



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**
Relatório de Estágio

**Cuidar para a promoção da saúde:
Intervenções de enfermagem na maximização do
potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e
juvenil**

Raquel Évora Andrade Alves



**Lisboa
2020**



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

Relatório de Estágio

**Cuidar para a promoção da saúde:
Intervenções de enfermagem na maximização do
potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e
juvenil**

Raquel Évora Andrade Alves



Orientadora: Professora Doutora Paula Manuela Jorge Diogo



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*«Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro.
Depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde.
E por pensarem ansiosamente no futuro
esquecem do presente de forma
Que acabam por não viver nem no presente, nem no futuro.
Vivem como se nunca fossem morrer e
Morrem como se nunca tivessem vivido.»*

Dalai Lama

Agradecimentos

Um agradecimento especial do fundo do meu coração, porque sempre me apoiaram:

... aos meus Filhos Inês e Simão

... aos meus Pais Ivone e João e ao meu Irmão Daniel

... à minha Amiga e colega Vânia.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma me apoiaram e ajudaram
neste caminho, em especial:

à Professora Doutora Paula Diogo, que me orientou durante este percurso.

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IPSS – Instituição de Solidariedade Social

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido-1.65 cm

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SU – Serviço de Urgência

RESUMO

A **Promoção da Saúde** é considerada uma ação primordial do enfermeiro no cuidado à criança, ao jovem e à família. Cuidar e educar em enfermagem complementam-se, capacitando desta forma a população na aquisição de maior autonomia e consciência da sua saúde, e contribuindo para uma reflexão crítica e informada das suas escolhas e tomadas de decisão.

Atendendo a esta realidade, **cuidar para a promoção da saúde** na infância é uma das responsabilidades do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica** (EEESIP), sendo considerado pela Ordem dos Enfermeiros (2017) como um foco primordial, objetivando **a educação e a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil**, assim como a gestão do bem-estar da criança, através das orientações antecipatórias direcionadas às famílias.

De modo a desenvolver as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, para obter o título de EEESIP, tive oportunidade de estagiar em vários contextos de saúde infantil e pediatria, contribuindo de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. O presente relatório apresenta a descrição e reflexão do percurso formativo, analisando de forma crítica e construtiva as experiências vividas e atividades desenvolvidas, baseadas no meu projeto de estágio com o tema: **Cuidar para a promoção da saúde: Intervenções de enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil**. A orientação conceptual que sustentou a experiência formativa foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. No entanto, enquadro o meu percurso de igual modo, na Teoria do Cuidar de Jean Watson, referindo-se à enfermagem como sendo uma disciplina científica e prática, que une a ciência com o cuidar, que se baseia na visão holística e humanista, dois pilares dos cuidados em enfermagem pediátricos.

Ao longo deste caminho surgiram imprevistos, experiências inesperadas, crescimento profissional e de igual modo pessoal, levando à adaptação e (re)construção de saberes.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Crescimento e Desenvolvimento; Cuidar; Enfermagem Pediátrica; Educação para a Saúde.

ABSTRACT

Health promotion is an issue of top priority in the practice of the nurse taking care of children, juveniles and families. Caring and educating complement each other in nursing, this way helping the population acquiring increased autonomy and awareness of their own health and contributing to a more critical and informed reflection about their choices and decision making.

In order to respond to this reality, **caring for the health promotion** during childhood is one of the responsibilities of the **Specialist Nurses in Child and Paediatric Health**, being considered by the Order of Nurses (2017), as a primary focus, with the aim to **educate** and **the maximization of the potential of infantile growing and development** as well as the administration of the child's well-being through anticipatory and specific orientations given to the families.

In order to acquire the competence defined by the Order of Nurses to obtain the specialist nurse title, I had the opportunity to follow practical training in different contexts of infantile and paediatric health, which contributed in a significant way to my professional and personal development. The present report presents the description and reflection about the care practice, analysing in a critical and constructive way the experience made and the developed activities, which are based on my project with the title: **Caring for health promotion: Nursing interventions in the maximization of growing potential and development in children and juveniles.**

The conceptual orientation that sustained this formative journey was the Model of Health Promotion by Nola Pender. However I associated equally The Theory of Human Caring by Jean Watson who describes nursing as an scientific and practical field of activity that joins science and caring, based on a holistic and humanistic vision, two of the pillars of health care practice by paediatric nurses.

During this path happened unforeseen occurrences, unexpected experiences, professional and personal growth, which all led to an adaptation and (re)construction of knowledge.

Keywords: Health Promotion; Growth and Development; Caring; Paediatric Nursing; Health Education.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Cuidar para a promoção da saúde.....	14
1.2. Promoção da saúde no âmbito infantil e juvenil	15
1.3. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	17
1.4. A maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.....	21
1.5. Intervenções de enfermagem na promoção da saúde.....	23
2. METODOLOGIA.....	25
3. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DE UM PERCURSO – O CAMINHO DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA.....	27
3.1 Cuidados de Saúde Primários	28
3.2 Serviço de Internamento no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento	34
3.3 Serviço de Neonatologia	37
3.4 Serviço de Internamento de Pediatria	41
3.5 Serviço de Urgência Pediátrica	46
3.6 Competências de EE e EEESIP	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	
Apêndice I – Mapa Conceptual	
Apêndice II – Autodiagnóstico das Competências de EEESIP	
Apêndice III - Cronograma do Estágio	
Apêndice IV - Guia de Atividades para os contextos de Estágio	
Apêndice V - Folha de Registo em Saúde Infantil	
Apêndice VI - Adaptação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan	
Apêndice VII - Adaptação dos Cuidados Antecipatórios	
Apêndice VIII - Documento: Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças – Intervenção do Enfermeiro na Educação para a Saúde	
Apêndice IX – Apresentação de PowerPoint – Título: Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças – Intervenção do Enfermeiro na Educação para a Saúde	

Apêndice X – Jornal de Aprendizagem

Apêndice XI – Documento – Título: O desenvolvimento do Neonato Prematuro: A importância da presença e participação dos pais

Apêndice XII – Convite aos pais para ação de formação

Apêndice XIII – Plano de ação de formação no serviço de Neonatologia

Apêndice XIV – Apresentação em *PowerPoint* – Título: Convite para conversar e partilhar sobre a importância da presença na vida do filho prematuro

Apêndice XV – Questionário de avaliação da ação de formação

Apêndice XVI – Folheto – Título: Eu preciso de ti

Apêndice XVII – Póster: Eu preciso de ti

Apêndice XVIII – Plano de ação de formação no serviço de Pediatria

Apêndice XIX – Apresentação em *PowerPoint* – Título: Cuidar para a promoção da parentalidade. O desafio perante a parentalidade na hospitalização

Apêndice XX – Vídeo final da apresentação

Apêndice XXI – Documento: Cuidar para a promoção da parentalidade. O desafio perante a parentalidade na hospitalização

Apêndice XXII – Póster para o serviço de Urgência Pediátrica: Febre... Não é uma doença

Apêndice XXIII – Folheto para a Urgência Pediátrica: Febre... Não é uma doença.

Apêndice XXIV – Guia para a prática da Promoção da Saúde em contexto da Urgência Pediátrica

Apêndice XXV – Documento: Promoção da Saúde no serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	18
--	-----------

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (Nightingale, 1871).

Para além de arte, a enfermagem, é um caminho de uma aprendizagem constante, construída e baseada na evidência científica, não obstante, de iluminar um nível mais avançado do **cuidar**, atendendo cada ser humano como um ser único, no conjunto de um todo na sua interação do corpo, mente e espírito, exigindo o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual, sendo um ideal na preservação da dignidade humana (Watson, 2012).

A decisão de iniciar esta caminhada no 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi tomada de forma consciente, permitindo refletir sobre a minha prática clínica, consolidar e aprofundar conhecimentos e adquirir as Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

A aprendizagem foi desenvolvida ao longo do primeiro ano letivo, com aulas teóricas, levando ao incentivo de uma constante reflexão sobre as minhas experiências da prática, vividas ao longo do meu percurso profissional, desde há 19 anos. Benner (2001) descreve que a experiência dos conhecimentos práticos e teóricos se misturam no nosso exercício profissional, e é isso que sinto - um fundir da teoria com a experiência da prática, que me leva a trabalhar de forma fluída e com toda a minha dedicação, com o objetivo de constante melhoria da minha prestação de cuidados.

No terceiro semestre iniciou-se uma nova fase, que envolveu um percurso por cinco campos de estágio diferentes, definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

A temática escolhida, que me acompanhou ao longo deste tempo, reflete-se no título do presente relatório: **Cuidar para a promoção da saúde: Intervenções de enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento**

infantil e juvenil, emergindo do meu interesse de crescimento e desenvolvimento pessoal.

A **Promoção da Saúde** e a **Educação para a Saúde** são os pilares da sustentação da Saúde. Desenvolvê-las, através de uma avaliação criteriosa que promova a elaboração de estratégias no âmbito da enfermagem e no contexto do binómio criança-família, criando com ambos uma **parceria de cuidar** para a promoção da saúde e capacitando os pais no exercício da **parentalidade** (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), é um exercício complexo e profundo.

O **Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender**, foi selecionado como referência para enquadrar este meu percurso como formanda e enfermeira, uma vez que se baseia numa visão holística do indivíduo como ser biopsicossocial. A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

O presente relatório inicia-se com a Introdução, seguindo-se o Enquadramento Conceptual, ampliando o tema na sua essência teórica, baseada na evidência científica, fundamental para refletir sobre os vários conceitos e a análise da problemática, seguido pelo capítulo que descreve a metodologia usada. O capítulo seguinte abrange a síntese, sob o ponto de vista descritivo e reflexivo, das experiências vivenciadas nos vários contextos de estágio, assim como, ilustra as aprendizagens e os trabalhos realizados ao longo deste percurso, contribuindo para o desenvolvimento e aquisição das competências de EEESIP.

O último capítulo revelará as considerações finais, com enfoque no contributo para a prática clínica diária, perspetivando os projetos futuros.

Por fim, a seguir às referências bibliográficas, utilizadas para a fundamentação deste trabalho, seguem os apêndices, que reúnem os documentos elaborados durante o processo formativo, considerados relevantes para a leitura do referido relatório.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A **Saúde** é descrita como um conceito positivo e deve ser entendida como uma receita para a vida e não como uma meta. O seu impacto na qualidade de vida individual e das comunidades é crucial, e deve merecer toda a sua atenção, em qualquer altura da vida. O seu objetivo é proporcionar ao indivíduo um bem-estar físico na plenitude, o que engloba a dimensão emocional, social e mental. A sua sustentação principal encontra-se no processo da **Promoção da Saúde**, cuja finalidade é incentivar e ampliar a capacidade de controlar e melhorar esse processo no progresso pessoal, social e económico. Este decurso, por sua vez, depende de um conjunto de fatores, entre outros, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem beneficiar ou prejudicar a saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1986).

Nesse sentido, continua a ser uma prioridade, o investimento na transformação de informações em conhecimentos e na promoção da literacia de toda a população, contribuindo para a capacitação dos cidadãos e de igual modo dos profissionais de saúde e da educação, e criando redes de parceiros institucionais com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis. Constam nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017), as esferas de ação do EEESIP, bem definidas e claramente identificadas. Um dos focos principais referidos recai sobre a promoção do crescimento e de desenvolvimento da criança e do jovem, com orientações antecipatórias direcionadas às famílias, objetivando dessa forma, a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, assim como a gestão do bem-estar da criança.

