegiar a VNI, muitas vezes é necessário recorrer à ventilação invasiva, apesar de estar associada a um maior risco de complicações (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014a). Apesar da intubação traqueal ser um procedimento realizado pelo médico, o enfermeiro fica responsável pela vigilância, monitorização e aspiração de secreções, garantindo a permeabilidade das vias aéreas. Tanto nos RN com VNI como nos que realizam ventilação invasiva, o enfermeiro tem também um papel importante na prevenção de lesões associadas a dispositivos médicos.

No estágio foram diversas as situações de RN em VNI com uso de *continuous positive airway pressure* (CPAP) por máscara nasal. As intervenções de enfermagem associadas ao uso de VNI são várias, sendo exemplos: a escolha de barrete de fixação e de cânulas binasais de dimensões adequadas ao RN através do medidor disponibilizado pelo fabricante; manter a cânula nasal segura e devidamente posicionada sem provocar pressão excessiva; sempre que a condição do RN permita, alternar *prongs* nasais com máscara nasal, de forma a evitar maceração e úlceras de pressão, bem como colocar placa hidrocoloide / apósito de silicone cortado de forma a proteger a pele do RN, manter região nasal seca e massajar frequentemente as narinas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014b).

Ainda no âmbito da VNI, para a desobstrução das vias aéreas e prevenção da acumulação de secreções, são exemplos de intervenções de enfermagem: mudar com regularidade os *prongs* nasais, garantindo uma adequada desinfecção dos mesmos; fazer *flush* com aproximadamente 0,3ml de soro fisiológico e aspirar a orofaringe, evitando aspirar a nasofaringe, se necessário aspirar, utilizar a peça em Y com pressão inferior a 100 mmHg; e concentrar o máximo de cuidados de forma a promover o descanso (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014b). É também recomendada a colocação de uma sonda orogástrica para escape de ar, de forma a prevenir a distensão abdominal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014b).

A documentação das intervenções de enfermagem é fundamental para assegurar a continuidade de cuidados e monitorização da evolução da condição de saúde do RN. Nos RN com VNI, “é fundamental registar com rigor o estado respiratório do RN frequência respiratória, saturações, simetria do tórax, presença ou não de retração subesternal ou infracostal. Registrar também o estado da pele e mucosas do nariz e características das secreções aspiradas” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014b, p. 10).

No internamento de pediatria, estive a meu encargo um *toddler* que foi transferido dos cuidados intermédios pediátricos para o internamento de pediatria, apresentando traqueostomia e *percutaneous endoscopic gastrostomy* (PEG). Apesar de se encontrar clinicamente estável, foi necessário capacitar a família a prestar cuidados à criança, de forma a poder ter alta e ser assegurada a continuidade de cuidados no domicílio. Além dos pais, foi também capacitada a avó, que iria ficar no domicílio com a criança. Assim, foram realizadas intervenções dirigidas aos familiares cuidadores, sendo exemplos, no caso da gastrostomia: ensinar sobre gastrostomia e avaliar evolução do conhecimento; instruir e treinar para executar cuidados à pele periestomal; instruir e treinar a prestar cuidados à gastrostomia; avaliar evolução da autoeficácia para prestar cuidados à gastrostomia; e analisar com o prestador de cuidados os resultados alcançados. No que diz respeito à traqueostomia, na perspetiva da capacitação da família, foram exemplos de intervenções de enfermagem realizadas: ensinar sobre traqueostomia; instruir e treinar a executar cuidados à pele periestomal; instruir e treinar a trocar cânula; instruir e treinar a otimizar cânula; instruir e treinar a executar cuidados à traqueostomia; avaliar evolução da capacidade do prestador de cuidados para executar cuidados à traqueostomia; avaliar evolução da autoeficácia do prestador de cuidados para executar cuidados à traqueostomia; analisar com o prestador de cuidados os resultados alcançados. Neste caso, foi necessário articular com a equipa de saúde familiar da criança, de forma a garantir que após a alta, a equipa colabora com a família na continuidade de cuidados e vigilância da condição de saúde da criança.

Uma das unidades desta competência específica do EEESIP, é “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018a, p.19193). A dor é considerada o quinto sinal vital e é um foco de atenção para a prática de enfermagem. Para

classificar a dor, o enfermeiro deve utilizar uma escala ajustada à idade da criança, sendo recomendadas pela DGS (2010) as seguintes no RN: *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), de referência para unidades de cuidados intensivos neonatais; *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), que é mais apropriada para prematuros e RN de termo; *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), útil para a avaliação da dor em procedimentos; *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS), utilizada nos RN em ventilação assistida. Para crianças menores de quatro anos ou sem capacidade para verbalizar, é recomendada a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) (DGS, 2010). A partir dos três anos é considerada válida a Escala de faces de *Wong-Baker*, e a partir dos quatro anos de idade a *Faces Pain Scale - Revised* (FPS-R) (DGS, 2010). A partir dos seis anos, podem ser ainda utilizadas a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica (EN) (DGS, 2010). Para crianças com multideficiência, a DGS (2010) recomenda o uso da escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised* (FLACC-R). Em contexto de estágio, as escalas de avaliação da dor que mais utilizei foram: NIPS, N-PASS, FLACC, Escala de faces de *Wong-Baker* e EN. É importante o enfermeiro estar familiarizado e treinar o uso das diferentes escalas, pois só com treino é capaz de fazer uma avaliação mais precisa da intensidade da dor, de forma a implementar as intervenções mais apropriadas para o controlo da mesma.

A dor, como foco de atenção para a prática de enfermagem, é definida como

“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (ICN, 2019, p.46).

Além da gestão da terapêutica farmacológica, o EEESIP tem autonomia para implementar intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, adequadas à faixa etária e condição de saúde da criança.

As estratégias não farmacológicas para o alívio da dor podem classificar-se como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais (OE, 2013). No que diz respeito às estratégias comportamentais, estas requerem por parte do enfermeiro o ensino de técnicas importantes que contribuam para o alívio da dor, como é exemplo o relaxamento (OE, 2013). Já as estratégias cognitivas “utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia)” (OE, 2013, p.17). As estratégias cognitivo-comportamentais, são uma associação das duas últimas, tendo foco na cognição e no comportamento, sendo exemplos destas estratégias a distração e a imaginação guiada (OE, 2013). A distração foi uma estratégia que eu utilizei muito frequentemente durante a execução de procedimentos como colheitas de sangue ou colocação de CVP. Com as crianças mais pequenas procurava falar sobre os desenhos animados que habitualmente assistiam e,

com os adolescentes, sobre a escola, atividades de lazer e amigos. Com as crianças mais pequenas em contexto de internamento, cheguei a implementar simultaneamente intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Por exemplo, enquanto era administrado via endovenosa paracetamol, dava à criança uma folha para desenhar ou imprimia imagens dos desenhos animados que a criança mais gostasse para colorir. Assim, era aplicada a técnica da distração para alívio da dor, enquanto a medicação não surtia efeito. As estratégias físicas ou periféricas, têm por objetivo “diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular” (OE, 2013, p.18), sendo exemplos a aplicação de calor, aplicação de frio, massagem superficial e posicionamento (OE, 2013). O suporte emocional, uma estratégia que frequentemente utilizava, consiste em disponibilizar a presença de alguém significativo para a criança que lhe transmita conforto (OE, 2013). Um dos procedimentos que, na minha perceção, era mais doloroso para as crianças era a punção lombar. Tive várias crianças em contexto de urgência pediátrica e internamento com suspeita de meningite, em que foi necessário a equipa médica realizar punção lombar. Na urgência pediátrica, os profissionais tinham à disposição uma sala adequada para a administração de protóxido de azoto, como medida farmacológica para o controlo da dor de acordo com as recomendações da DGS, em procedimentos invasivos sempre que “for necessário assegurar a imobilidade ou relaxamento da criança, diminuir a ansiedade e agitação, ou quando se preveja a necessidade de repetir o procedimento, utilizar a sedação (ex: hidrato de cloral, benzodiazepina ou mistura equimolar de protóxido de azoto)” (DGS, 2012, p.1). No internamento de pediatria não existia nenhuma sala que reunisse as condições para a administração do protóxido de azoto, pelo que presenciei realização de punção lombar a crianças sem qualquer tipo de sedação. Nestes casos, a presença dos pais era benéfica, pois contribuía para acalmar e transmitir conforto às crianças. Contudo, sempre tive uma postura crítica na realização deste procedimento. Uma vez que na urgência pediátrica existe uma sala disponível, considero que deveria existir uma articulação entre o internamento de pediatria e a urgência pediátrica de forma a que todas as crianças, sempre que reunissem critérios, pudessem beneficiar do uso da sala para administração de protóxido de azoto. Por último, no que diz respeito às estratégias ambientais, o serviço de internamento de pediatria onde decorreu o estágio estava equipado com um dispositivo luminoso e decoração apelativa, que era benéfico principalmente nas crianças de menor idade. Com isto, pretendia-se utilizar a distração através da perceção visual como estratégia não farmacológica para o alívio da dor.

Em contexto de cuidados de saúde primários, nas crianças que ainda mamavam, quando estava prevista a vacinação incentivava as mães a darem de mamar à criança, pois está comprovado que a sucção é uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor. Se a mãe já não estivesse a amamentar, uma das alternativas que propunha era a sucção não nutritiva com recurso ao uso da chupeta. Nas crianças mais velhas utilizava frequentemente técnicas de distração. De realçar que, na USF onde realizei consultas de saúde infantil, na consulta prévia à

vacinação era recomendada a colocação de penso com creme anestésico no local onde seria administrada a vacina, o que também contribui para a redução da dor e do medo que, principalmente aos cinco anos, as crianças apresentam da vacinação.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Além das intervenções em situação de doença, o EEESIP tem um papel fundamental na promoção da saúde e do desenvolvimento da criança. O PNSIJ, no que diz respeito à vigilância em saúde infantil e juvenil, apresenta um conjunto de intervenções com vista à obtenção contínua de ganhos em saúde na idade pediátrica. Para além da avaliação e registo sistemático do crescimento e desenvolvimento, o programa enfatiza a promoção de comportamentos promotores da saúde, abrangendo diversas áreas fundamentais: uma alimentação equilibrada, ajustada às diferentes fases do desenvolvimento e às necessidades individuais; a prática regular de atividade física; o incentivo ao brincar e à participação em atividades lúdicas em espaços abertos e ambientalmente saudáveis; a gestão eficaz do stress; a prevenção de comportamentos aditivos nocivos; e a adoção de medidas de segurança que contribuam para a minimização do risco de acidentes (DGS, 2013). O PNSIJ tem ainda como finalidade a promoção de áreas específicas da saúde infantil, nomeadamente: a imunização contra doenças transmissíveis, em conformidade com o Programa Nacional de Vacinação (PNV); a saúde oral; a prevenção de perturbações emocionais e comportamentais; a prevenção de acidentes e intoxicações; a prevenção de situações de maus-tratos; a minimização dos riscos associados à exposição solar inadequada; e o incentivo à prática do aleitamento materno, reconhecido pelos seus benefícios para a saúde da criança e da mãe (DGS, 2013).