Atendendo a esta realidade, **cuidar para a promoção da saúde** e da educação na infância é uma das responsabilidades dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários, secundários e terciários, tornando-se uma realidade cada vez mais pertinente e primordial.

1.1. Cuidar para a promoção da saúde

Lidar com o ser humano, visualizando-o como um ser, na sua integralidade, no seu todo, exige ultrapassar a filosofia do cuidado de forma técnica e exclusivamente terapêutica (Waldow & Borges, 2011). Cuidar de um ser humano, independentemente do seu grupo etário, não resulta sem a presença de afetos, traduzindo-se esta, tão ou mais importante, do que um procedimento técnico (Diogo, 2017).

A conceção de cuidar é considerado como conceito central de enfermagem, sendo encarado como a essência da enfermagem, caracterizando as suas ações (Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves, & Cantarino, 2016). O cuidado engloba atos, atitudes e comportamentos, exigindo humanizar a saúde, respeitando a unicidade de cada pessoa e individualizar o cuidar (Waldow & Borges, 2011).

Para além da presença física, emerge a necessidade de perceber a importância relacional do cuidar, envolvendo a **emoção**, encarando a realidade do outro, na nossa própria realidade. Este processo é essencial para o desenvolvimento da capacidade de cuidar, manifestando atos, atitudes e comportamentos (Waldow & Borges, 2011). Segundo as autoras, a preocupação para com o próximo vulnerável, compreende dois aspetos, a do corpo humano e o respeito ao cuidado, envolvendo **afeto, sensibilidade e compaixão**, da mesma forma como considera, a presença da disponibilidade, de forma dirigida, intencional, estruturada e organizada (Queirós, 2015). Cuidar pode ser considerado como um modo de ser, sem o qual, se deixa de ser humano.

O enfermeiro especialista tem o dever de intervir no sentido de ajudar a desenvolver e manter o bem-estar das famílias ao mais alto nível (Mendes & Martins, 2012), baseando-se na competência técnica nos cuidados prestados, jamais esquecendo em todos os cuidados prestados, a essência da enfermagem, sendo o cuidar, com a visão holística e humanista, o pilar da enfermagem. Atender cada ser humano, como um ser único, na união de um todo, corpo, espírito e mente, promovendo o bem-estar físico e psicológico, jamais esquecendo a família, deve ser a base do cuidar.

Cuidar é mais que uma emoção, é o ideal de preservar a dignidade humana, envolvendo valores e ações carinhosas (Watson, 2012). O cuidar em enfermagem e a dimensão emocional perpassa várias esferas de trabalho do enfermeiro exigindo

habilidades individuais de sensibilidade, empatia, autogestão emocional e profissionalismo (Monteiro et al., 2016). Expressarmos as nossas emoções é mais do que um acessório das qualidades do ser humano, é algo fundamental para a sobrevivência e gestão na integração de grupo, por permitir ao indivíduo adequar os seus comportamentos em função da expressão do outro (Rebelo, 2017), valorizando, de igual modo, as vivências e experiências de emoções intrínsecas ao processo de cuidar, sentidas pelos enfermeiros (Diogo, 2017).

Nos cuidados de enfermagem, a família é parte imperiosa, considerando-a sempre como uma parte indispensável no processo assistencial. Olhando por este prisma, é fundamental, basear o cuidar nos princípios dos **Cuidados Centrados na Família** (CCF), alicerçados na certeza de que as necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança são alcançados com maior eficácia, para além do bem-estar de todos os elementos. Todos os membros da família devem ser envolvidos nos cuidados à criança, sob a forma de **parceria**, reconhecendo a família como constante na vida da criança (Cruz & Angelo, 2011), com a qual existe uma simbiose inseparável.

A **comunicação verbal e não verbal** são uma ferramenta preciosa e imprescindível em todo o este processo de cuidar, assim como na orientação das famílias. Monitorizar e promover o desenvolvimento da criança, assim como antecipar os estágios seguintes, preparam e ajudam os pais, contribuindo, assim, de forma valiosa nesse processo (Dosman, Andrews, & Goulden, 2012). Deste modo, o enfermeiro é um elemento fundamental porque irá capacitar os pais na utilização dos seus próprios recursos, criando autonomia, para promover e gerir a saúde e o bem-estar do filho e de toda a família.

1.2. Promoção da saúde no âmbito infantil e juvenil

A promoção da saúde e a prevenção de complicações inerentes, integradas na atuação e avaliação na promoção de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, são padrões instituídos pela Ordem dos Enfermeiros, em 2018 (OE, 2018).

Há mais de 40 anos, foi elaborada na Conferência Internacional de Alma-Ata (OMS, 1978) uma declaração, que descreve a necessidade urgente de promover a

saúde, a nível mundial, considerando os Cuidados de Saúde Primários como alicerce na obtenção dessa meta. A intervenção efetiva da população, da participação individual e coletiva, o planeamento de estratégias, e a sua implementação e execução, são um direito e um dever de cada indivíduo. Esta conceção é reforçada na Carta de Ottawa, conseguinte da primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, dando ênfase à educação para a saúde, capacitando as pessoas na sua aprendizagem, que decorre ao longo de toda a vida (OMS, 1986). Garantir o acesso à educação e informação, são fundamentos centrais para alcançar uma participação adequada das pessoas. Esta dimensão da participação remete à possibilidade de escolha, neste caso, à **tomada de decisão** de cada ser humano (Mendes, Fernández, & Sacardo, 2016).

O cerne da questão deve centrar-se nos fatores que promovam a saúde, na visão de salutogenesis, em vez de se focar nos fatores que geram a doença, ou seja, a patogenese. É, portanto, fundamental identificar os determinantes que comprometem a saúde e as intervenções que possam modificar estes fatores, investindo na construção de projetos de vida, fundamentados na saúde, assim como acompanhar a sua evolução (Mendes et al., 2016).

As estratégias básicas para a promoção da saúde são apoiadas por cinco áreas prioritárias, nomeadamente: formar uma política pública saudável, gerar ambientes promotores de saúde, encorajar a ação comunitária para a promoção da saúde, desenvolver capacidades pessoais e reorientar os serviços de saúde (DGS, 2019).

A DGS (2019) desenvolveu o *Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde*, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolver estratégias de interação com as pessoas, contribuindo desta forma para a melhoria dos níveis de literacia em saúde. Através deste plano, pretende-se que a população adquira maior autonomia e consciência, proporcionando, dessa forma, um nível de **reflexão crítica** nas suas escolhas e tomadas de decisão. Isto permite, otimizar a utilização das competências individuais, para que a pessoa compreenda, assimile e aplique a informação. Considera-se o termo “Literacia em Saúde” um alicerce fundamental, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos.

As atividades para promover a saúde devem ser desenvolvidas em qualquer contexto, que envolva o ambiente da criança, visando a maximização do potencial do

crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e suas famílias, assim como o seu bem-estar e saúde, através de abordagens positivas de cuidados próprios que preconizem estilos de vida mais saudáveis.

O ambiente hospitalar é considerado por muitos como sendo um local frio e técnico, podendo-se quebrar este estigma, através de ações de formação, tornando este espaço mais humanizado e transformador, servindo até para favorecer a própria mudança e visão de conceções, enraizadas por muitos anos. Este conhecimento irá contribuir para ampliar os saberes e fazeres dos profissionais, e assim, colaborar para criar alternativas de qualidade de vida individual e da população. Por conseguinte, compreende-se a extrema necessidade de implementar esta estratégia em meio hospitalar (Silva et al., 2013), e não só nos cuidados de saúde primários.

O conceito promoção da saúde traz como orientações, um conjunto de **princípios éticos**, tais como: a vida, a equidade, a solidariedade e a cidadania, para além da importância de estabelecer parcerias por meio de cooperação (Silva et al., 2013). Para além de informar os pais sobre os tratamentos e cuidados a realizar, a sua abordagem deve ser sempre feita com o máximo de respeito pela confidencialidade, suscitando várias questões sobre a parentalidade, salvaguardando-as em cada contexto (OE, 2015).

A mudança da sociedade no meio ambiente digital, juntamente com as desigualdades na saúde e nos cuidados de saúde e o crescimento exponencial das doenças não contagiosas, criou a necessidade de se promoverem mudanças na enfermagem e nos profissionais de saúde (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019). Assim, as mesmas autoras referem que a Promoção da Saúde é a estratégia central para melhorar a saúde de cada indivíduo.

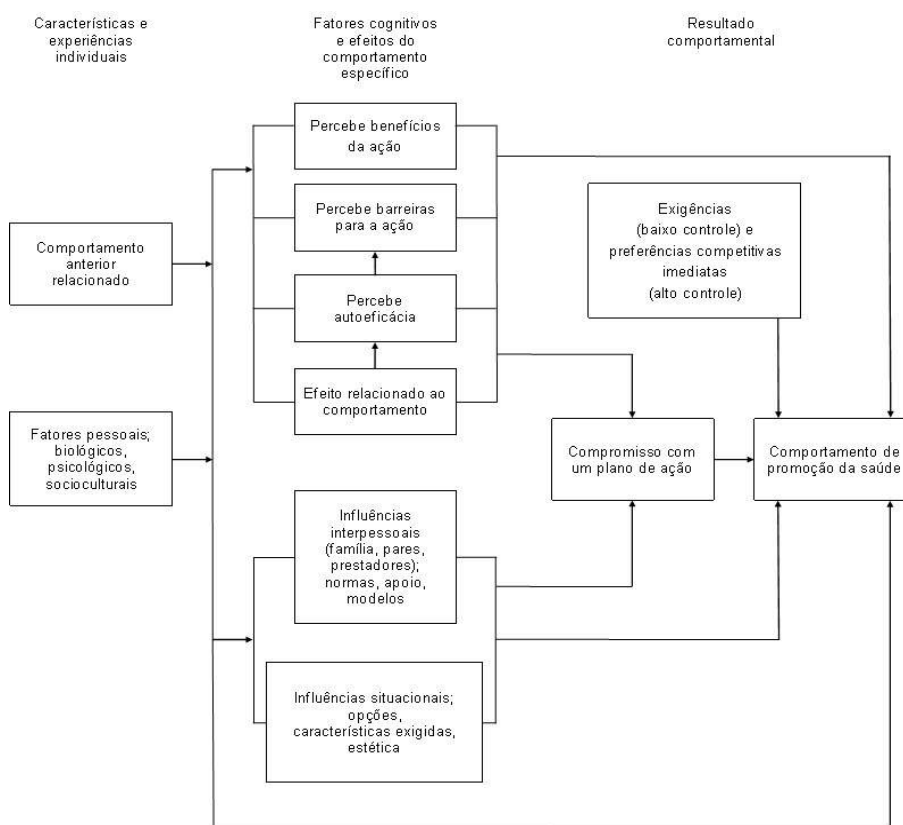
1.3. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Na reflexão sobre os vários modelos e teorias de enfermagem que favorecem a sua aplicação e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde, no presente trabalho, optei pelo Modelo de Promoção da Saúde (MPS), de Nola Pender, pelo cerne da minha temática escolhida.

Os comportamentos de saúde têm ligação direta à qualidade de vida, sendo o MPS, um instrumento precioso que contribui para a intervenção em enfermagem, para a política de saúde e para um planeamento eficaz na melhoria da prestação de cuidados. Os comportamentos de saúde têm interesse clínico, por enfatizarem a qualidade de vida e o bem-estar, agindo sobre todo o sistema de saúde (Sakraida, 2004), atendendo às características e necessidades dos vários grupos etários.

O modelo escolhido é composto por três grandes componentes, subdivididas em variáveis, que se encontram no diagrama (Figura 1), facilitando a compreensão do esquema do MPS.

Figura 1. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.



Fonte: Traduzido de Murdaugh, Parsons, e Pender (2019).

Neste modelo, o conceito de enfermagem está estreitamente relacionado às intervenções e estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a mudança de

comportamentos, estimulando o autocuidado na busca de saúde. A utilização deste modelo pode facilitar a compreensão de como intervir e contribuir para a promoção do conhecimento, reflexão e tomadas de decisão no ato de cuidar e agir (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

No diagrama do MPS de Nola Pender (Figura 1), observam-se na primeira coluna, as características e experiências individuais, referindo-se ao comportamento anterior do alvo da mudança e aos fatores pessoais, subdivididos em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, de cada indivíduo. Os comportamentos e as ações de saúde de cada pessoa advêm diretamente das suas experiências, dos **comportamentos anteriores relacionados** com a intenção em mudança, para além dos **fatores pessoais**. No planeamento prévio das intervenções de enfermagem, este será o ponto de partida, para elaborar um plano de estratégias que ajudem o indivíduo na sua mudança e aquisição de novos hábitos e estilos de vida mais saudáveis.

O núcleo central do diagrama é composto pelos fatores cognitivos e pela percepção dos efeitos de comportamentos específicos. As ideias mentais positivas têm uma importante componente motivacional no desenvolvimento de novos comportamentos promotores da saúde, e na elaboração e execução de um plano de ação. Estes comportamentos são percebidos **como benefícios da ação**, reforçando a adoção de um comportamento positivo antecipado. Contrariamente, existem as **barreiras da ação** e a percepção sobre as mesmas, geralmente percebidos como obstáculos, reais ou imaginários, assim como os custos pessoais de uma determinada ação. Esta percepção leva ao julgamento sobre as próprias capacidades pessoais em organizar e realizar as ações, para executar um comportamento que promove a saúde, manipulando a percepção da **autoeficácia**. Será alcançada, uma maior eficácia do desempenho pessoal, para a execução da ação, quando a percepção sobre as barreiras é reduzida, comparativamente aos benefícios percebidos. A percepção da autoeficácia, assim como qualquer comportamento, estão ligados a sentimentos, impulsionando reações emocionais, tendo estas um efeito positivo ou negativo, em relação ao comportamento em causa (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

Para além destes fatores pessoais, o indivíduo está sujeito às **influências interpessoais**, por viver em comunidades e sociedades. As fontes primárias de influências interpessoais, hábitos ou crenças, advêm da família, dos pares, dos amigos e dos profissionais de saúde. O ser humano interage com o seu ambiente,

transformando-o, assim como o próprio se vai transformando progressivamente, ao longo do tempo. O meio ambiente que rodeia o indivíduo pode facilitar ou dificultar determinados comportamentos e influenciar a sua mudança, denominados como **influências situacionais**.

Na terceira coluna do diagrama constam os resultados de todos os fatores descritos anteriormente, concluindo o resultado do comportamento, englobando o compromisso desenvolvido com o plano de ação e as ações que possibilitam a pessoa implementar um novo comportamento de saúde e manter-se com esse comportamento promovedor de saúde.

As **exigências de competição imediatas** são difíceis de controlar pelas pessoas, por existirem contingências ambientais, tais como, por exemplo, o trabalho e as responsabilidades com a família, levando a um controle reduzido sobre as mesmas. Contrariamente, o indivíduo tem o poder de exercer um controlo significativo sobre as **preferências de competição imediatas**, como por exemplo, a escolha de uma refeição (Sakraida, 2004).

A aplicação do Modelo de Promoção de Saúde prevê como resultado de ação, mudanças comportamentais positivas nos indivíduos relacionadas com a promoção da saúde, permitindo a pessoa a desenvolver um papel ativo na autogestão do seu próprio comportamento, procurando atingir um equilíbrio entre a mudança e a estabilidade (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

No processo de aprendizagem das crianças, famílias e cuidadores, o enfermeiro tem uma intervenção crucial, como mostra o Modelo de Enfermagem de Nola Pender (Sakraida, 2004). O enfermeiro constitui parte do ambiente interpessoal, acompanhando a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, sendo considerado como uma importante fonte de influência interpessoal.

Na área de saúde infantil e pediatria a promoção da saúde é fundamental, havendo a necessidade de um maior investimento e intervenção por parte dos EEESIP, no acompanhamento da criança, das suas famílias e cuidadores, contribuindo desse modo, de forma significativa, na maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

1.4. A maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil

O processo de evolução de cada criança é único, desde a sua concepção, assim como ao longo de toda a vida, de forma dinâmica e contínua. Esta evolução engloba todas as dimensões biopsicossociais nas várias etapas, influenciadas pela relação com o cuidador primário e por todo o contexto do meio em que a criança está inserida. Neste processo de desenvolvimento, a criança tem um papel ativo (Souza, 2015), que deve ser valorizado e respeitado. Deve-se, de igual modo, prestar atenção individualizada, procurando entender a criança e o seu mundo, do seu próprio ponto de vista, na relação entre si mesma e na vida em sociedade (Frota, 2007).

Segundo Souza (2015), para a promoção da saúde da criança é essencial haver compreensão das suas peculiaridades e as condições ambientais que favorecem o seu desenvolvimento. Os cuidadores devem atender a estas características e necessidades inerentes à criança, fazendo parte do processo favorável do desenvolvimento na sua íntegra, de forma individual e única. Este entendimento é igualmente fundamental para os cuidadores e profissionais de saúde, que devem priorizar a compreensão e atenção na avaliação do desenvolvimento infantil, observando cada criança como um ser único, uma vez que há grandes variações na obtenção de novas competências e cumprimento nas várias etapas de desenvolvimento, uma vez que “nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento” (DGS, 2013, p. 53). A avaliação do desenvolvimento da criança deve envolver os pais e cuidadores, sendo eles, os que melhor a conhecem. Esta **parceria de partilha**, possibilita prestar cuidados mais direcionados e personalizados, assim como, possibilita ao EEESIP reforçar as **competências parentais**, permitindo-lhes levantar questões e participar ativamente na promoção do desenvolvimento dos seus filhos.

Neste processo de **empowerment**, o EEESIP tem uma intervenção fulcral, por meio da educação para a saúde, através de ações de formação que promovam e estimulem o desenvolvimento da criança e jovem, no seu percurso, para atingir todas as suas potencialidades, no seu desempenho educativo e competências sociais, tal como, nas áreas para as quais está particularmente mais apta. Todo o processo

depende de múltiplos fatores, que podem favorecer ou comprometer o desenvolvimento das capacidades da criança e jovem. O ambiente familiar, as condições habitacionais, a escola, os amigos, a própria personalidade da criança ou jovem, assim como o nível de saúde e de nutrição, são fatores que influenciam este processo dinâmico (OE, 2018). A criança necessita de ser compreendida, amada e aceite, ser estimulada e ter oportunidades de aprendizagem, educação e disciplina (Georgeta, 2016). Todos estes aspetos são fundamentais para um desenvolvimento harmonioso e cabe aos EEESIP acompanhar este processo na sua íntegra, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e intervir no controlo dos fatores de risco. Todo este processo de avaliação de desenvolvimento deve ser encarado no âmbito geral da promoção da saúde da criança e jovem, em qualquer contexto de saúde e/ou doença.

Em meio hospitalar, o desenvolvimento da criança pode ficar comprometido pelo internamento, sendo um acontecimento traumático para a criança e família, e cabe ao EEESIP dar resposta a esta complexidade. Este deve obter conhecimentos e habilidades para responder a estas situações, minimizando os efeitos negativos, e promover a capacitação da família na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (DR, 2018). Importa compreender e valorizar a relação com a criança e com os pais, aproveitando dessa forma as oportunidades para promover a parentalidade, durante a hospitalização. Neste contexto, a desorganização e a vulnerabilidade devem ser valorizadas como uma oportunidade, mostrando o EEESIP compreensão com os pais e que os façam sentir integrados na equipa, tomando decisões partilhadas em conjunto, fortalecendo os laços familiares, tornando-se um pilar importante no ajustamento psicológico e social durante a hospitalização (OE, 2015), aproveitando estes momentos para a aprendizagem da criança e do jovem, contribuindo dessa forma para o seu desenvolvimento.

Segundo Silva et al., (2013) o enfermeiro é o profissional que vivencia de forma mais próxima as situações relacionadas com a saúde da criança e jovem, podendo aproveitar as oportunidades para desenvolver estratégias de promoção da saúde, e sendo assim, ser um educador em saúde.

1.5. Intervenções de enfermagem na promoção da saúde

O regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018) descreve e exige que o desempenho do EEESIP, na sua prestação de cuidados, seja a um nível avançado, atuando com a respetiva **segurança e competência**, e **satisfazendo as necessidades da criança e família**. Nesse sentido, a visão do enfermeiro deve ser abrangente, incluindo os meios envolventes da criança, permitindo dessa forma gerir os cuidados prestados e responder às necessidades inerentes ao seu ciclo de vida e ao seu desenvolvimento individual. Para tal, a criança, o jovem e a família devem ser assistidos pelo EEESIP, promovendo a maximização do seu estado de saúde nos vários contextos que influenciam os processos de saúde-doença.

O EEESIP colabora em parceria nos vários contextos, onde a criança ou o jovem se possam encontrar, seja nos cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados continuados, escola e comunidade. Esta articulação permite ter uma visão ampla do mundo envolvente da criança, viabilizando uma avaliação e intervenção para a promoção da saúde nos vários contextos. A prestação de cuidados contempla a criança saudável e doente, proporcionando a educação para a saúde, atendendo às necessidades e contextos individuais de cada situação e à mobilização de recursos que forneçam suporte à família, quando necessário, contribuindo, dessa forma, para o seu desenvolvimento adequado.

Segundo Koletzko et al. (2013), as crianças aprendem e adquirem hábitos de várias formas, principalmente por imitação e observação dos pais e cuidadores. Estas aquisições advêm das capacidades de comunicação e interação com as pessoas envolventes. Os pais devem servir de figura exemplar, nas atitudes diárias, criando regras claras, estrutura e limites, que proporcionem à criança o desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Os pais devem compreender a importância do seu papel como figura modelo, no seu enquadramento cultural e estilo de vida familiar. Uma das competências do EEESIP é, exatamente, proporcionar conhecimento para a aprendizagem, capacitando, dessa forma, as famílias e cuidadores, nas habilidades para a gestão do processo da saúde, na sua promoção para a saúde e, consequentemente, na prevenção da doença.