Além da promoção da saúde, o referido programa salienta também a identificação precoce e o devido encaminhamento de situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida das crianças, como, por exemplo, malformações congénitas e perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor (DGS, 2013). Como descrito no caso clínico do capítulo quatro, identifiquei alterações no desenvolvimento psicomotor de uma criança em idade pré-escolar, tendo sido efetuada a devida referenciação através da plataforma SNIPI. O PNSIJ visa também “prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades” (DGS, 2023, p.9) ensinando os pais a identificar sinais e sintomas que justifiquem a procura de uma avaliação da criança nos serviços de saúde. No âmbito dos seus objetivos, o PNSIJ contempla ainda diversas ações estratégicas, entre as quais se destacam: a sinalização e o acompanhamento contínuo de crianças com doença crónica e/ou deficiência; a garantia do acesso ao aconselhamento genético, sempre que clinicamente indicado; a identificação, o apoio e a orientação de crianças e famílias em situações de maus-tratos ou de violência; a promoção do desenvolvimento pessoal e social, bem como da autodeterminação das crianças e dos

jovens, incentivando uma progressiva responsabilização pelas decisões relativas à sua saúde; e, por fim, o apoio e incentivo ao exercício adequado das competências parentais. (DGS, 2013).

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil são um momento importante para dar resposta a estes objetivos, através da avaliação do desenvolvimento da criança e avaliação do desempenho do papel parental, é possível o EEESIP intervir de forma a promover um desenvolvimento e estilos de vida saudáveis, bem como ser um agente facilitador do desempenho do papel parental, quer seja desenvolvimental ou especial.

No PNSIJ estão previstas consultas nas seguintes idades: primeira semana de vida, um mês, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses, doze meses, quinze meses, dezoito meses, dois anos, três anos, quatro anos, cinco anos, seis ou sete anos, oito anos, dez anos, doze ou treze anos e pelo menos uma consulta entre os quinze e os dezoito anos (DGS, 2013). Nestas consultas, o PNSIJ preconiza o que deve ser prioritário avaliar em cada etapa do desenvolvimento, bem como os cuidados antecipatórios a transmitir aos pais. Os cuidados antecipatórios são um aspeto muito importante destas consultas, sendo valorizados pelo programa como um instrumento fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Neste contexto, destaca-se a importância de capacitar os pais e outros cuidadores, através da disponibilização de conhecimentos essenciais para um desempenho parental mais informado e eficaz, nomeadamente no que se refere à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício consciente da parentalidade, com particular atenção aos novos desafios em saúde (DGS, 2013).

Como referi anteriormente, apesar do estágio em cuidados de saúde primários ter decorrido essencialmente numa UCC, tive a oportunidade de realizar três turnos numa USF, e de colaborar em consultas de saúde infantil e juvenil em todos os estádios de desenvolvimento, à exceção do RN. Isso permitiu-me desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento da criança e facilitar o seu processo de transição desenvolvimental. Nesse sentido, tive, por exemplo, as seguintes intervenções, numa criança em idade pré-escolar: ensinar sobre ingestão nutricional, ensinar sobre higiene oral, e ensinar sobre higiene do sono. Relativamente à higiene do sono, identifiquei que a criança não apresentava comportamentos que facilitam a promoção do sono, pois não dormia o número de horas recomendadas para a sua faixa etária e utilizava frequentemente próximo da hora de dormir o telemóvel dos pais. Neste caso, fez-me sentido intervir também junto dos pais, avaliando o conhecimento sobre o sono da criança e ensinando sobre higiene do sono. Neste caso, e tendo por base as recomendações da OE, ensinei aos pais no que consiste a higiene do sono, termo que estes desconheciam, e apresentei exemplos de estratégias, como:

“Ter um horário regular e consistente de sono; Ter uma rotina de sono regular, previsível e relaxante; Ter um ambiente adequado no quarto; Não permitir a utilização de ecrãs antes de adormecer; Reduzir os alimentos e bebidas com estimulantes; Incentivar a prática de atividade física moderada, de preferência ao ar livre, com exposição diária à luz; Evitar atividades vigorosas antes de adormecer; Não ter fome ao deitar nem permitir a ingestão de líquidos excessivos ao deitar; Ter tempo de convívio com os pais; Deitar a criança na sua própria cama sonolenta; Permitir que a criança se acalme de forma autónoma durante os despertares noturnos; Permitir o uso de um objeto de transição; Fazer sestas adaptadas à idade, desenvolvimento e necessidade da criança; Evitar associações de sono com questões comportamentais dos pais/cuidadores, para o início e manutenção do sono” (OE, 2023a, p.46).

Frequentemente as crianças apresentam problemas de sono devido a falta de conhecimento dos pais sobre a importância desta temática, sendo fundamental desde cedo ensinar os pais de forma que as crianças adquiram desde o início hábitos que promovam um sono saudável, o qual é essencial para o seu desenvolvimento e aprendizagem.

Relativamente ao papel parental, destaco a intervenção no âmbito da promoção do AM exclusivo. Numa consulta de um lactente com um mês, a mãe questionou se não seria benéfico começar a intercalar a amamentação com leite adaptado, de forma a potencializar o desenvolvimento físico do lactente. Foi explicado à mãe que o filho apresentava uma evolução ponderal dentro do que é expectável, e esclarecidas dúvidas que a mãe apresentava sobre o AM.

O AM pode ser definido como “o conjunto de processos nutricionais, comportamentais e fisiológicos envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente da mama ou por extração artificial” (Saraiva, 2010, p.11). A amamentação favorece também a ligação mãe-filho, pois promove o contacto pele com pele entre a mãe e o bebé. Em relação ao controlo da produção de leite materno, há alguns aspetos a ter em conta, nomeadamente: se o lactente não mamar numa das mamas, essa vai acabar por deixar de produzir leite; se o lactente mama mais numa mama do que na outra, a mama em que mama mais vai produzir uma maior quantidade de leite e conseqüentemente tornar-se maior do que a outra (Saraiva, 2010). Daí a importância de alternar a mama entre as mamadas, de forma a garantir um melhor controlo da produção de leite, salvo algum impedimento.

Na consulta foi possível verificar que o lactente apresentava os reflexos de busca e apreensão, de sucção e de deglutição sem nenhum compromisso. Também verifiquei um correto posicionamento e pega durante a mamada. Aproveitei este momento para ensinar à mãe que as características do leite materno variam ao longo da mamada, sendo que na fase inicial apresenta uma cor mais azulada, é produzido em maior quantidade, fornece grandes quantidades de proteínas e nutrientes e possui uma quantidade de água que é capaz de

satisfazer as necessidades hídricas do lactente até aos seis meses (Saraiva, 2010). Já no final da mamada, as características do leite vão mudando, tornando-se com uma cor mais branca e na sua composição contém mais gordura que é fundamental para satisfazer as necessidades energéticas do lactente, permitindo também que fique saciado (Saraiva, 2010). Neste sentido, alertei para a importância de não trocar de mama durante a mamada até esvaziar a mama completamente, de forma a garantir que o lactente apresenta satisfeitas as suas necessidades energéticas.

Apesar de ser um tema cada vez mais abordado, ainda existem muitos mitos e dúvidas associados à amamentação. Cabe assim ao EEESIP promover o AM. Esta promoção pode ser feita em contexto de consulta de saúde infantil, como foi o caso que relatei, no desenvolvimento de projetos de promoção do AM na UCC e, também, sempre que oportuno, em contexto hospitalar.

Na neonatologia, como referi anteriormente, o AM foi uma área onde tive oportunidade de intervir. O leite materno fornece ao RN anticorpos que o protegem das infeções (Brazelton & Sparrow, 2004 citados por Saraiva, 2010) e favorece ainda o desenvolvimento psicomotor através dos ácidos gordos presentes no leite (Levy, 2005 citado por Saraiva, 2010). A alimentação do RN por via oral depende de certos fatores, como o peso, maturação dos órgãos ou sistemas (Lau & Schanler, 2000 citados por Prade et al, 2016), idade gestacional corrigida (Yamamoto et al, 2009 citado por Prade et al., 2016), condição clínica e estado comportamental no momento da alimentação. Deste modo, é fundamental avaliar estes aspetos e os sinais de prontidão alimentar antes de iniciar a alimentação via oral. São exemplos de sinais de prontidão alimentar a presença de sucção não nutritiva, juntamente com a idade gestacional corrigida (idade cronológica subtraindo as semanas que faltaram para completar as 40 semanas de gravidez, ou seja, idade que o RN prematuro teria se tivesse nascido às 40 semanas), a postura e o tónus global, assim como o estado comportamental (Fujinaga et al., 2013 citado por Prade et al., 2016).

Para a alimentação do RN prematuro é requerido estabilidade fisiológica e comportamental, respostas táteis, controlo motor, função motora oral e coordenação da sucção, deglutição e respiração (Coughlin, 2014). Devido à falta de maturidade para coordenar as funções de sucção, deglutição e respiração, muitas vezes é necessário o uso de sonda para alimentação (Pfitscher & Delgado, 2006 citados por Prade et al., 2016). O facto do RN prematuro se alimentar por via oral de modo seguro e eficiente evita o risco de aspiração para a via aérea, sendo condição necessária e critério para a alta hospitalar (Caetano et al., 2003).