A associação entre a saúde e os estilos de vida saudáveis, estão cientificamente comprovados, sendo primordial que estes sejam adquiridos na infância, evitando o início de estilos de vida nocivos, antes do seu estabelecimento como padrão. Segundo Barros (2003), as transformações das capacidades da criança, ao longo do seu desenvolvimento, determinam mudanças importantes na construção de significados sobre o conceito de saúde, no modo como é influenciada, assim como no seu contexto. Este processo envolve, de igual modo, a aquisição de competências para controlar o comportamento, que deve ser adquirido o mais precocemente possível.

Entre os vários modelos de enfermagem, destacam-se o modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey, que identifica claramente o contributo significativo dos pais e o modelo de Cuidados Centrados na Família (Shields & Mohay, 2001), conduzindo a visão centrada na doença, para uma visão centrada na criança e na sua família (Cruz & Angelo, 2011). Estas duas orientações para a prática de enfermagem, fazem parte da filosofia dos cuidados pediátricos, que constituem a base da interação entre os profissionais de saúde e as famílias.

A sensibilização da população constitui um alicerce importante, através da educação para a saúde, em forma de campanhas e ensinamentos em todos os setores de serviços de saúde (Caldeira et al., 2006). O elemento chave da educação para a saúde, é o desenvolvimento de informação adaptada aos níveis sociais e culturais e individuais, desmontando crenças erradas, transmitindo informação que beneficiará a mudança de atitude e comportamentos, através da disponibilização de instruções claras, motivadoras e promotoras de autoconfiança (Rodrigues, 2018). Com estes conceitos em mente, cabe ao EEESIP, desenvolver competências especializadas na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

2. METODOLOGIA

A natureza da enfermagem é caracterizada pela componente social e humanística, aliando a ciência e a arte no cuidado, e exigindo um pensamento crítico holístico. Este pensamento exige que o enfermeiro tenha uma filosofia de atuação de qualidade, tratando-se do processo de conceção centrada na decisão no que se acredita ou no que se pretende fazer, de forma reflexiva e equilibrada (Riegel, Crossetti, & Siqueira, 2018).

O presente relatório reúne de forma descritiva e reflexiva, o desenvolvimento do percurso realizado objetivando a aquisição das competências enquanto EEESIP. Para alcançar este objetivo realizei um estágio em cinco contextos diferentes de cuidados de saúde pediátricos, de modo a alcançar o nível de proficiente/perito de acordo com a categorização de Benner (2001), no âmbito do cuidar para a promoção da saúde. Para alcançar os meus objetivos realizei um projeto de estágio prévio, no qual elaborei um mapa conceptual (Apêndice I) para enquadrar os conceitos principais e organizar as suas inter-relações, clarificando e orientando, dessa forma, todo o processo do projeto que foi sofrendo alterações ao longo do percurso, adaptando-o à realidade de cada contexto, desconhecido na altura da sua elaboração.

Ao longo do caminho para a obtenção do título de EEESIP e grau de mestre em Enfermagem, tive a oportunidade de experienciar um período de estágio de 18 semanas, dividido em cinco contextos diferentes. A escolha dos campos de estágio e a sua duração foram determinados através da avaliação e reflexão sobre os objetivos do projeto e do autodiagnóstico das competências de EEESIP (Apêndice II). Os contextos de estágio apresentados no cronograma (Apêndice III) são os seguintes: Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento, Unidade de Neonatologia, Serviço de Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica.

De modo a atingir a finalidade do projeto de estágio, e a atuação com base no cuidar para a promoção da saúde, atendendo à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil nos cinco contextos de estágio e almejando a aquisição de competências de EEESIP, foram estabelecidos dois objetivos gerais:

- a) Desenvolver competências de EEESIP ao longo dos processos de saúde-doença e em diferentes contextos de cuidados à criança, ao jovem e à família.
- b) Desenvolver competências de EEESIP no âmbito do desenvolvimento e crescimento infantil e juvenil visando a promoção da saúde.

Foi definido um guia de atividades para cada contexto de estágio, onde se reuniram os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, com base nas competências de EEESIP (Apêndice IV).

Em 1997 iniciei o 13.º Curso de Bacharelato em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Leiria. Finalizei em 2001, o Curso de Complemento de Formação, que me conferiu o Grau de Licenciatura. Nasci e vivi 20 anos na Alemanha, país que tem implementado na sua educação base, uma direção bem delineada para a prevenção. Ao longo dos quatro anos de formação base, estava bem claro para mim, seguir o caminho da Promoção da Saúde no meu percurso futuro, decidindo investir nos Cuidados de Saúde Primários. Acredito, e cada vez mais, que a Promoção da Saúde é o pilar do futuro da humanidade. Já diziam os antigos: “Mais vale prevenir, que remediar” e “O prevenido procede seguro”.

Não me parece adequado, pensar e refletir sobre esta temática com base apenas no meu contexto profissional, uma vez que me considero um todo, envolvido em vários contextos no dia-a-dia, desde ser mãe e encarregada de educação, esposa, filha e irmã, enfermeira e aluna, dona de casa e muito mais. Pimentel (2007), citando Kolb, descreve como o Homem é um ser integrado, no seu meio natural e cultural, sendo capaz de aprender a partir da sua experiência, através da reflexão consciente sobre as situações vividas, considerando sempre os sentimentos, emoções e a intuição.

No capítulo seguinte será apresentada a descrição e reflexão sobre o percurso formativo em cada contexto de estágio. Esta descrição exigiu uma análise baseada na evidência científica e conceptual, assim como no pensamento crítico. É fundamental parar e refletir, pois só dessa forma podemos analisar e avaliar a nossa prestação de cuidados, as ações, palavras, atitudes e emoções, que confirmam o que efetivamente já somos capazes de realizar de forma satisfatória, e porque, assim, conseguimos avaliar de forma crítica, as situações vividas, refletindo sobre a nossa prática, para dessa forma atender às questões, que necessitam de ser melhoradas.

3. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DE UM PERCURSO – O CAMINHO DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

“O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.” (Benner, 2001, p. 33).

Neste capítulo pretendo descrever e transmitir de forma sumária e reflexiva, as experiências vividas, as atividades realizadas e as aprendizagens adquiridas, em cada contexto de estágio. Este percurso foi crescendo ao longo das 18 semanas, pela constante busca e articulação de conhecimentos científicos, para aprofundar conhecimentos que possibilitaram a preparação e aprendizagem de cada realidade e novo contexto. Trabalhei sempre em cuidados de saúde primários, e a oportunidade de conhecer e vivenciar outras realidades no âmbito de pediatria, proporcionou-me um conjunto de experiências, que, de outra forma, não teria sido possível, e sinto-me muito grata por ter vivido todos estes momentos.

Desafios não faltaram: cada dia era um desafio, exigindo um planeamento minucioso, para dessa forma poder responder a todas as minhas responsabilidades, como enfermeira em exercício, como aluna em estágio e como mãe e mulher no meu dia-a-dia.

A escolha da estrutura do relatório surgiu, após uma reflexão sobre a questão de como conseguiria expressar e organizar melhor as experiências mais significativas, e o seu contributo na aquisição das competências de EE e EEESIP.

A ordem de descrição segue o caminho de cada campo de estágio, um a seguir ao outro, dividida em subcapítulos, mas não de forma encapsulada, exatamente por ser um caminho que nos leva a encher a nossa bagagem, enriquecendo de uma paragem para a seguinte. O presente relatório relata os momentos vividos, momentos de reflexão, os trabalhos realizados e as aprendizagens que foram acontecendo de uma forma intencional, mas surpreendentemente espontâneas, porque não trabalhamos com “objetos”, mas sim com crianças, inseridas numa família.

3.1 Cuidados de Saúde Primários

A avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, são intervenções de primeira linha, favorecendo a oportunidade de um desenvolvimento o mais harmonioso possível para todas as crianças e jovens, independentemente do seu estrato socioeconómico.

O meu primeiro estágio realizou-se no meu contexto de trabalho, onde exerço funções há 15 anos, como enfermeira em saúde infantil. A instituição é particular, com estatuto de uma IPSS, não tendo qualquer vínculo estatal. A filosofia de prestação de cuidados baseia-se na declaração elaborada na Conferência Internacional de Alma-Ata, elaborada em 1978, que contempla a necessidade de promover a saúde, considerando os Cuidados de Saúde Primários como alicerce para alcançar essa meta.

Nesta instituição, a promoção da saúde constitui o pilar fundamental em todas as suas intervenções, havendo um plano de vigilância de saúde infantil desde o nascimento até aos 18 anos, inclusive, realizada por consultas de pediatria e consultas de enfermagem. Para além da vigilância em saúde infantil, fazem parte da vigilância das crianças e jovens, os rastreios nos programas de audição, visão, saúde dentária e cardiologia, permitindo a vigilância de saúde regular e diagnosticar precocemente, possíveis alterações, podendo, desta forma, intervir o mais cedo possível. A vacinação faz parte do acompanhamento das crianças, sendo o seu acesso, considerado no Programa Nacional de Vacinação, como um direito fundamental e um exemplo de boas práticas (DGS, 2017a).

No meu contexto de trabalho, no âmbito da saúde infantil, sou a «enfermeira de referência» de crianças e jovens, sendo uma das recomendações da OE (2017), que refere ser imprescindível para a prestação de cuidados de elevado nível de complexidade existir uma enfermeira de referência, contemplando e promovendo, dessa forma, a satisfação da criança e do jovem. Tenho à minha responsabilidade, a gestão de um ficheiro próprio com mais de 900 crianças e jovens, desde os recém-nascidos até aos 18 anos de idade.

Durante o estágio tive a preocupação de observar de forma atenta e reflexiva as minhas consultas de enfermagem. Estas consultas possibilitam conhecer a família

e o contexto familiar, as suas particularidades, as suas dificuldades, as suas preocupações, assim como as suas capacidades e habilidades. Esta relação entre a família e a enfermeira permite trabalhar em parceria, com a família no seu todo (Arango, 2011).

Tendo iniciado o estágio no meu local de trabalho, tenho de reconhecer com sinceridade, que o meu sentimento de aluna em estágio não foi muito evidente. É natural, uma vez que todos os elementos da equipa me conhecem e vice-versa, ninguém me tratou como “aluna”, muito menos os meus utentes. Estas semanas passaram de forma tranquila, mas também de forma curiosa, na busca de algo, que apenas nos seguintes campos de estágio iria sentir.

As minhas atividades fundamentaram-se na **prestação de cuidados** em todos as oportunidades **de intervenção direta com a criança/jovem/família na promoção da saúde**, seja em consulta, via telefónica ou por contactos espontâneos, pelo facto da família ter vindo à instituição a uma consulta de rastreio ou de seguimento, e necessitar de esclarecer uma dúvida, necessitar de aconselhamento por uma preocupação ou simplesmente para dar um abraço.

Durante a **consulta de enfermagem**, a enfermeira faz uma observação completa da criança, estimando os parâmetros antropométricos para a avaliação do crescimento físico e alguns parâmetros relacionados ao desenvolvimento psico-motor. Cada criança tem uma ficha (dossier) em papel, na qual constam todos os registos de todas as consultas efetuadas na instituição em todos os programas de vigilância de saúde, de forma a reunir o máximo de informações sobre essa criança, nesse documento. Durante a consulta são abordadas temáticas relacionados à alimentação, hábitos de sono, eliminação vesical e intestinal, fases de desenvolvimento, prevenção de acidentes, entre outros.