Tendo em conta a instabilidade de um RN internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais, é fundamental ter intervenções promotoras do seu desenvolvimento. Existem vários modelos de cuidado destacando-se na unidade de cuidados neonatais o *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), que assenta na observação naturalista,

sistematizada e periódica por profissionais certificados pela Formação NIDCAP, que elaboram orientações e estratégias para a prática de cuidados de modo a promover o vínculo do bebé com a sua família e adaptando as condições ambientais às necessidades deste. Assim, os cuidados baseiam-se nas informações que os profissionais inferem através do comportamento do bebé e é com base nestas que são planeados os cuidados (Ramos et al., 2020). Tendo por base que os comportamentos infantis são um meio de comunicação, os profissionais de saúde devem avaliar sistematicamente as respostas do RN ao ambiente em que está inserido e ajustar os cuidados prestados (Ferraz, 2017).

Tendo em vista a promoção de um desenvolvimento saudável, em contexto de cuidados intensivos neonatais, intervimos também bastante no que diz respeito à promoção do sono. Essas intervenções, estão em consonância com a orientação da OE para promoção do sono do RN em unidades de cuidados intensivos neonatais, sendo exemplos: diminuição do ruído; diminuição da luminosidade; respeito pelos ciclos de sono-vigília; concentrar as manipulações; promoção do conforto; contenção através de “ninhos”, com lençol ou manual; incentivar os pais a executar o método canguru (OE, 2023a).

O método canguru é fortemente recomendado nas unidades neonatais. Este método implica o contacto pele a pele entre a mãe/pai e o RN. A posição canguru “consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito ventral e na posição vertical, contra o peito de um adulto, que poderá ser a mãe, o pai ou outra pessoa significativa” (Saraiva, 2010, p.159). Neste método, o corpo dos pais acaba por, em certa forma, substituir a incubadora, mantendo o corpo do RN aquecido através do contacto pele com pele. Este método apresenta diversas vantagens tanto para o RN como para os pais, sendo exemplos: envolvimento dos pais nos cuidados; promoção do AM; fortalecimento da vinculação; promoção do controlo das habilidades fisiológicas, através da melhor organização dos ciclos de sono; e diminuição dos sinais de stress no RN (Saraiva, 2010). Sempre que a estabilidade clínica do RN permitisse, e os pais se mostrassem disponíveis, incentivava a adoção deste método.

A promoção da saúde, durante a fase da adolescência é desafiante, uma vez que os adolescentes são fortemente influenciados pelo grupo de pares e pelos conteúdos a que têm acesso através da internet e das redes sociais, que às vezes podem influenciar a adoção de comportamentos de risco. A qualidade da relação entre o enfermeiro e o adolescente é fundamental, para que este partilhe com o profissional de saúde as suas expectativas e os seus medos. Para tal, como já referido anteriormente, as competências de comunicação do profissional têm um grande impacto no estabelecimento desta relação. Assim, o profissional deve comunicar com o adolescente de forma simples, empática, aberta e compreensiva (Baptista et al., 2020).

A adolescência, enfrenta também desafios/problemas como “*bullying* e *cyberbullying*, estigma e confusão na orientação sexual, a individualização dos pais e reconhecimento de vontades,

escola, expectativas de sucesso e reconhecimento em diversas áreas, aceitação dos pares, relação e dinâmica parental, ou até história de trauma/abuso/negligência ou violência” (Baptista et al., 2020, p. 202-203). O EESEIP tem de estar desperto para estes desafios na abordagem com o adolescente.

Durante o estágio tive, em contexto de USF, oportunidade de realizar uma consulta a um adolescente de 15 anos. Dado o leque de temáticas a abordar nesta faixa etária, optei por utilizar a abordagem que tem como acrónimo HEEDSSSS, desenvolvido inicialmente por Goldenring e Cohen em 1985, e que foi progressivamente ajustado à realidade da sociedade atual. Este modelo propõe a abordagem, com o adolescente, dos seguintes temas: casa, abordando aspetos como onde e com quem vive, dinâmicas familiares e antecedentes familiares relevantes; educação, onde é abordado o aproveitamento escolar, relacionamento com colegas e professores, bem como expectativas para o futuro; hábitos alimentares, onde é abordado o padrão alimentar e a imagem corporal; atividades lúdicas, em que o adolescente é questionado acerca das suas atividades de lazer, prática de algum desporto, amizades, saídas noturnas e segurança; consumos, através da abordagem do consumo de tabaco, álcool e drogas e comportamentos de risco associados; ideação suicida, onde deve ser abordado o isolamento social, sentimentos de culpa, antecedentes de tentativa de suicídio ou de estado depressivo; hábitos de sono, em que é avaliado o padrão de sono e abordados comportamentos que interferem com a qualidade do sono; sexualidade, falando sobre métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis, afeto, e questionando acerca do início da atividade sexual e uso de contraceptivos; por último, qualidades, onde são identificadas quer pelo adolescente ou pela família as suas qualidades (Fonseca, 2017, citado por Baptista et al., 2020).

Tendo em conta as características dos adolescentes e da inibição que estes apresentam em abordar algumas temáticas junto dos pais, considero relevante após o acolhimento, questionar os pais se é possível dar seguimento à consulta a sós com o adolescente, e no final da entrevista voltar a solicitar a comparência dos pais para dar continuidade à consulta.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração do presente relatório possibilitou uma análise aprofundada e reflexiva sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do MESIP, evidenciando de que modo os dois módulos, integrantes da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório, contribuíram para a aquisição das competências preconizadas para o EEESIP, objetivo central deste ciclo de estudos. O relatório teve como principal propósito a exposição das experiências vivenciadas ao longo dos diversos estágios, quer em contexto de cuidados de saúde hospitalares, quer em cuidados de saúde primários, através de uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas com vista à aquisição das competências inerentes ao EEESIP.

Considero que os estágios me proporcionaram a oportunidade de contactar com crianças de diferentes faixas etárias e contextos socioculturais, em ambientes distintos e perante diversas condições clínicas, permitindo-me consolidar e treinar intervenções de enfermagem especializadas no âmbito da saúde infantil, desenvolvendo, progressivamente, destreza técnica e segurança na sua execução. Possibilitou igualmente o aperfeiçoar do cuidar em parceria, através do estabelecimento de parceria de cuidados com a criança e respetivos pais, promovendo uma negociação colaborativa sobre os cuidados a prestar, bem como a implementação de estratégias de comunicação ajustadas à idade e condição clínica da criança.

Importa, ainda, destacar o impacto do tema selecionado e das atividades realizadas, no âmbito do meu projeto de desenvolvimento pessoal, as quais fomentaram o desenvolvimento do pensamento crítico relativamente à promoção do sono na idade pediátrica, permitindo compreender de que forma posso intervir como agente facilitador da sua promoção. Tendo por base os objetivos estabelecidos no âmbito do projeto de desenvolvimento pessoal, a pesquisa realizada permitiu-me identificar intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção do sono na idade pediátrica em contexto hospitalar. Neste contexto, considerando os diversos fatores externos à criança/adolescente que podem interferir de forma negativa na qualidade do sono nomeadamente: ruído; luminosidade; temperatura; alteração de rotina; ambiente estranho; partilha de quarto, com outras crianças/adolescentes, no internamento; monitorização de sinais vitais; administração de medicação; observação e manipulação da criança; outros procedimentos médicos e de enfermagem, realizei intervenções de enfermagem com o objetivo de eliminar ou minimizar o impacto que estes fatores podem ter no sono da criança/adolescente.

No que diz respeito à gestão do ruído, diminuí o volume dos alarmes dos aparelhos e antecipei e/ou respondi rapidamente aos alarmes dos aparelhos. Na gestão da luminosidade realizei

intervenções de enfermagem do tipo: gerir a exposição à luz; reduzir a luz durante períodos de repouso; e, sempre que possível, desligar a luz geral dos quartos durante o período noturno, para minimizar o problema. Quanto à temperatura ambiente, certifiquei-me que a criança/adolescente se sentia confortável com a temperatura do quarto e, sempre que possível, ajustei-a de acordo com a sua preferência. Relativamente à organização da enfermaria, como referi ao longo do relatório, tive a oportunidade de ter enfermeiros tutores responsáveis de turno, sendo uma das suas funções efetuar a distribuição das crianças/adolescentes admitidos. Considerando que as necessidades de sono variam consoante a idade, é importante distribuir as crianças/adolescentes de acordo com a faixa etária e gravidade da sua situação clínica, para minimizar interrupções de sono, tendo debatido este tema com os meus enfermeiros tutores.

No que concerne à conceção de cuidados, considerando que o enfermeiro deve efetuar a gestão das suas intervenções para interferir o mínimo possível no sono das crianças/adolescentes, tive o cuidado de limitar e prestar apenas os cuidados de enfermagem absolutamente necessários durante os períodos de sono das crianças/adolescentes e, concentrar os cuidados de enfermagem, mantendo sempre que possível, a rotina habitual de sono da criança/adolescente.

A criança/adolescente quando se sente confortável, tranquila e sem dor, apresenta uma condição mais facilitadora para um sono reparador. No entanto, devido à sua condição clínica frequentemente apresenta desconforto, devendo, de acordo com a sua causa, o enfermeiro implementar intervenções que promovam o conforto da criança/adolescente. Este foi um objetivo que pautou a minha intervenção preocupando-me em avaliar sistematicamente a dor, implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, implementar intervenções para o controlo de sintomas, e usar técnicas de relaxamento adequadas à idade da criança/adolescente.

Nas unidades de cuidados intensivos neonatais, o sono tem uma relevância acrescida no desenvolvimento e estabilidade hemodinâmica dos RN. Dadas as especificidades dos RN internados em unidades de cuidados intensivos neonatais, no que diz respeito à gestão do ambiente, nomeadamente à gestão da luminosidade e do ruído, atendendo às recomendações tive sempre o cuidado de evitar colocar objetos em cima das incubadoras; fechar as portas das incubadoras com cuidado; evitar bater na incubadora; tapar as incubadoras com coberturas opacas; não virar focos de luz diretamente para a face do RN; e, para facilitar o desenvolvimento do ciclo circadiano do RN, alternar ciclicamente a luz, de forma a simular o ambiente diurno e noturno.