Os registos de enfermagem tem sido objeto de reflexão e discussão contínua, sendo a sua utilidade e importância indiscutível, uma vez que se trata de uma comunicação escrita de factos e acontecimentos essenciais da evolução e acompanhamento de uma criança (Amaro et al., 2008). A folha de registo, utilizada na instituição, já foi elaborada há muitos anos, verificando-se que alguns registos efetuados, introduzidos por rotina ao longo dos anos, não têm um espaço específico, nem existe um protocolo que guie as temáticas abordadas. Para responder ao meu objetivo específico de promover a saúde na perspetiva de potencializar o crescimento

e desenvolvimento da criança e jovem nos vários contextos, iniciei uma pesquisa baseada em evidência científica relacionada às minhas questões. Elaborei uma **nova folha de registo** (Apêndice V), que reúne as informações sobre a observação da criança em cada consulta realizada em saúde infantil, na perspetiva de garantir a uniformização dos registos de enfermagem de todas as enfermeiras, no ato da consulta de vigilância em saúde infantil. Assim, defende a OE que os registos de enfermagem garantem a continuidade de cuidados de saúde de enfermagem, sob a forma de comunicação escrita fundamental e objetiva (OE, 2014). Estes registos, são de igual modo, fundamentais para o trabalho multidisciplinar, sendo crucial no acompanhamento da criança/jovem e sua família.

Os registos de enfermagem são um veículo de comunicação e são um medidor de qualidade para a elaboração de planos de cuidados. Servem para melhorar as escolhas e obter melhores resultados nos cuidados prestados, têm importância legal e melhoram a utilização de recursos existentes (Alkouri, AlKhatib, & Kawafhah, 2016).

Assim realçam, Gaíva et al. (2018), a importância da consulta de enfermagem, como sendo um instrumento relevante e de extrema importância na promoção, vigilância e acompanhamento da criança. O desenvolvimento da consulta requer ações sistematizadas, realizando observações e intervenções com planos de cuidados adequados e centrados, pelo que os registos de enfermagem constituem uma ferramenta base.

Alguns estudos realizados nos Cuidados de Saúde Primários mostram, que a avaliação do desenvolvimento infantil é realizada por avaliação informal e que os testes estandardizados de rastreio nas consultas de vigilância são pouco usados. É indispensável que o enfermeiro saiba avaliar dados referentes ao crescimento e tenha conhecimento dos diferentes marcos de desenvolvimento dos diferentes grupos etários (Dantas, Gomes, Silva, & Nóbrega 2016). Ao longo da minha reflexão sobre as consultas e as ferramentas utilizadas pelas enfermeiras, e baseando-me na pesquisa de evidência científica, deparei-me com a necessidade da melhoria na observação do desenvolvimento da criança.

Uma escala frequentemente utilizada no Sistema Nacional de Saúde é a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan, utilizada de forma modificada, que permite um melhor conhecimento dos parâmetros adequados do desenvolvimento e dos seus limites (DGS, 2013). Existem vários fatores que influenciam o

desenvolvimento da criança, evoluindo cada criança de forma particular, pelas oportunidades que vivencia. A avaliação do desenvolvimento permite detetar precocemente alterações ou desvios de parâmetros da evolução de cada criança, havendo necessidade de um guia de observação nesta área. Ao analisar o PNSIJ e pesquisar sobre a referida escala, tornou-se evidente a necessidade de adaptar a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, para que pudesse ser utilizada futuramente nas consultas de enfermagem. Esta avaliação do desenvolvimento permite ao EEESIP, uma intervenção de forma fulcral na motivação dos pais, para estes esclarecerem as suas dúvidas, assim como participarem de forma ativa e segura na promoção do desenvolvimento dos seus filhos (DGS, 2013). Para melhorar a observação do desenvolvimento infantil, **elaborei uma folha adaptada ao processo individual da criança com a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada** (Apêndice VI), para incorporar na ficha da criança.

A recolha de dados é fundamental na consulta de enfermagem, assim como o ensino adequado a cada faixa etária. Nas consultas de enfermagem existe a grande preocupação do trabalho na promoção da saúde, a prevenção de acidentes, assim como a deteção precoce de alterações no desenvolvimento, perturbações emocionais e comportamentais, podendo conduzir a comportamentos de risco (OE, 2017). O EEESIP tem como dever, a procura permanente da excelência do seu desempenho, fornecendo as informações orientadoras dos cuidados antecipatórios, dirigidos às crianças, jovens e famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (OE, 2017).

Os **cuidados antecipatórios** são fundamentais para a promoção de saúde, a prevenção da doença, a deteção precoce de alguma situação que possa afetar negativamente a saúde e o desenvolvimento e crescimento infantil e juvenil, privilegiando sempre a proteção dos direitos da criança (DGS, 2013), priorizando a promoção do papel parental, através do ensino, concedendo dessa forma aos pais e aos cuidadores, todos os conhecimentos fundamentais, nessa caminhada (DGS, 2013). Os cuidados antecipatórios são temas sugeridos na abordagem individual ou em grupo, sendo valorizado o seu contributo essencial como fator na promoção da saúde e prevenção da doença, facultando aos pais e cuidadores, conhecimentos fundamentais para melhorar o seu desempenho, relacionado à promoção e proteção dos direitos da criança (DGS, 2013).

De igual modo, servem estes para melhorar a capacidade do exercício da parentalidade nos vários desafios inerentes à evolução e acompanhamento das crianças e jovens ao longo do seu desenvolvimento, uniformizando as abordagens por todos os elementos da equipa de enfermagem. Com o objetivo de criar um guia orientador, **elaborei um documento adaptado à ficha da criança da instituição, baseado nos cuidados antecipatórios do PNSIJ** (Apêndice VII), de forma a servir como guia nas consultas de enfermagem, assim como para as pós-consultas de pediatria, realizadas pelas enfermeiras.

No intuito de desenvolver competências de EEESIP, priorizando a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil e de modo a atingir a maximização do potencial individual do desenvolvimento da criança (DR, 2018), foram elaborados estes três documentos para integração no processo da criança. Por dificuldades inerentes ao serviço, encontram-se os três documentos em espera para apresentação e posterior discussão em conjunto com a equipe de enfermagem.

Ao longo da pesquisa na área do crescimento e desenvolvimento da criança, percebi, a real complexidade e abrangência da temática, exigindo por parte de enfermagem uma pesquisa constante, na intenção de melhorar todas as intervenções elaboradas. Como é referido por Georgeta (2016), é necessário ter em consideração as necessidades da criança para o seu desenvolvimento adequado. Para além de aspetos emocionais, passando pela compreensão, amor e aceitação, por criar oportunidades de aprendizagem, proporcionar educação e disciplina às crianças e jovens, é de igual modo fundamental oferecer uma alimentação adequada, para um desenvolvimento harmonioso. Uma alimentação deficitária compromete o desenvolvimento físico e psicológico da criança (Richter et al., 2018), daí haver a necessidade por parte da enfermagem em investir nesta área fulcral, desde o nascimento com a promoção do aleitamento materno, assim como na continuidade do crescimento até à fase adulta.

Segundo Aparício (2010), existem múltiplas doenças relacionadas com a alimentação, constituindo um grave problema de saúde pública. Desse modo é primordial intervir sobre os determinantes do estilo de vida, nomeadamente a alimentação, potenciando o sucesso de uma estratégia de saúde fundamental, e fundamentada no modelo de Nola Pender, visando a mudança de comportamentos de saúde, priorizando a promoção da saúde. Estas estratégias permitem a médio

prazo, ganhos significativos na prevalência de doenças crónicas, assim como a redução de custos económicos que lhes estão associados. Em Portugal, segundo a DGS (2017b), os hábitos alimentares inadequados constituem um dos fatores de risco para o número total de anos de vida saudáveis perdidos (15,8%).

A DGS (2019) desenvolveu o *Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Considera-se o termo “Literacia em Saúde” e o seu desenvolvimento, um alicerce fundamental, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos, assim como no próprio serviço. A **formação** é fundamental, contribuindo para a atualização de conhecimentos em várias áreas. Atendendo a esta situação, foi identificada uma necessidade sentida pelas colegas, no âmbito da promoção da alimentação saudável nas crianças. De três temáticas propostas, relacionadas com a alimentação, foi escolhida, pela maioria, o tema: “Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças – Intervenção do enfermeiro na educação para a saúde”. Foi elaborado um **documento baseado em evidência científica** (Apêndice VIII) que foi **apresentado através de PowerPoint**, (Apêndice IX). O objetivo foi transmitir informação útil às colegas enfermeiras, para a utilização nos ensinamentos, realizados nas consultas de enfermagem.

No global, o EEESIP contribui para capacitar e contribuir para a consciencialização de cada indivíduo no seu processo de saúde e bem-estar. A educação de saúde é parte integrante da promoção de saúde, prestando atenção às temáticas selecionadas. Estas devem relacionar-se com o ciclo de vida em que a criança ou jovem se encontra, baseando-se na educação alimentar e consequentemente, na promoção de hábitos alimentares saudáveis, assim como promover o exercício físico, combatendo o sedentarismo, colaborar na prevenção de acidentes, do consumo de substâncias aditivas e das doenças sexualmente transmissíveis (Trindade & Teixeira, 1998).

Acresce a este facto, a realidade atual dos países industrializados, em que se verifica que a estrutura de cuidados fora de casa faz parte da vida de cada vez mais crianças, cada vez mais cedo e durante um maior número de horas (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2008). É necessário prestar atenção ao meio escolar, sendo um espaço que proporciona a convivência e a aprendizagem para um crescimento e desenvolvimento de valores fundamentais, que contribuem para a aquisição de ferramentas que possibilitam crescer com a qualidade de vida desejada

(Gonçalves, Catrib, Vieira, & Vieira, 2007). Atender às mudanças da vida das crianças, nas últimas décadas, deve levar à reflexão do EEESIP no sentido de alargar o seu leque de intervenções, abrangendo a educação para a saúde em todos os contextos envolventes da criança.

No decurso do presente estágio, **participei de forma ativa no processo da apresentação de um projeto de parceria entre a instituição e uma associação de creche e jardim de infância, com o intuito de prestar educação para a saúde** aos funcionários, pais e crianças, sobre temáticas relacionadas à promoção da saúde e prevenção de acidentes. Participei como elemento ativo na reunião para discussão dos termos em que esta parceria irá acontecer. Posteriormente o projeto foi aprovado, iniciando em setembro 2020.

A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019). As autoras reforçam a importância da promoção da saúde e da prevenção primária, tendo relevância substancial, nos benefícios favorecedores da qualidade de vida. A intervenção por parte do EEESIP, no acompanhamento da criança, das suas famílias e cuidadores, contribui desse modo, de forma significativa na maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil.

3.2 Serviço de Internamento no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento

O segundo contexto de estágio realizou-se no Serviço de Internamento de um Serviço de Reabilitação Pediátrico e de Desenvolvimento. O serviço de internamento funciona no mesmo piso do atendimento ambulatorio, o que facilita o atendimento da equipa multidisciplinar para estas duas áreas de intervenção. A unidade dispõe de vários serviços, entre os quais: terapia ocupacional, fisioterapia, sala de educação, sala de ensino, sala de tratamento e terapia da fala.

Apesar da curta duração neste contexto (2 semanas), considero que este período foi muito importante e enriquecedor para a progressão na aquisição das

minhas competências para futura EEESIP, e preparação para os seguintes contextos de estágio, uma vez que até à data não tinha experiência profissional com crianças e jovens em situação de internamento (apenas durante a minha formação base).

Após entrevista e visita ao serviço de internamento com a Enfermeira Chefe, tive oportunidade de ler os processos das sete crianças internadas à data. Os motivos de internamento mais frequentes geralmente são situações de paralisia cerebral, AVC e situações pós-traumáticas de acidentes.

Os diversos motivos de internamento exigiram uma pesquisa bibliográfica baseada em evidência científica e de leitura aprofundada sobre as diversas complicações e incapacidades inerentes às várias situações, permitindo dessa forma, participar de forma ativa e interventiva na prestação de cuidados de enfermagem às crianças e jovens.

Este estágio permitiu-me pôr em prática atividades que visaram a promoção da saúde, objetivando a maximização do potencial do desenvolvimento da criança, jovem e família, atendendo às suas capacidades e condições inerentes às diversas situações individuais. Durante o estágio **tive oportunidade de prestar cuidados de higiene, ajudar na alimentação, apoiar nos exercícios de treino das Atividades de Vida Diárias, assim como observar alguns exercícios de reabilitação realizadas pelos EE. Tive oportunidade de mobilizar técnicas de distração e não farmacológicas, em algumas situações**, para aliviar procedimentos por vezes dolorosos durante alguns exercícios de reabilitação. A dor causa sofrimento, interferindo no bem-estar físico e psicossocial, tendo o enfermeiro uma intervenção fundamental na implementação de ações para confortar e controlar a dor aplicando técnicas não farmacológicas (Sousa, 2015.) **Recorri** nessas alturas **a algumas estratégias de distração**, nomeadamente mostrar vídeos e músicas no telemóvel e levar as crianças a passear pelos corredores nas suas cadeiras de rodas, ajudando a distração a focar a atenção a um estímulo diferente, podendo dessa forma aumentar a tolerância à dor ou diminuir a intensidade sentida (Sousa, 2015). O **brinquedo utilizado de forma terapêutica** foi, de igual modo, uma ferramenta poderosa em várias situações, sendo consensual que o brincar, é inseparável do mundo da criança, sendo um instrumento valioso na promoção do desenvolvimento infantil cognitivo, social e cultural (Silveira & Cunha, 2014).

A interação com as crianças e jovens foi sempre acompanhada pela comunicação nas suas várias formas. Avaliando alguns momentos vividos de forma reflexiva, verifico que em todos eles são visíveis o poder e a força da comunicação verbal e não verbal. Segundo Mehrabian (1971), na nossa sociedade prevalece culturalmente a comunicação linguística, salientando, no entanto, a necessidade que existe em aprofundar a influência e contributo da comunicação não verbal. Esta forma de comunicação é inseparável dos nossos sentimentos, influenciando todas as nossas interações sociais, determinando a eficácia das nossas intervenções no meio social e nos nossos relacionamentos, tendo a comunicação não-verbal, um maior impacto no próximo, do que as palavras. Ainda segundo Mehrabian (1971), os sentimentos relativos à comunicação, podem ser divididos, advindo 55% da expressão facial, 38% do tom da voz e apenas 7% da comunicação verbal. Isto demonstra claramente o impacto importante e o vasto espectro da comunicação não verbal. Nesse âmbito, **desenvolvi um Jornal de Aprendizagem** (Apêndice X), contribuindo esta reflexão de forma significativa para a aquisição de algumas competências de EEESIP.

A comunicação interpessoal e a escuta qualificada, sem imposições, juízos de valor negativos e com todo o respeito, devem ser a base das ações desenvolvidas, durante a interação do EEESIP com a criança e família, promovendo desta forma um vínculo efetivo, estabelecendo uma relação efetiva e duradoura para o cuidado qualificado (Silva, Simões, Macedo, Duarte, & Silva, 2018), e assim acompanhar todo o processo de adaptação à doença, favorecendo a adaptação individual e a readaptação funcional (OE, 2017). Nesse sentido, tive a oportunidade de **promover espaços de conversação e esclarecimentos de dúvidas com alguns pais, prestando-lhes atenção e conforto**. Na procura permanente da excelência do exercício profissional, deve o EEESIP responder às necessidades específicas, devendo saber agir e atuar como educador, proporcionando à criança e aos familiares, as informações relevantes e necessárias (Gomes et al., 2016), para os conduzir para a capacitação de saber lidar com o presente e o futuro desconhecido.

Segundo Watson (2012), um dos objetivos da enfermagem, é ajudar a pessoa a potencializar, um nível mais elevado de harmonia, na mente, corpo e alma, contribuindo para o autoconhecimento e autorrespeito, contribuindo, desse modo, para o crescimento da diversidade, sustentando de igual modo a esperança. Assim, deve o EEESIP assumir nas suas intervenções a parceria nos cuidados centrados à

criança, jovem e família (Charepe, Figueiredo, Vieira, & Neto, 2011), na saúde e nos processos de doença, respeitando a individualidade dos vários elementos da família, assim como, os próprios recursos da esperança de cada um. A principal caracterização da esperança é a expectativa de que o que existe no presente poderá ser melhorado, ou na expectativa de complementar a vontade de atingir determinada meta, seja por um bem pretendido ou por um estado de ser. Nesta perspectiva, a esperança, constitui, “...um incentivo, para *coping* construtivo, face a obstáculos e para encontrar meios alternativos para realizar o objeto de esperança.” (Magão, 2012, p. 61).

3.3 Serviço de Neonatologia

A evolução tecnológica tem contribuído de forma significativa para a sobrevivência de recém-nascidos prematuros, definindo a Organização Mundial de Saúde (2018), um recém-nascido (RN) de pré-termo, um bebé nascido antes das 37 semanas, contribuindo os atuais estilos de vida como fator risco (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014).

Iniciei o terceiro contexto de estágio num Serviço de Neonatologia, na área próxima do meu local de trabalho, recebendo alguns desses recém-nascidos (RN), após a sua alta para o seguimento de vigilância em saúde infantil futura. O serviço de neonatologia abrange uma especialidade de muita exigência profissional, tratando-se de RN com situações de grande vulnerabilidade e situações de risco de sobrevivência, que até à data nunca tinha tido a oportunidade de contactar diretamente, nem durante a minha atividade profissional, nem como aluna durante a formação inicial.

Após entrevista com a Enfermeira Chefe do Serviço, foi-me apresentado o serviço, e tive a oportunidade, após a visita do espaço físico, de ler o plano de integração para os enfermeiros iniciados no serviço e o guia de acolhimento aos novos elementos. O serviço está dividido entre os Cuidados Intensivos e os Cuidados Intermédios Neonatais. A minha enfermeira orientadora esteve destacada para os Cuidados Intensivos durante todo meu estágio, estando apenas um dia nos Cuidados Intermédios. Nesta Unidade de Cuidados Neonatais são admitidos RN, nascidos no bloco de partos, preferencialmente da área de abrangência do Centro Hospitalar,

assim como de outros locais do país, pela especificidade da situação e/ou necessidade de vaga.

Tenho de confessar que o primeiro dia em que realizei o meu primeiro turno, ao observar a unidade de cuidados intensivos, a sua dinâmica, o trabalho das colegas enfermeiras, os procedimentos das manipulações aos RN prematuros, a presença dos pais no ambiente de ruídos de apitos constantes, no meio das incubadoras rodeadas de máquinas, demonstrou-me uma realidade para mim desconhecida. Devido à sua especificidade, iniciei uma **leitura e estudo aprofundado**, baseada na pesquisa em evidência científica, facilitando desta forma uma colaboração e percepção mais clara e organizada, apesar de limitada, inerente à especificidade do serviço.

Os enfermeiros neste serviço possuem competências tecnicistas específicas, com constante alerta para situações inesperadas e de necessidade de reações rápidas e precisas. Tive oportunidade de **observar várias situações de risco de vida**, por exemplo por extubação do tubo de ventilação mecânica repentina pelas próprias mãos dos RN, com necessidade de respostas imediatas para reintubar o RN pela equipe de enfermagem e médica.

As incubadoras, lugar onde os recém-nascidos permanecem a maior parte do seu internamento, proporcionam um espaço protegido do ambiente, controlado, aquecido e húmido, estabelecendo condições, o mais possível, parecidas ao útero materno. **Para a promoção de conforto** destes pequenos seres vivos, **aprendi como manipular e posicioná-los**, utilizando a técnica de fazer “o ninho”, revelando vários estudos a sua importância para o desenvolvimento neurocomportamental do prematuro. Aprendi a usar um rolo de pano flexível, formando um “U”, de forma a conter o bebé em toda a sua extensão, desde a cabeça até aos pés, promovendo posturas flexoras e o alinhamento da cabeça em relação ao tronco, ajudando dessa forma a diminuir o stresse (Costa, Beleza, Souza, & Ribeiro, 2016).

As condições no ambiente extrauterino dos prematuros nascidos antes das 37 semanas de gestação, podem interferir no percurso do seu desenvolvimento, dificultando a evolução pretendida do RN, pela imaturidade fisiológica proveniente da privação do meio ambiente uterino. Este fato obriga-os à precoce resposta do subsistema autónomo, exercido em grande parte pela placenta, nos bebés de termo (Schaefer & Donelli, 2017). O desenvolvimento destes RN acontece em condições, adversas ao processo natural, exigindo uma adaptação e reorganização frequentes,

sendo considerada a prematuridade como uma das condições proximais mais prejudiciais, no desenvolvimento infantil (Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2002).

Nas situações de início de vida de um bebê internado numa unidade de neonatologia, em ambiente artificial, a situação vivida pelos pais é experienciada de uma forma muito intensa, marcadas por vários sentimentos, tais como medo, angústia, culpa, raiva, entre outros. Nos cuidados de enfermagem ao RN, é importante que os enfermeiros estejam atentos aos sentimentos que os pais vivenciam e experienciam durante o internamento do seu bebê. **Escutei as preocupações de pais**, sentindo em alguns a necessidade de falar e libertar os seus sentimentos. **Estabeleci** dessa forma **uma relação de proximidade e disponibilidade, promovendo a relação terapêutica**, respeitando as suas capacidades e a valorização do seu papel parental (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015), contribuindo, dessa forma, para a maximização do potencial do desenvolvimento do RN.

Este período de internamento, em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), é extremamente doloroso e difícil para a família, podendo inibir o estabelecimento da ligação afetiva dos pais com o seu recém-nascido, levando a repercussões no desenvolvimento do bebê neonato, assim como na capacidade parental (Diaz, Caires, & Correia, 2016). É de destacar, que o ambiente de uma unidade de neonatologia pode influenciar o desenvolvimento do recém-nascido, tendo os cuidados de enfermagem, sustentados em orientações e evidência científica, uma influência na prevenção de sequelas. O sucesso desta intervenção depende de vários fatores, havendo a necessidade de adaptação constante, na qual os enfermeiros apoiam e dão segurança ao RN e à família (Ribeiro, et al., 2015).