Relativamente à gestão dos cuidados de enfermagem aos RN, procurei concentrar as manipulações; agrupar os cuidados de forma a coincidir preferencialmente com a hora da mamada; e adiar, sempre que possível, as intervenções que não eram emergentes até o RN acordar. Promovi o conforto do RN, de acordo com a sua situação, realizando contenção através de “ninhos”, com lençol ou manual; estimulei os pais a realizarem o método canguru e promovi

a sucção não nutritiva através de chupeta.

O EESIP deve, no âmbito da sua intervenção, considerar o papel parental desenvolvimental, de forma a constituir-se junto dos pais como um agente facilitador para a mestria do desempenho do papel parental. Portanto, e ainda no âmbito do meu projeto de desenvolvimento pessoal promoção do sono na idade pediátrica, tanto em contexto hospitalar como na consulta de saúde infantil nos cuidados de saúde primários, avalei a evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do filho e, sempre que identifiquei o diagnóstico potencial da mãe/pai para melhorar o conhecimento sobre sono da criança, implementei intervenções, preconizadas na ontologia de enfermagem, para a idade do filho, de forma a contribuir para que o conhecimento fosse facilitador. Nomeadamente, realizei intervenções do tipo: ensinar mãe/pai sobre sono; ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir; ensinar mãe/pai sobre higiene do sono; ensinar mãe/pai sobre dificuldade em adormecer e/ou pesadelos.

O enfermeiro em contexto hospitalar não deve descurar a promoção do desenvolvimento saudável da criança/adolescente, devendo intervir de forma a facilitar a transição desenvolvimental, sempre que a condição da criança/adolescente o permitir e for o momento oportuno para intervir. Em contexto de consulta de saúde infantil, a avaliação do desenvolvimento e a promoção do mesmo são um dos pilares da consulta. A partir da idade pré-escolar, a criança desenvolve a capacidade de adquirir conhecimento e tomar decisões informadas, não se limitando apenas a imitar o comportamento dos adultos. Assim, numa criança em idade pré-escolar e, continuando a ter sempre por base a ontologia de enfermagem, perante o diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre sono, são sugeridas as intervenções avaliar evolução do conhecimento sobre o sono e ensinar sobre higiene do sono. Numa criança em idade escolar com o diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre sono, são intervenções de enfermagem: avaliar evolução do conhecimento sobre o sono; ensinar sobre o sono; ensinar sobre higiene do sono; e ensinar sobre dificuldade em adormecer e/ou pesadelos. Por último, para adolescentes com o diagnóstico de enfermagem potencial para melhorar conhecimento sobre sono, são sugeridas as seguintes intervenções: avaliar evolução do conhecimento sobre o sono; ensinar sobre o sono; e ensinar sobre higiene do sono.

Ao longo dos estágios realizados em contexto hospitalar, designadamente no internamento de pediatria, urgência pediátrica e neonatologia, desenvolvi debates sistemáticos com os meus enfermeiros tutores sobre as práticas de enfermagem promotoras do sono na idade pediátrica. Estas discussões permitiram a análise crítica de intervenções baseadas na melhor evidência disponível, com foco na adequação dos cuidados às necessidades fisiológicas e emocionais da criança e da sua família, respeitando a especificidade de cada contexto clínico.

No âmbito da promoção do desenvolvimento, tive a oportunidade de implementar estas intervenções em diferentes faixas etárias em contexto de internamento hospitalar e consulta de saúde infantil. No entanto, em contexto comunitário, tive ainda oportunidade de realizar sessões

de educação para a saúde a adolescentes entre os dez e onze anos sobre a higiene do sono, dando assim também resposta a esta necessidade, que é também uma componente do eixo da capacitação no PNSE.

Considero que o balanço global do estágio foi positivo, uma vez que a possibilidade de o realizar em contextos distintos proporcionou um leque mais alargado de experiências e momentos de aprendizagem significativos. Esta diversidade contribuiu para a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos e para o desenvolvimento gradual e autónomo de um conjunto de competências essenciais, designadamente ao nível da conceção de cuidados e pensamento crítico na prestação de cuidados à criança/adolescente e à sua família. A investigação realizada revelou-se igualmente fundamental, permitindo o aprofundamento de conhecimentos e o suporte das intervenções desenvolvidas com base em evidência científica atualizada.

Através desta experiência formativa, consolidei competências clínicas e reflexivas que considero alinhadas com o perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista, previstas no Regulamento n.º 140/2019 da OE, bem como do EEESIP, conforme estabelecido pela OE no Regulamento n.º 422/2018, tendo atingido os domínios de competência previstos para o exercício especializado nesta área.

Uma das dificuldades sentidas ao longo do estágio prendeu-se com a conciliação entre a vida profissional, académica e familiar. Nem sempre foi fácil responder de forma eficaz às exigências inerentes a cada uma destas esferas; contudo, através de um compromisso constante, dedicação e esforço pessoal, foi possível superar a maioria dos obstáculos que surgiram durante este percurso.

Como fator dificultador da elaboração deste relatório acrescento ainda a utilização da plataforma E4Nursing para a documentação dos cuidados de enfermagem. Esta dificuldade poderá estar relacionada com o facto de, na minha prática profissional, estar habituada ao uso da plataforma SClínico para a documentação dos cuidados. No entanto, reconheço a relevância da documentação dos cuidados na plataforma E4Nursing, uma vez que tem por base a ontologia de enfermagem, permitindo uma documentação mais precisa das intervenções, representando assim um avanço significativo na valorização da profissão. Com o treino da documentação da conceção de cuidados nesta plataforma, esta dificuldade foi superada.

Importa ainda referir, como fator dificultador na elaboração deste relatório, a necessidade de suspender temporariamente o seu desenvolvimento, por motivos de ordem pessoal. Esta interrupção impediu a sua conclusão no ano letivo de 2023/2024, obrigando à sua continuidade no ano letivo seguinte (2024/2025), o que representou um desafio adicional, sobretudo no que concerne à capacidade de reconstituir, com detalhe, o percurso desenvolvido nos distintos contextos de estágio. Todavia, o facto de ter elaborado um registo diário de cada turno realizado, bem como das pesquisas efetuadas e das atividades desenvolvidas, revelou-se um recurso valioso, que facilitou significativamente a análise do desenvolvimento de competências,

permitindo-me reconstruir de forma mais clara e estruturada todo o trajeto percorrido ao longo dos estágios.

Entre os fatores facilitadores deste percurso, destaco a motivação pessoal para concluir este ciclo de estudos, bem como o apoio e a orientação prestados pelas docentes orientadora e coorientadora, cuja disponibilidade e acompanhamento contínuo foram determinantes para a superação dos desafios enfrentados ao longo do processo formativo.

As competências adquiridas em contexto hospitalar, nomeadamente no que respeita à utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, à promoção da parentalidade, ao incentivo ao aleitamento materno e ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz com a criança e a família, revelam-se fundamentais para a minha prática profissional nos cuidados de saúde primários. Estes conhecimentos e capacidades permitem-me prestar cuidados mais completos, integrados e centrados na criança e na família, contribuindo para a continuidade e qualidade dos cuidados em diferentes contextos assistenciais.

A minha experiência profissional está associada ao trabalho desenvolvido numa UCC, mais especificamente como gestora local da equipa de saúde escolar, tendo sido fundamental compreender o papel do EEESIP neste contexto. Esta compreensão revelou-se particularmente relevante no âmbito da saúde escolar e da assistência a crianças com necessidades especiais. No entanto, no estágio tive também a possibilidade de participar em projetos de promoção do AM e compreender a relevância do papel do enfermeiro numa CPCJ. Estas experiências constituem, sem dúvida, uma base sólida para o desenvolvimento futuro de iniciativas semelhantes, tendo atualmente já integrado, como representante da saúde, uma CPCJ.

Estando a minha prática profissional estreitamente ligada ao contexto de cuidados de saúde primários, pretendo contribuir, como futura EEESIP, para uma prática de enfermagem mais centrada na promoção da saúde e na capacitação parental, assumindo um papel ativo na intervenção precoce e na educação para a saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Recomendações Técnicas para os Serviços de Neonatologia*.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf

Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). Documento guia da ARSN sobre consentimento informado. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 524-528.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10671>

Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica - Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer 2008*, 17(1), 16-20.
<https://repositorio.chporto.pt/entities/publication/01dbbbb8-2b44-4bcb-a3e6-168fc582edf0>

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., & Mendes, A. (2017). Terapêutica Inalatória: Técnicas de Inalação e Dispositivos Inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), 9-26.
https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

Associação Portuguesa do Sono & Associação Portuguesa de Pediatria (2020). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>

Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C., *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 193-216). Lidel.

Barroso, F., Pinho, L., Freitas, J., Oliveira, M. J., & Borges, T. (2017). Desenvolvimento Pubertário. In Afonso, A., Mansilha, H., & Coelho, M., *Saúde Infantil e Juvenil. Manual Prático* (pp. 11-22). Lidel.

Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A Criança em Desenvolvimento* (12ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.

Bonuck, K., Collins-Anderson, A., Schechter, C. B., Felt, B. T., & Chervin, R. D. (2022). Effects of a Sleep Health Education Program for Children and Parents on Child Sleep Duration and Difficulties: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(7), e2223692. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.23692>

Branje, S., Moor, E. L., Spitzer, J., & Becht, A. I. (2021). Dynamics of Identity Development in Adolescence: A Decade in Review. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 908-927.

<https://doi.org/10.1111/jora.12678>

Brito, M. B., Barroca, M., Esteves, S. L., & Abrunheiro, S. (2023). Uma Evolução dos Conceitos da Literacia em Saúde. In Almeida, C. V., & Fragoeiro, I., *Manual de Literacia em Saúde* (pp. 13-24). PACTOR.