Os pais dos prematuros necessitam de ser apoiados e reforçados na importância da sua presença e do seu papel como pais, sentindo, muitas vezes, impotência e insignificância perante o ambiente de uma UCIN. Olhar para o seu bebê deitado dentro da incubadora, monitorizado e dependente da tecnologia para assegurar a sua sobrevivência, torna fundamental, por parte dos enfermeiros, ajudar e explicar aos pais, o quanto a sua presença e a sua participação podem influenciar o desenvolvimento dos seus filhos (Warren & Reimer, 2017).

Existem fundamentos para o adequado desenvolvimento do RN, tais como os fisiológicos, como por exemplo o ar para respirar, o leite materno para a alimentação, um sono calmo e regulador, assim como receber os cuidados essenciais dos seus

cuidadores, preferencialmente dos seus pais. Como fatores psicológicos incluem-se as emoções e o cuidar com afeto, satisfazendo as necessidades afeto-emocionais, aliviando o sofrimento e promovendo o desenvolvimento o mais harmonioso possível (Diogo et al., 2017). Estímulos exteriores, tais como a voz dos pais e o seu toque, perceptíveis pela reação do RN, proporcionam-lhe o sentimento de segurança e conforto (Brisch & Walter, 2017).

A promoção para a saúde, contribuindo para o desenvolvimento o mais adequado possível destes RN e apoiando os pais a compreenderem e a assumirem a sua real importância no acompanhamento dos seus filhos, deram origem à elaboração de um **documento sobre a temática, baseada em evidência científica** com o título: **O desenvolvimento do Neonato prematuro: A importância da presença e participação dos pais**. Este documento (Apêndice XI), serviu de base para a elaboração de uma ação de formação dirigida aos pais, divulgada com um **convite aos pais** (Apêndice XII) distribuído pelo serviço. Foi elaborado um **plano de ação para a formação** (Apêndice XIII), tendo elaborado **uma apresentação dirigida aos pais, através de um PowerPoint** intitulado: **“Convite para conversar e partilhar sobre a importância da presença na vida do filho prematuro”** (Apêndice XIV) seguida por uma breve avaliação da sessão relativamente à sua utilidade para os pais (Apêndice XV). Esta apresentação foi muito gratificante para todos os participantes, demonstrando as respostas dos pais, a sua satisfação à temática apresentada.

Qualquer criança, incluindo os prematuros, necessitam de sentir amor, carinho, estimulação, prestação de cuidados e segurança, para o seu bem-estar e para o seu adequado desenvolvimento, sendo fundamental estabelecer vinculação com os seus pais e cuidadores, associado ao processo de construção da parentalidade, refletindo-se todos estes procedimentos na formação psíquica do bebé (Schaefer & Donelli, 2017). Para complementar a apresentação realizada **elaborei um folheto sobre o tema** (Apêndice XVI) **e um póster** (Apêndice XVII), entregue no serviço, ambos os trabalhos com o título: **Eu preciso de ti....**

Durante o estágio **promovi o método do canguru**, que é uma forma de proporcionar a vinculação precoce na aproximação corporal entre o RN e a mãe e pai. Neste método, o bebé fica deitado na zona do peito da mãe ou do pai, com contacto direto pele com pele. O calor corporal e o conforto nesta posição possibilitam o relaxamento do RN, para além de ser um método único promovedor da vinculação

pais-bebé, e que contribui para o seu desenvolvimento. Durante a posição do método canguru, é excretada a hormona oxitocina responsável pela produção de leite materno (LM). **Promovi a importância do aleitamento materno com orientações e ensinamentos individualizados**, baseando-me no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, ajudando as mães a criarem ideias mentais positivas e entenderem o benefício da extração do LM e a atenuar as dificuldades/barreiras sentidas por elas pela falta do contacto físico direto com o seu filho. **Incentivei, também, os pais**, durante a alimentação por sonda, nos casos do RN ainda não ter estabilidade suficiente para sair da incubadora pelas suas necessidades específicas, a **usarem o toque**, colocando a sua mão pousada na cabeça do bebé e falando com voz calma e serena, para a partilha de afeto. Este momento proporciona conforto e segurança ao RN, facilitando a indução do sono, e contribuindo para a vinculação RN/pai/mãe. Vários estudos científicos demonstram os resultados significativos nos benefícios da intervenção precoce da parentalidade e vínculo pais-bebé, contribuindo para a promoção do bem-estar, saúde e o desenvolvimento psicossocial do bebé (Puthussery, Chutiyami, Tseng, Kilby, & Kapadi, 2018).

Os enfermeiros devem ser promotores do *empowerment* destes pais de RN prematuros, ajudando-os na aquisição das habilidades para a prestação dos cuidados de saúde aos seus filhos (Dür et al., 2018).

3.4 Serviço de Internamento de Pediatria

Este estágio decorreu no serviço de internamento de pediatria no mesmo hospital do meu contexto anterior. A escolha para a realização de estágio neste hospital prende-se ao facto de ser o hospital de referência das crianças seguidas na minha instituição. Foi muito importante e gratificante conhecer o serviço, conhecer a equipe e o seu funcionamento.

Como nos contextos anteriores, o estágio iniciou com uma entrevista na presença da Enfermeira Chefe e do meu Enfermeiro Orientador do serviço. Após conhecer o espaço físico, tive oportunidade de acompanhar o meu Enfermeiro Orientador, e iniciar a observação da dinâmica do serviço e das atividades principais

dos enfermeiros neste serviço. O meu objetivo do estágio era o de trabalhar na área da promoção para a saúde centrada na parentalidade, temática muito bem aceite pela Enfermeira Chefe e o Enfermeiro Orientador.

A OE define nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (OE, 2017), a parentalidade como o assumir de responsabilidades de ser mãe ou pai, com a aquisição de comportamentos, visando a otimização do crescimento e desenvolvimento da criança. Este compromisso de envolvimento ativo de transição, requer organização e reestruturação. Consta no *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*, elaborado pela OE (2015), que a parentalidade é composta por vários pilares, salientando o valor do vínculo, entre a criança e os pais ou cuidadores, determinante central, que influencia a saúde atual e a futura, tendo “sido afirmado que a parentalidade é provavelmente a mais importante questão de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta” (p.9).

A parentalidade pode descrever-se como uma passagem e mudança complexa vivenciadas no meio familiar. Atribui-se à parentalidade uma das mais problemáticas e intensas transições que o sistema familiar defronta (Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017), havendo a necessidade, nesta transição, de ajuda, sendo uma das responsabilidades do enfermeiro apoiar os progenitores a contornar uma dinâmica problemática e controversa, inerente a esta fase de adaptação. Torna-se imprescindível o foco nas diversas perceções, crenças, valores e expetativas individuais de cada progenitor, sendo primordial promover o envolvimento na fase que se apresenta durante o processo de transição para a parentalidade.

Segundo Paulo et al. (2010), a prestação de cuidados com afetos contribui para uma vivência da hospitalização mais positiva. Este afeto pode ser demonstrado pelos enfermeiros através de simpatia, falar de forma meiga, ser bem-humorado, abordar a família de forma honesta e competente, envolvendo um ambiente acolhedor, e também possibilitar as atividades lúdicas, tais como o brincar. O internamento cria uma desorganização e vulnerabilidade nas famílias, e estas devem ser aproveitadas como oportunidades de aprendizagem, compreendendo os pais como peritos no que diz respeito aos seus filhos (OE, 2015). Durante o internamento pediátrico, a família é uma referência no enquadramento da prestação de cuidados à criança, prevalecendo como um fator crucial nos cuidados humanizados (Mendes & Martins, 2012). Kuo et

al. (2011) referem que existem vários conceitos e princípios, que estão interligados nos CCF, como por exemplo, a parceria e a participação dos pais, considerando a família como especialista na prestação de cuidados à criança. Tais princípios incluem a partilha de informação, a importância do respeito pelas diferenças, culturas e etnias, a negociação dos resultados esperados pelos profissionais de saúde que devem ser flexíveis e não absolutos.

No que se refere às barreiras e dificuldades observadas para pôr em prática o ideal dos CCF, Kuo et al. (2011) referem que a visão do conceito de CCF e as ações específicas de ambos os parceiros, podem estar desencontradas. Esta ausência de sintonia pode originar discórdias ou até conflitos, maioritariamente, por falhas e tensões na comunicação entre a família e o profissional de saúde. A família pode ter expectativas diferentes, divergindo das projetadas pelos profissionais, manifestando os pais por vezes o desejo da valorização dos seus conhecimentos e o reconhecimento do seu papel como verdadeiros parceiros nos cuidados (OE, 2015). A hospitalização da criança suscita, frequentemente, uma crise emocional e de identidade parental, confundindo os pais no seu desempenho de funções, que não sabem, por vezes, o que podem fazer, ou não fazer (OE, 2015). Atendendo a esta situação tive a oportunidade de realizar **ensinos individualizados**, fortalecendo algumas habilidades nos pais. O atendimento individualizado foi desenvolvido, atendendo às necessidades sentidas de cada elo da família, dando voz a cada elemento, tecendo, dessa forma, as condições para que possam ser tomadas as decisões em conjunto, como os modelos referidos, o sugerem. Segundo Shields (2015), a própria família necessita de ser cuidada, assim como cada um dos seus elementos. A família não deve ser vista apenas como o acompanhante e o prestador de cuidados da criança, porque a própria família necessita de apoio e conforto.

Cabe ao EEESIP apoiar e avaliar a capacidade de adaptação dos pais em lidar com a nova situação de doença que levou ao internamento e à própria hospitalização, acontecimento encarado geralmente de forma negativa (OE, 2015). Durante a estadia hospitalar, os pais querem e devem continuar a ser pais, e a desempenhar o seu papel parental, acompanhando o desenvolvimento do filho. Cabe aos EEESIP, integrados numa equipa interdisciplinar, serem os impulsionadores deste processo, proporcionando orientação e informação, aumentando dessa forma a autoconfiança

dos pais, facilitando a sua gestão emocional e a organização familiar durante o internamento (OE, 2015).

A parentalidade é um conceito que deve ser explorado e reforçado ao longo dos anos do nosso exercício profissional, nos cuidados pediátricos. Baseado neste conceito, surgiu a ideia, juntamente com o meu Enfermeiro Orientador, de reforçar estes aspetos junto da equipa do serviço, neste contexto de estágio. **Elaborei, então, um plano de ação para a sessão de formação (Apêndice XVIII) dirigida aos profissionais de saúde do serviço** intitulada: “Cuidar para a promoção da parentalidade – O desafio perante a parentalidade na hospitalização.” Esta formação foi apresentada em *PowerPoint* (Apêndice XIX) e foi finalizada com um momento de reflexão, através da exibição de um pequeno **vídeo** (Apêndice XX). Este vídeo foi elaborado com imagens sem texto, apenas acompanhado por música, para proporcionar um momento de reflexão, que foi muito bem recebido pelos colegas presentes. O **documento elaborado sobre o tema**, com o mesmo título da apresentação (Apêndice XXI), que serviu de base para a apresentação, foi elaborado **baseado em evidência científica** e foi entregue à Enfermeira Chefe do serviço, que verbalizou ter sido uma temática muito importante para a equipe.

Durante o estágio, tive a oportunidade de **assistir a uma formação em serviço** sobre a temática da influência do sono na infância. A infância decorre num período da vida de grande crescimento e desenvolvimento, tendo o descanso físico uma extrema importância na sua evolução favorável (Silva et al., 2018).