Burger, P., Steur, L. M. H., Polderman, J. A. W., Twisk, J. W. R., Lindeboom, R., & Gemke, R. J. B. J. (2024). Sleep disturbances in hospitalized children: a wake-up call. *European Journal of Pediatrics*, 183(9), 4063-4072. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05660-x>

Caetano, L. C., Fujinaga, C. I., & Scochi C. G. S. (2003) Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 232-236. <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692003000200014>

Camargo, P. A. B., Pinheiro, A. T., Hercos, A. C. R., & Ferrari, G. F. (2008). Oxigenoterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(1), 43-47. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822008000100007>

Camarneiro, A. P. F., Alves, C. A. N., Ferreira, A. P. C., & Gomes, A. I. F. (2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(2), 53-57. https://www.researchgate.net/publication/271842550_Interacao_mae-bebe_prematuro_numa_Unidade_de_Cuidados_Intensivos_Neonatais

Castro, C. F., Quintana, A. M., Olesiak, L. R., & München, M. A. B. (2020). Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*, 28(3), 522-530. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>

Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In P.L. Chinn (Ed.). (1986). *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Costa, M. A. G. (2016). *A Intervenção dos Enfermeiros no Controlo da Dispneia* (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde). Repositório Científico de Acesso Aberto. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1668/1/Maria_Costa.pdf

Coughlin, M. E. (2014). *Transformative Nursing in the NICU*. Springer Publishing Company, LLC.

Cowherd, E. L., Sutton, A. G., Vincent, J. O., Humphries, M. S., Ritter, V., Fine, J., & Steiner, M. J. (2019). Timing and Duration of Sleep in Hospitalized Children: An Observational Study. *Hospital Pediatrics*, 9(5), 333-339. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0236>

Crous, E. C., & North, N. (2021). Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*, 44(1), 1-10. <https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2219>

Cunha, M. R. C. (2021). *O Aspecto Afetivo e sua Importância na Aprendizagem das Crianças com Necessidades Educativas Especiais na Inclusão da Educação Infantil* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37448/1/Maria%20Rita%20Cunha_TESE%20FINAL.docx.pdf

Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da Prática Baseada em Evidências nos Processos de Trabalho do Enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1-6. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.36304>

Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I Série, n.º 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 281/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I Série, n.º 193. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>

Despacho Normativo n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2009). Diário da República: II Série, n.º 74. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_Despacho_10143_2009.pdf

Despacho Normativo n.º 9871/2010 do Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. (2010). Diário da República: II Série, n.º 112. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9871-2010-3131193>

Despacho Normativo n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, n.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Despacho n.º 8297-C/2019 do Gabinete do Ministério da Educação e da Ministra da Saúde. (2019). Diário da República: II Série, n.º 179. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8297-c-2019-124793123>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_022.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar 2015*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem - Um Texto Interactivo para o Raciocínio Diagnóstico*, (5ª. ed. rev). Lusociência.

Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:6085>

Ferreira, A. (2023). *Preparação de Terapêutica Farmacológica - Manual Prático para Enfermeiros*. Lidel.

Ferreira, C. G. G., & Baptista, M. G. J. (2024). Dificuldades Percecionadas Pelos Enfermeiros na Realização da Triagem de Manchester e Fatores Associados. *Servir*, 2(9), e32664. <https://doi.org/10.48492/servir0209.32664>

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A Criança em Idade Pré-Escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). In Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C., *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp.159-191). Lidel.

Fialho, F. A., Dias, I., Nascimento, L., Motta, P., & Pereira, S. G. (2011). Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus: Cuidados/Implicações para a Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(2), 145-154. <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i2.4820>

Flora, M. C., & Gameiro, M. (2016). Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Conhecimento Acerca da Doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 17-26. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15024>

Freitas, A. C., Duro, I., & Pinto, S. (2017). Consulta do Adolescente. In Afonso, A. C., *Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático* (pp. 201-204). Lidel.

Gracio, A. L. R., Gracio, A. L. R., Dias, B. O., Silva, M. B., & Junior, C. M. (2024). A Enfermagem na Promoção da Saúde Mental de Adolescentes com Transtorno de Ansiedade na Estratégia da Saúde da Família. *Revista Científica de Alto Impacto*, 29(141). <https://revistaft.com.br/a-enfermagem-na-promocao-da-saude-mental-de-adolescentes-com-transtorno-de-ansiedade-na-estrategia-da-saude-da-familia/#:~:text=Logo%2C%20%C3%A9%20justamente%20na%20adolesc%C3%Aancia,2021>

Guimarães, A. C. (2013). *Identificação de Hábitos de Sono, Compreensão do Sono e Rotinas de Sono em Crianças de Idade Escolar* (Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10415/1/ulfpie046338_tm.pdf

Henderson, J. A., & Jordan, S. (2010). Development and Preliminary Evaluation of the Bedtime Routines Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 271-280. https://www.researchgate.net/publication/226752836_Development_and_Preliminary_Evaluation_of_the_Bedtime_Routines_Questionnaire

Hybschmann, J., Topperzer, M. K., Gjørde, L. K., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A. M., Jennum, P. J., & Sørensen, J. L. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep medicine reviews*, 59, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101496>

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

International Council of Nurses (2019). *CIPE - Português*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>

Jacob, E., Miaskowski, C., Savedra, M., Beyer, J. E., Treadwell, M., & Styles, L. (2006). Changes in sleep, food intake, and activity levels during acute painful episodes in children with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(1), 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.06.002>

Januário, P. A. (2012). *Hábitos de Sono das Crianças e Compreensão Infantil do Sono e das Estratégias Facilitadoras do Adormecimento: estudo com crianças de oito anos e seus pais* (Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa). Repositório Científico Aberto. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8196>

Johnson, J. Y., & Keogh, J. (2012). *Enfermagem Pediátrica Desmistificada - Um Guia de Autoaprendizagem*. Lusodidacta.

Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2008). Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo da prevalência. *Psico-USF*, 13(1), 51-58. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v13n1/v13n1a07.pdf>

Kretzer, S., Lawrence, A. J., Pollard, R., Ma, X., Chen, P. J., Amasi-Hartoonian, N., Pariante, C., Vallée, C., Meaney, M., & Dazzan, P. (2024). The Dynamic Interplay Between Puberty and Structural Brain Development as a Predictor of Mental Health Difficulties in Adolescence: A Systematic Review. *Biological Psychiatry*, 96(7), 585-603. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.06.012>

Laursen, B., & Veenstra, R. (2021). Toward Understanding the Functions of Peer Influence: A Summary and Synthesis of Recent Empirical Research. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 889-907. <https://doi.org/10.1111/jora.12606>

Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. (1999). Diário da República: I-A Série, nº204. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1999-34542475>

Leite, A. A. M., & Silva, M. L. (2019). Um estudo bibliográfico da Teoria Psicossocial de Erik

Erikson: contribuições para a educação. *Debates Em Educação*, 11(23), 148-168. <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2019v11n23p148-168>

Leite, S., Ferreira, I., & Reis, M. G. (2017). Asma. In Afonso, A. C., *Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático* (pp. 151-160). Lidel.

Lenehan, S. M., Fogarty, L., O'Connor, C., Mathieson, S., & Boylan, G. B. (2023). The Architecture of Early Childhood Sleep Over the First Two Years. *Maternal and Child Health Journal*, 27(2), 226-250. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03545-9>

Linhares, F. M. M., Sousa, K. M. O., Martins, E. N. X., & Barreto, C. C. M. (2016). Obesidade Infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas de Saúde*, 16(2), 460-481. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>

Lundgren, J., Norell-Clarke, A., Hellström, I., & Angelhoff, C. (2020). Adolescents' Experiences of Staying Overnight at Family-Centered Pediatric Wards. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.1177/2377960819900690>

MacLaren, J. E., & Kain, Z. N. (2008). Prevalence and predictors of significant sleep disturbances in children undergoing ambulatory tonsillectomy and adenoidectomy. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(3), 248-257. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm073>

Magalhães, S. P. N. (2013). *Tecnologias Educativas Destinadas à Pessoa Com Dependência e/ou Familiar Cuidador: Uma Revisão Sistemática da Literatura* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9384/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20S%C3%A9rgio_Magalh%C3%A3es_ep586.pdf

Mata, R. M. D. M. M. (2018). *Qualidade do Sono em Crianças do 1º Ciclo, Rendimento e Empenho Académico* (Tese de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa). Repositório Científico Aberto. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3844/1/Romina%20Mendes%20da%20Mata%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesthesia and Analgesia*, 93(1), 98-105. <https://doi.org/10.1097/00000539-200107000-00022>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress* (5ª ed. rev.). Wolters Kluwer

Health | Lippincott William & Wilkins.

Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. In Hockenberry, M. J., & Wilson, D., *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. rev., Vol 1, pp. 622-644). Lusociência.

Monteiro, A. M. (2014). *A Importância do Sono nas Crianças*. Chiado Editora.

Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel.

Moore, M., & Meltzer, L. J. (2008). The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. *Pediatric Respiratory Reviews*, 9(2), 114-121. <https://teensneedsleep.files.wordpress.com/2011/03/the-sleepy-adolescent-causes-and-consequences.pdf>

Oliveira, G., Silva, I. B., & Oliveira, R. R. A. (2019). O sono na adolescência e os fatores associados ao sono inadequado. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 21(1), 135-145. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/26477/18217>

Opperman, S., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (1998). Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 - 1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: Presente com Futuro!* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/Dia%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%202015/Estudo%20UCC%20SR%20Sul%202013_3dez2014.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Parecer n.º. 06/2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Diário da República n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12, páginas 19192 - 19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Parecer n.º. 10/2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5espluseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. da Diário da República n.º 184/2029, Série II de 2019-09-25, páginas 128 - 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Guia Orientador de Boas Práticas: O Sono na Criança e no Adolescente.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Guia Orientador de Boas Práticas: A Criança e o Jovem com Necessidades de Saúde Especiais em Contexto Escolar.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf

Owens, J. A., Jones, C., & Nash, R. (2011). Caregivers' knowledge, behavior, and attitudes regarding healthy sleep in young children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345–350. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1186>

Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono - Manual Prático.* Lidel.

Papaconstantinou, E. A., Hodnett, E., & Stremmler, R. (2018). A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavioral Sleep Medicine*, 16(4), 356–370. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1228639>

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed. rev.). Artmed.

Parreira, P. M. (2005). *Organizações.* Formasau.

- Pierantoni, L. M. M., & Cabral, I. E. (2001). Conhecimentos essenciais no cuidado à criança em oxigenoterapia. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 1, 17-24. <https://journal.sobep.org.br/article/conhecimentos-essenciais-no-cuidado-a-crianca-em-oxigenoterapia/>
- Pinto, C. G. Q. (2012). *Concepções de Sexualidade de Alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico* (Tese de mestrado, Instituto de Educação da Universidade do Minho). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23695/1/Disserta%20a7%20a3o%20Cl%20a1udia%20Pinto%20out.2012.pdf>
- Prade, L. S., Bolzan, G. P., Berwing, L. C., Yamamoto, R. C. C., Vargas, C. L., Silva, A. M. T., & Weinmann, A. R. M. (2016). Relação entre prontidão para início da alimentação oral e desempenho alimentar em recém-nascidos pré-termo. *Audiology Communication Research*, 21, 1-7. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1662>
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-Nascido Pré-Termo. In Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C., *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 117-134). Lidel.
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68–75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In Hockenberry, M. & Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. rev., Vol 2, pp. 1025–1060). Lusociência.
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção*. Lidel.
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), e300232. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>
- Secção de Pediatria Social & Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Seiger, N., Veen, M. V., Almeida, H., Steyerberg, E. W., Meurs, A. H. J. V., Carneiro, R., Alves, C. F., Maconochie, I., Van der Lei, J., & Moll, H. A. (2014). Improving the Manchester Triage System for pediatric emergency care: an international multicenter study. *PLOS One*, 9(1), e83267. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083267>

Seki, T. N., & Balieiro, M. M. F. G. (2009). Cuidados Voltados ao Desenvolvimento do Prematuro: Pesquisa Bibliográfica. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 9(2), 67-75. https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-09-02-0067/2238-202X-sobep-09-02-0067.x64500.pdf

Sequeira, C., Falcó-Pregueroles, A., & Lluch, T. (2016). Competências Comunicacionais. In Sequeira, C., *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 48-58). Lidel.

Sinthong, A., & Ngernlangtawee, D. (2024). Early sleep intervention for improving infant sleep quality: a randomized controlled trial, preliminary result. *BMC Pediatrics*, 24(1), 306. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04771-6>

Stang, J., & Bruening, M. (2014). Problemas de Comportamento na Adolescência. In Hockenberry, M. & Wilson, D., *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. rev., Vol 1, pp. 855-894). Lusociência.

Stremler, R., Micsinszki, S., Adams, S., Parshuram, C., Pullenayegum, E., & Weiss, S. K. (2021). Objective Sleep Characteristics and Factors Associated with Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Network Open*, 4(4), e213924. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>

Silva, C. A. M. (2010). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma* (Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26624/2/Necessidades%20dos%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20no%20ps%20al.pdf>

Silva, F. H. G. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 Anos* (Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>

Silva, J. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Neto, A. L., Melo, L. S., & Silva, F. J. C. P. (2021). Utilização da Prática Baseada em Evidências por Enfermeiros no Serviço Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

Silva, M. R. (2022). Desenvolvimento Humano na Teoria Psicossexual da Infância em Sigmund Freud. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(4), 1491-1504. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i4.5151>

Silva, M. T. M. C. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%cc%a7A%cc%83O%20Vers%c>

3%a3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf

Sinthong, A., & Ngernlangtawee, D. (2024). Early sleep intervention for improving infant sleep quality: a randomized controlled trial, preliminary result. *BMC Pediatrics*, 24, 306. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04771-6>

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. (2023). *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde - Edição* 1. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014a). *Ventilação Mecânica Convencional no Recém-Nascido*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VM.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014b). *Ventilação Não Invasiva*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Souza, R. C. (2021). *Impacto do Método Canguru na autoeficácia da amamentação e nas taxas de aleitamento materno exclusivo pós-alta hospitalar em recém-nascidos de baixo peso* (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/31424/6/ImpactoM%c3%a9todoCanguru.pdf>

Thabet, F., & Tabarki, B. (2023). Common sleep disorders in children: assessment and treatment. *Neurosciences Journal*, 28(2), 85-90. <https://doi.org/10.17712/nsj.2023.2.20220111>

Torres, C. P. M. B. (2019). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras - Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://recipp.ipp.pt/entities/publication/f478bf88-19a1-4034-ad09-d7c3231b4ac7>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M., Trindade, L. L., Faria, A. D. C. A., Barros, S. C. C., Melo, R. M. C., Forte, E. C. N., & Ribeiro, O. (2023). Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de conteúdo. *Revista Brasileira Enfermagem*, 76(2), e20220396. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0396pt>

Wilson, D. (2014a). A Criança com Disfunção Respiratória. In Hockenberry, M. J., & Wilson, D., *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente Adolescente* (9ª ed. rev., Vol 2, pp. 1299-1378). Lusociência.

Wilson, D. (2014b). A Criança com Alterações na Realização das Trocas Gasosas. In

Hockenberry, M. J., & Wilson, D., Wong - *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. rev., Vol 2, pp. 1257-1298). Lusociência.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion - Glossary*. Genebra, Suíça. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

World Health Organization. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1

Zapert, C. C. (2024). *Relações Interpessoais dos Adolescentes com os Pares em Contexto de Pandemia* (Tese de mestrado, Universidade Lusófona). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://research.ulusofona.pt/files/39799971/dissertacao-caroline-zapert.pdf#:~:text=Rela%C3%A7%C3%B5es%20com%20os%20Pares%20O,contexto%20familiar%2C%20ganhando%20mais%20import%C3%A2ncia>

8. ANEXOS

Anexo I

COMPREENDER AUTISMO

A Associação Vencer Autismo certifica que

Liliana Baptista

participou no Workshop Compreender Autismo com a duração
de 6 horas nos dias 18, 19 e 20 de outubro de 2022.

OS FUNDADORES DA ASSOCIAÇÃO
SUSANA SILVA E JOE SANTOS

Susana Silva Joe Santos

Todas as
pessoas
são únicas

Portugal
INOVAÇÃO
SOCIAL

Operações
PO ISE

PORTUGAL
2020

Operações
PO ISE

Rua de Serralves 578 1Dto
4150-703 Porto - Portugal
www.vencerautismo.org



VENCER
AUTISMO

Anexo II



EMBRAKARA

Associação dos Amigos do ACES de Braga
sem fins lucrativos

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que Liliana Apolinário Baptista, natural de Braga, nascida em [REDACTED], titular do número de identificação [REDACTED], válido até [REDACTED], concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional SBV-DAE (Suporte Básico de Vida / Desfibrilhação Automática Externa), em 11/02/2023, com a duração de 7 horas, com a classificação final de 19 valores, numa escala de 0 a 20.

Braga, 12 de fevereiro de 2023

JOÃO
PAULO
COELHO

Assinado de
forma digital por
JOÃO PAULO
COELHO
Dados:
2023.02.12
18:12:05.7

(P^o Presidente da Direção)

Certificado Nº 019SBV-DAE
Validade: 10/02/2028



Anexo III

Anexo IV



CERTIFICADO

Certifica-se que Liliana Apolinário Baptista participou no Curso de Formação de Dinamizadores *Mais Contigo* com a duração de 21 horas, das 9h às 17h, organizado pela ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnfC, nos dias 11 e 12 de setembro de 2023 via plataforma eletrónica e no dia 13 de setembro de 2023 em regime presencial na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Polo A, sita na Av. Bissaya Barreto, nº 143 em Coimbra.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública

(Dr. João Pedro Pimentel)

Anexo V



I Jornadas da UCC Vizela

+ Comunidade
+
Saúde

Certifica-se que

Liliana Apolinário Baptista

participou nas "I Jornadas da UCC Vizela: + Comunidade, + Saúde", que decorreram no dia 25 de janeiro de 2024, entre as 9h00 e as 16h30 horas, no Auditório Luís Miguel Lopes – Centro Pastoral de S. Miguel - Vizela.

Pela Comissão Organizadora,

Isabel Pereira

Anexo VI



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BRAGA

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA

Certifica-se que, **LILIANA APOLINARIO BAPTISTA**, nascido(a) em [REDACTED], titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão com o nº de identificação [REDACTED], frequentou a seguinte ação de formação:

Parentalidade consciente no contexto hospitalar

que decorreu a 30 de Setembro de 2024,
com a duração total de 7 horas.

Braga, 23/10/2024

HOSPITAL DE BRAGA, EPE
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Responsável pela Entidade Formadora

Anexo VII

Anexo VIII

I JORNADAS DE ENFERMAGEM

Do Serviço de Urgência de Pediatria da ULS Braga

Para os devidos efeitos, certifica-se que

Liliana Apolinário Baptista

esteve presente, como Participante, nas I Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Pediatria da ULS Braga 2025, que decorreu nos dias 21 e 22 de Fevereiro de 2025, no Auditório do Grupo ABB.



Anexo IX



ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA
DE BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS
DA PÓVOA DE LANHOSO
FUNDADA EM 6 DE SETEMBRO DE 1944

CENTRO DE
FORMAÇÃO



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **Liliana Apolinário Baptista**,
nascida a [REDACTED], com o nº de identificação [REDACTED]
concluiu com aproveitamento a seguinte ação de formação

Suporte Básico de Vida Pediátrico

que decorreu a 22 de Fevereiro de 2025,
com a duração total de 4 horas, tendo obtido a
classificação final de **19 valores**, numa escala de 0 a 20.

Certificado nº 020/2025

Formação válida por 5 anos

Póvoa de Lanhoso, 24 de Fevereiro de 2025

Responsável pelo Centro de Formação da AHBVPVL
Manuel Armando Silva Cruz

Anexo X



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, declara-se que Enfermeiro(a) Liliana Apolinário Baptista esteve presente no VI Congresso Nacional AUCC, realizado no Multiusos de Gondomar, nos dias 20 e 21 de março de 2025, num total de 16H.

21 março 2025

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima



Anexo XI

- [13] Ruiz, J.; Ordonez-Cambor, N.; Del-Libano, M.; Rodoviária-Llamazares, M-E. (2021). Influence on Forgiveness, Character Strengths and Satisfaction with Life of a Short Mindfulness Intervention via a Spanish Smartphone Application. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(802), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020802>
- [14] Guillaume, K.; Tafvelin, S.; Hasson, D. (2012). Health-relevant personality traits in relation to adherence to a web-based occupational health promotion and stress management intervention. *International Journal of Workplace Health, 11(3)*, International Journal of Workplace Health, 143-159. DOI 10.1108/IJWHM-11-2017-0092
- [15] Zadok-Gurman, T.; Jakobovitch, R.; Dvash, E.; Zafran, K.; Rolnik, B.; Ganz, A.; Lev-Ari, S. (2021) Effect of Inquiry-Based Stress Reduction (IBSR) Intervention on Well-Being, Resilience and Burnout of Teachers during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(3689), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073689>

A utilização de tiras reagentes na avaliação do pH gástrico no recém-nascido

Filipa Costa¹, Liliana Baptista², Marta Feio³, Sandra Rodrigues⁴

¹Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais/Internamento de Pediatria, Hospital CUF Porto, Porto, Portugal)

²Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Unidade de Cuidados na Comunidade do Cívado ao Ave II, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal)

³Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Verde, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal)

⁴Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital CUF Porto, Porto, Portugal)

*Autor correspondente: ✉ lilipa.17@hotmail.com

ORCID

Filipa Costa: 0009-0005-9836-464X

Liliana Baptista: 0009-0004-1536-5114

Marta Feio: 0009-0005-3077-8977

Sandra Rodrigues: 0009-0003-6614-7232

Resumo

Introdução: As sondas naso/orogástricas são um recurso vulgarmente utilizado em Neonatologia. Verifica-se um incorreto posicionamento em 20-59% das colocações de sondas gástricas em recém-nascidos e crianças, o que pode acarretar consequências graves, dependendo do local onde se encontra a ponta da sonda (Rosengarten & Davies, 2021), pelo que é imperativo o uso de métodos fiáveis para a verificação do seu correto posicionamento. **Objetivo:** Identificar se a utilização de tiras reagentes de pH é o método mais adequado para a verificação do correto posicionamento da sonda naso/orogástrica no recém-nascido. **Metodologia:** revisão de literatura de 2017 a 2022. **Resultados:** Todos os artigos analisados referem o exame radiológico e o uso de tiras reagentes de pH como métodos válidos e fidedignos. As tiras reagentes de pH podem ser utilizadas no recém-nascido prematuro e de termo, com fiabilidade após as 8 horas de vida. Considera-se que a sonda gástrica se encontra corretamente posicionada quando o valor do pH obtido é igual ou menor que 5.5. A alteração da frequência da alimentação e/ou utilização de medicação supressora de ácido gástrico não demonstra ter relação significativa no pH para negar a utilidade e fiabilidade deste método. **Conclusão:** Os enfermeiros devem ser sujeitos ativos de procura e produção de novos conhecimentos que possam trazer mais-valias para a prática. Assim, torna-se importante utilizar uma prática fundamentada em evidência quando selecionamos qual o método a utilizar na verificação do posicionamento das sondas gástricas em recém-nascidos.

Palavras-chave: Neonato; nutrição entérica; concentração de iões de hidrogénio; qualidade da prestação de cuidados; administração de medicação.

Abstract

Introduction: The use of nasogastric/orogastric tubes is common in Neonatal Care. However, in 20-59% of the nasogastric/orogastric tube insertions in newborns and infants, the position of the tube is incorrect, which can lead to serious consequences, depending on the tip location (Rosengarten & Davies, 2021), so it is imperative that reliable methods of checking the gastric tube position are used. **Objective:** Identify if the pH strips are the most adequate method to confirm the gastric tube position in newborns. **Methodology:** Literature review between 2017 and 2022. **Results:** All the reviewed articles refer to x-ray and pH strips as reliable and valid methods of confirming the nasogastric/orogastric tube position. It was ascertained that the pH strips can be used in preterm newborns as well as term newborns, with reliability, as early as 8 hours after birth, considering a correct nasogastric/orogastric tube position when the pH strip result is equal or less than 5.5. The feeding frequency, as well as the use of medication that suppresses the gastric acid have not been found to have significant influence in the pH result. Its use was considered a reliable method of confirming the nasogastric/orogastric tube position. **Conclusion:** Nurses should be active agents in the search for and production of recent knowledge that can bring added value to practice. Thus, it becomes important to use evidence-based practice when selecting the method of verification of the positioning of gastric tubes in newborns.

Keywords: infant/newborn; enteral nutrition; hydrogen-ion concentration; quality of health care; administration route, drug.

Introdução

As sondas gástricas são utilizadas em unidades de Neonatologia quando um recém-nascido (RN) não é capaz de se alimentar, para descomprimir o estômago e administrar alimentação e/ou medicação por via entérica. Podem ser introduzidas pelo nariz, sondas nasogástricas, ou pela boca, sondas orogástricas, até ao estômago (André et al., 2017). Um risco associado à colocação destas sondas é o de não se encontrar no estômago, pois na sua inserção é impossível visualmente verificar a sua posição. É importante que quando se utiliza a sonda gástrica, haja preocupação com a sua correta colocação e manutenção no local (Northing et al., 2022). O incorreto posicionamento e a deslocação da sonda gástrica, faz com que a ponta distal da sonda não se encontre no estômago, o que pode levar a complicações graves, dependendo do local onde esta se encontra (Irving et al., 2014). Se a sonda se encontrar acima do cárdia, pode resultar em perfuração, aspiração da alimentação/medicação para o trato respiratório, refluxo gastroesofágico e pneumonia; caso a sonda esteja na junção pilórica ou duodeno, pode levar a má absorção de nutrientes, diarreia e inadequado ganho de peso (Northing et al., 2022).

Para evitar estas complicações, deve-se verificar o correto posicionamento das sondas gástricas nas seguintes situações: após a sua colocação; antes da administração de alimentação e/ou medicação, por via entérica; pelo menos uma vez por dia quando a alimentação está a ser administrada continuamente através de máquina perfusora ou antes da troca das seringas de alimentação; após episódios de vômito ou tosse; ou após visualização de deslocação da sonda gástrica, quando se verifica que a posição da sonda foi alterada e se encontra anterior/posteriormente introduzida em relação à marca registada aquando da sua introdução (Rosengarten & Davies, 2021).

Na prática profissional, são vários os métodos utilizados para se verificar a posição da sonda gástrica, nomeadamente a visualização do conteúdo gástrico através da aspiração prévia, injeção de ar no estômago pela sonda com auscultação simultânea, verificação do comprimento de inserção da sonda para perceber se foi movimentada, verificação do pH (Potencial de Hidrogénio) do conteúdo gástrico através do uso de tiras para verificar se o conteúdo aspirado pela sonda se encontra em meio ácido, e o recurso a meios radiográficos para visualizar se a ponta da sonda se encontra no estômago (Northing et al., 2022).

Assim, surgiu a questão de investigação: O uso de tiras reagentes de pH comparativamente a outros métodos de verificação do posicionamento da sonda gástrica é o mais adequado e seguro para o recém-nascido.

Material e Métodos

Realizada revisão da literatura a 18 de dezembro de 2022, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE® e CINAHL®, usando os descritores e palavras-chave: Infant; Infant, Newborn; Infant, Preterm; Neonate; Nasogastric; Orogastric; Feeding tube; Gastric tube; Reagent strips; Hydrogen-ion Concentration; Gastric Juice; Gastric acid determination; pH; Intubation, Gastrointestinal; Intubation, Gastrointestinal/*methods; Tube placement; Evaluation methods; Enteral Nutrition; Patient Safety; Drug Administration. A pesquisa foi limitada a artigos publicados entre 2017 e 2022. Da pesquisa resultou um total de 18 artigos, 3 foram eliminados por serem duplicados, 10 não permitiam acesso ao seu texto na Íntegra, os restantes 5 foram para leitura do título e resumo, verificando-se que todos os artigos iam ao encontro da questão de investigação. Após a leitura integral dos 5 artigos (Dias et al., 2019; Kisting et al., 2019; Metheny et al., 2017; Mikami et al., 2019; Northington et al., 2022) todos foram selecionados tendo em conta a sua pertinência para o estudo.

Resultados

Segundo os artigos analisados, apenas o recurso a radiografia e a utilização de tiras de pH para verificação do posicionamento de sondas gástricas são considerados métodos válidos e demonstram, com segurança, a localização das mesmas no trato gastrointestinal. O exame radiológico é o método mais fiável. No entanto, a exposição à radiação faz com que este exame não seja utilizado por rotina, pelo que o uso de tiras de pH deve ser o método de primeira linha, com exceção de RN sem reflexo de deglutição, deterioração de consciência ou do estado clínico logo após colocação de sonda gástrica. Todos os artigos analisados referem que a utilização de tiras de pH, como método de verificação de posicionamento de sondas gástricas, é válida na população neonatal. Assim, o uso de tiras de pH deve ser o método de primeira linha para verificação do posicionamento das sondas gástricas para que a sua utilização seja feita com segurança (Dias et al., 2019; Kisting et al., 2019; Metheny et al., 2017; Mikami et al., 2019; Northington et al., 2022).

A Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido (National Patient Safety Agency, 2011) define que valores de pH iguais ou inferiores a 5.5 são indicativos de conteúdo gástrico e a sonda gástrica é classificada como corretamente posicionada. Este valor foi corroborado num estudo realizado por Dias et al. (2019), que confirmou este valor através da

avaliação de pH e posterior verificação radiológica. Quando o valor de pH é superior a 5.5 deve-se recorrer a exame radiológico para verificar o posicionamento da sonda gástrica (Dias et al., 2019; Mikami et al., 2019; Kisting et al., 2019; Metheny et al., 2017). A utilização do pH gástrico para verificar o posicionamento da sonda gástrica pode ser utilizada em RN pré-termo e de termo, com fiabilidade após as 8 horas de vida, considerando nestes casos que a sonda gástrica se encontra bem posicionada quando o pH do conteúdo gástrico obtido é menor que 5 (Mikami et al., 2019; Metheny et al., 2017).

Mesmo em situações de alteração da frequência da alimentação e na presença de medicação supressora de ácido gástrico, apesar de influenciar o valor do pH gástrico, os efeitos não são suficientemente significativos para negar a sua utilidade e fiabilidade como técnica de eleição para a verificação de posicionamento de sondas gástricas (Northington et al., 2022; Metheny et al., 2017).

As unidades de Neonatologia tendem a não utilizar a avaliação de pH gástrico como método preferencial de verificação de posicionamento de sondas gástricas, optando pela visualização do conteúdo gástrico obtido por aspiração, assim como pela auscultação de ar introduzido no estômago, apesar de estes métodos não serem aconselhados. Northington et al. (2022) menciona que as principais barreiras encontradas à alteração deste tipo de prática são: a) preocupação associada à exposição dos RN à radiação no que diz respeito ao método radiológico, assim como o seu custo e o tempo necessário para que o técnico de radiologia realize o exame; b) o custo associado à aquisição das tiras reagentes de pH; c) renitência por parte da equipa em alterar as suas práticas e atualizar as instruções de trabalho nas respetivas instituições; d) a visualização de conteúdo gástrico e a auscultação de introdução de ar no estômago terem sido as técnicas ensinadas a muitos profissionais, que podem não ter experienciado nenhum evento adverso da sua utilização, assim como nenhum problema associado à deslocação de sondas gástricas, o que pode contribuir para que alguns profissionais não sintam a necessidade de alterar a sua prática; e) alguns enfermeiros relataram falta de tempo para despendê-lo na procura e aprendizagem de métodos que demonstrem a melhor evidência na prática.

Metheny et al. (2017) acrescenta ainda um outro fator dificultador para a alteração da prática atual que se prende com a lacuna de conhecimento face aos valores de pH que são considerados seguros.

O estudo realizado por Kisting et al. (2019) comprova que a formação dirigida aos enfermeiros fez diferença na mudança de prática e que esta levou a que estes utilizassem as tiras de pH para verificação da colocação das sondas gástricas.

Discussão

Cuidar de um RN com necessidades de alimentação e/ou administração de medicação por via entérica, deve ser entendido tendo por base os benefícios e riscos do uso de sondas gástricas que são indispensáveis para a sua execução. É importante perceber que o incorreto posicionamento de uma sonda gástrica pode levar a consequências graves e até mesmo fatais, pelo que se torna fulcral a utilização de métodos de verificação do seu posicionamento, para podermos utilizá-la de forma segura. A introdução de líquido no trato respiratório através de sondas gástricas não vai obrigatoriamente fazer o RN tossir ou engasgar-se, uma vez que estes reflexos são estimulados pela sensação de presença de fluidos no fundo da faringe, pelo que a sua execução deve merecer ainda mais atenção por parte dos enfermeiros aquando da sua utilização (Rosengarten & Davies, 2021).

O uso de diferentes técnicas, por diferentes unidades hospitalares, requer atenção pois a disparidade na prática pode demonstrar que os enfermeiros se baseiam na experiência pessoal e conhecimento empírico e não em técnicas baseadas em evidência científica. Para tal, torna-se crucial a uniformização da prática em relação a este tema, assim como a utilização de métodos considerados adequados pela investigação, tendo em vista assegurar o uso de sondas gástricas com o menor grau de probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Northington et al., 2022).

Embora existam diversas formas de verificar a correta localização da sonda gástrica, o consenso dos enfermeiros especialistas em saúde infantil dos Estados Unidos da América, é que a utilização de tiras reagentes pH é o método mais indicado para a rápida avaliação da localização da sonda gástrica (Lyman, et al., 2016) quando combinado com outras medidas, como a avaliação do comprimento da sonda na narina/mento (National Patient Safety Agency, 2011).

Como referido, é essencial transpor para a prática clínica a evidência encontrada, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Assim, urge questionar e refletir sobre o porquê de os enfermeiros não direcionarem a sua prática para o uso das tiras de pH na verificação do posicionamento da sonda gástrica, visto ser a opção mais adequada para a segurança do recém-nascido.

Conclusões

É fundamental que os enfermeiros estejam atualizados em relação às evidências científicas e percebam de que forma as podem utilizar na sua prática clínica. A utilização das tiras de pH como método de verificação do correto posicionamento da sonda gástrica, apesar de não ser o gold standard, é um método fidedigno e baseado em evidência que pode e deve ser usado em unidades de Neonatologia, de forma a diminuir a probabilidade de existirem intercorrências decorrentes de administração de alimentação e/ou medicação, por via entérica. As técnicas utilizadas atualmente, em muitas unidades,

são consideradas pouco seguras e pouco fidedignas, pelo que o seu uso é desaconselhado.

Conflito de Interesses

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

This article was supported by National Funds through FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., within CINTESIS, R&D Unit (reference UIDB/4255/2020 and reference UIDP/4255/2020).

Agradecimentos

As autoras agradecem à Professora Doutora Margarida Reis Santos o apoio e acompanhamento no decurso da elaboração do trabalho no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que posteriormente suscitou a redação deste artigo.

Contribuições autorais

Conceptualização, F.C. e S.R.; metodologia, F.C., L.B., M.F. e S.R.; investigação, F.C., L.B., M.F. e S.R.; recursos, F.C., L.B., M.F. e S.R.; redação - preparação do draft original, F.C., L.B., M.F. e S.R.; redação - revisão e edição, F.C., L.B., M.F. e S.R.; visualização, F.C. e M.F.. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Referências bibliográficas

- [1] André RR, Mendes CQ, Avelar AF & Ferreira MM. Enteral tube placement in newborns according to the modified measurement technique. *Acta Paul Enferm* 30(6):590-597, 2017.
- [2] Dias F, Almeida BP, Alvares BR, Jales RM, Caldas JP & Carmona EV. Uso de tiras reagentes de pH na verificação do posicionamento da sonda gástrica em recém-nascidos. *Revista Latino-Americana* 27:1-8, 2019.
- [3] Irving, SY, Lyman B, Northington L, Bartlett JA & Kemper C. Nasogastric tube placement and verification in children: review of the current literature. *Crit Care Nurse* 29(3):267-276, 2014.
- [4] Kisting MA, Korcal L & Schutte DL. Lose the Whoosh: An Evidence-Based Project to Improve NG Tube Placement Verification In Infants and Children in the Hospital Setting. *Journal of Pediatric Nursing* 40:1-5, 2019.
- [5] Lyman B, Kemper C, Northington L, Yaworski JA, Wilder K, Moore C, Duesing L, Irving S. Use of Temporary Enteral Access Devices in Hospitalized Neonatal and Pediatric Patients in the United States. *JPEN J Parenter Enteral Nutrition* 40(4):574-580, 2016.
- [6] Metheny NA, Pawluszka A, Lulik M, Hinyard LJ & Meert KL. Testing placement of gastric feeding tubes in infants. *American Journal of Critical Care* 26(6):466-473, 2017.
- [7] Mikami T, Mizumoto H & Hata D. Transition of gastric pH after birth for verification of feeding tube Placement. *Official Journal of the Japan Pediatric Society* 61(8):832-834, 2019.
- [8] National Patient Safety Agency. Reducing the harm caused by misplaced nasogastric feeding tubes in adults, children and infants. *National Health System*, 2011.
- [9] Northington L, Kemper C, Rempel G, Lyman B, Pauley R, Visscher D, Moore C, Guenter P. Evaluation of methods used to verify nasogastric feeding tube placement in hospitalized infants and children - A follow-up study. *Journal of Pediatric Nursing*. 63:72-77, 2022.
- [10] Rosengarten L & Davies B. Nutritional support for children and young people: nasogastric tubes. *British Journal of Nursing*, 30(13):12-18, 2021.

Fatores de stress nos estudantes de enfermagem em ensino clínico: protocolo de scoping review

Stress factors in nursing students during clinical practice: scoping review protocol

Graça Lopes^{1*}, Cristina Pinto², Palmira Oliveira³

¹Equipa Intra Hospitalar Cuidados Paliativos, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

²CINTESIS@RISE, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

*Autor correspondente: ✉ graceloopes3@gmail.com

ORCID

Graça Lopes: 0000-0002-4930-6567

Cristina Pinto: 0000-0002-6077-4150

Palmira Oliveira: 0000-0002-4025-1969

Resumo

Introdução: Em ensino clínico, os estudantes da licenciatura em enfermagem têm necessidade de mobilizar conhecimentos e competências adquiridas ao longo do percurso académico efetuado. A exposição a novas situações pode desencadear stress, influenciando o processo de aprendizagem, o desempenho e a aquisição de competências. **Objetivo:** Mapear as

Anexo XII

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICOS



A Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto certifica que **Liliana Baptista**, participou no Concurso de Pósteres do IV Congresso Científico AESEnFP, realizado nos dias 26 e 27 de novembro de 2022, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, cujo tema foi “Cuidados de Enfermagem Pediátricos”.

de esep
Bruna Sofia Andrade do Carmo

Bruna Sofia Andrade do Carmo

Presidente da Direção da AESEnFP |

Presidente da Comissão Organizadora do IV Congresso Científico da AESEnFP



de esep

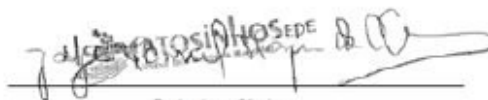
Anexo XIII

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE FOI APRESENTADO O PÓSTER COM O TEMA "O PAPEL DO ENFERMEIRO NA INTEGRAÇÃO DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES SOBREVIVENTES DE CANCRO NA ESCOLA" NO II ENCONTRO DE SAÚDE ESCOLAR, DA COAUTORIA, LILIANA APOLINÁRIO BAPTISTA E RAFAELA DE SOUSA FERREIRA BRITTO, QUE DECORREU NO CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE LEÇA DA PALMEIRA, REALIZADO NOS DIAS 24 E 25 DE OUTUBRO DE 2024.

MATOSINHOS, 25 DE OTUBRO DE 2024

O Diretor do Serviço de Gestão do Conhecimento



Doutor Jorge Oliveira



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora de Hora
Geral: 229 391 000
ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte n.º 506 361 390