No contexto de estágio, **participei ativamente no acolhimento de crianças no serviço**, confortando os pais acompanhantes das crianças. Desta forma, foi possível **estabelecer uma relação terapêutica intencional e orientada**, respeitando a personalidade, os valores e as influências ambientais, de cada família de forma individual, descritas por Nola Pender (2019).

A competência de saber comunicar, seja pela forma verbal ou não verbal, cria uma real relação de parceria entre profissionais de saúde e a criança, juntamente com a sua família. Esta parceria possibilita a discussão, chegando a acordos, envolvendo interação entre os envolventes, consensos e decisões, tornando-se um fundamento importante no equilíbrio psicológico e social durante a hospitalização (OE, 2015). Para além de informar os pais sobre os tratamentos e cuidados a realizar, a sua abordagem

deve ser sempre com o máximo de respeito pela confidencialidade, suscitando várias questões sobre a parentalidade, salvaguardando-as em cada contexto (OE, 2015).

Ao longo do estágio fui-me apercebendo de algumas dificuldades sentidas pelos pais, verificando como barreira a própria estrutura física do serviço e das suas condições, como é referido por Shields (2015), nomeadamente, as condições para os pais ou cuidadores acompanhantes da criança internada dormirem no hospital. A inexistência de camas para dormir, havendo apenas cadeirões, torna-se extremamente desconfortável, principalmente, em internamentos de vários dias ou até semanas. Este desconforto leva à falta de descanso, que, por sua vez, compromete a plena função física e mental do acompanhante da criança, diminuindo as capacidades gerais para poder cuidar em plenitude do seu filho, nesta fase tão vulnerável. Vivenciei uma situação de uma mãe que apresentava um cansaço extremo, não se lembrando de ter ocorrido a visita médica na meia hora anterior. Quando foi dito à mãe que o médico pediatra já tinha falado com ela, esta mãe desabou em lágrimas, incrédula do seu cansaço real. **Confortei a mãe** e propus à mãe ir brincar um pouco com a criança, para a mãe poder descansar um pouco, que tanto precisava.

Levei a criança para a sala dos brinquedos e **brinquei com a menina** de 4 anos. Em qualquer atenção e prestação de cuidados de saúde deve ser promovido um ambiente humanizado, prestando atenção ao conforto, respeito e privacidade do doente. No caso de crianças, um ambiente acolhedor inclui sempre os brinquedos e a brincadeira, nunca esquecendo a importância do brincar, como um instrumento valioso na promoção do desenvolvimento infantil. Cabe ao EEESIP considerar o lúdico essencial no desenvolvimento infantil, estimulando e proporcionando estas oportunidades nos vários contextos na vida da criança, incluindo em meio hospitalar (Costa, Veríssimo, Toriyama, & Sigaud, 2016). Consta, nos Direitos da Criança das Nações Unidas, a importância do brincar com um direito inerente, descrevendo o ato de brincar, como uma nascente inesgotável de alegria e como uma atividade fundamental para a saúde física e mental da criança, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento do ser humano (Ordem dos Enfermeiros, 2018), e para melhorar a sua saúde e bem-estar.

Com base no Modelo de Nola Pender, prestei atenção aos comportamentos anteriores e possíveis comportamentos, visando a ajuda aos pais na aquisição de competências para ajudar, de forma mais eficaz, os seus filhos. A hospitalização

significa uma mudança drástica das rotinas habituais da família, exigindo uma adaptação, muitas vezes, inesperada. Estes momentos são acompanhados por múltiplos sentimentos, tais como o medo, a culpabilização e a impotência inerente à própria situação. Cabe ao EEESIP promover o *empowerment* da parentalidade nos pais, contribuindo, desse modo, para o desenvolvimento da criança e jovem, valorizando os conhecimentos da família na aquisição de novos comportamentos promovedores de saúde.

3.5 Serviço de Urgência Pediátrica

O último contexto de estágio ocorreu no Serviço de Urgência (SU) Pediátrica, área de intervenção de enfermagem, na qual não possuía qualquer experiência profissional, nem da minha formação inicial. Este serviço foi um desafio, uma vez que a promoção da saúde não é uma área que se relaciona habitualmente com um serviço de atendimento de urgência. Após a entrevista com a minha Enfermeira Orientadora, foi-me apresentado o serviço.

Os Cuidados de Saúde Primários constituem um lugar privilegiado alicerçando a educação em saúde para fomentar a promoção da saúde, constituindo, contrariamente, o hospital, historicamente, um espaço dedicado ao tratamento e à cura da doença, distanciando-se da abordagem e implementação efetiva da promoção da saúde. No entanto, o hospital não pode apenas ser visto meramente como um espaço direcionado à cura, deve ser visto como um local que promove a saúde (Silva, Pinheiro, Souza, & Moreira, 2011). Qualquer espaço onde a criança ou o jovem se possam encontrar, seja nos cuidados de saúde primários, ou nos hospitais, nos cuidados continuados, na escola e na comunidade, tem de ser considerado como um espaço para aproveitar a oportunidade em que o EEESIP colabora em parceria com os vários contextos, assim como, com outros profissionais de saúde nas equipas multidisciplinares. Esta articulação permite ter uma visão ampla do mundo envolvente da criança, viabilizando uma avaliação e intervenção para a promoção da saúde, nos vários contextos. A prestação de cuidados contempla a criança saudável e doente,

proporcionando a educação para a saúde, e contribuindo, dessa forma, para o seu desenvolvimento adequado.

Segundo Caldeira, Santos, Pontes, Dourado e Rodrigues (2006), a urgência pediátrica assiste qualquer ato assistencial não programado. Analisando vários estudos, conclui-se que a procura do serviço de urgência em Portugal apresenta um elevado número de situações consideradas não urgentes, fator que condiciona a prestação de cuidados, por insuficiência de recursos humanos (Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016), assim como eleva os custos económicos das despesas com a saúde. Esta sobrecarga de situações não urgentes dificulta, também, a assistência a situações realmente graves (Caldeira et al., 2006).

Na sala de triagem acontece o primeiro contacto com a criança e com o seu acompanhante, maioritariamente, um elemento da família. O sistema utilizado neste serviço é a Triagem de Manchester, através do qual, a situação da criança é classificada dentro de quatro níveis de prioridade. Este contacto é de curta duração, sendo o tempo controlado pelo próprio sistema. Observei, durante os momentos da triagem no serviço, acompanhada pela minha Enfermeira Orientadora, os conhecimentos e habilidades por parte dos enfermeiros para a definição das prioridades de atendimento. Um dos motivos frequentes da ida ao serviço de urgência, prende-se à febre na criança. Aproveitei os contactos durante a triagem para fazer **ensinos individualizados às crianças e jovens, assim como aos seus acompanhantes**, sobre aspetos relevantes e importantes em temas oportunos e adequados à situação do motivo da vinda ao serviço, assim como sobre a febre e como agir perante essa situação. Os momentos na sala de triagem podem e devem ser aproveitados para os ensinos individualizados, promovendo o aumento da literacia e dos conhecimentos dos utentes. Este serviço tem um tempo de espera prolongado, pelo que **elaborei um póster intitulado: Febre...Não é uma doença** (Apêndice XXII), para afixar em vários pontos do serviço, acessível à leitura dos utentes desta unidade, enquanto esperam pelo atendimento. Para melhorar o acesso à informação desta temática, **elaborei um folheto com o mesmo título do póster** (Apêndice XXIII), baseado pelas orientações da DGS, relativas à atuação nos casos de febre, para entregar aos pais e ou acompanhantes das crianças e jovens, contribuindo desta forma para o aumento de conhecimentos e da literacia dos utentes.

O aumento da compreensão dos cuidadores e acompanhantes das crianças, que recorrem ao serviço de urgência pediátrica, pode reduzir, de forma significativa, a utilização indevida aos serviços de urgência. A percepção dos sintomas e ou doença, por parte dos cuidadores, deve ser foco da intervenção de educação para a saúde, explicando e formando em meio hospital sobre a situação clínica, para contribuir dessa forma para um maior conhecimento dos pais, capacitando-os, de forma a avaliarem a situação de forma diferente numa próxima situação. Segundo os autores Freitas et al. (2016), as situações mais frequentes são, nasofaringite, gastroenterite de origem presumível infecciosa, amigdalite aguda, náuseas e vômitos, assim como a febre sem foco (Caldeira et al., 2016), sendo o motivo para recorrer ao serviço de urgência, considerado grave pelos acompanhantes. Isto demonstra, claramente, a falta de esclarecimento e literacia da maioria da população. Os mesmos autores defendem que, a prática de educação para a saúde, poderá contribuir para a redução das idas não urgentes ao SU hospitalar.

Silva, Cestari, Maia, Oliveira e Barbosa (2013) referem que o enfermeiro é o profissional que vivencia de forma mais próxima as situações vividas pelas crianças e jovens na saúde e na doença, podendo aproveitar as oportunidades e desenvolver estratégias de promoção da saúde, sendo um educador em saúde. Vários autores destacam a importância da educação em saúde, como uma ação primordial do enfermeiro no cuidado à criança, ao jovem e à família. Salientam o benefício de associar ao cuidar, a educação para a saúde, possibilitando, desta forma, a mudança e a diversificação dos conhecimentos, facilitando a construção e adaptação do cuidado às necessidades de cada um (Silva et al., 2013), e a cada situação, individualmente. Assim tive a oportunidade de **colaborar em diversos procedimentos, realizados na sala de tratamentos**, da responsabilidade de enfermagem. Muitos destes procedimentos são invasivos e dolorosos, exigindo ao enfermeiro, uma atuação no sentido de diminuir o medo da criança e dos acompanhantes, e de confortar e atenuar a dor. Para além de informar os pais sobre os tratamentos e cuidados a realizar, a sua abordagem deve ser sempre com o máximo de respeito pela confidencialidade, suscitando várias questões sobre a parentalidade, e salvaguardando-as em cada contexto (OE, 2015). É Primordial cuidar de cada criança/jovem e da sua família, atendendo às suas características fisiológicas, psicológicas, espirituais e socioculturais, avaliando a necessidade de intervenção de

conforto de forma individualizada e a mais adequada, atendendo à particularidade de cada situação.

Compete ao enfermeiro intervir na manutenção do bem-estar da família ao mais alto nível (Mendes & Martins, 2012), investindo na competência técnica dos cuidados prestados, sem nunca esquecer em qualquer dos cuidados prestados, seja em que contexto que for, a essência da enfermagem - cuidar com a visão holística. Responder a cada criança, olhando-a sempre como um ser único, no conjunto do seu complexo ser, formado por um todo na sua inter-relação do corpo, espírito e mente, para a promoção do bem-estar físico e psicológico, e, jamais, em qualquer momento, esquecer a família.

As formas de referenciação hospitalar, tais como o recurso do médico de família e ao Centro de Contacto de Serviço Nacional de Saúde – SNS24, ainda constituem um baixo nível de procura, sobrepondo-se à procura direta dos serviços de urgência (Freitas et al., 2016). Esta sobre utilização dos serviços de urgências pediátricas, deve-se a fatores sociais, culturais e do próprio sistema de saúde, considerando-se a baixa literacia em saúde, um fator desencadeante da utilização indevida deste tipo de serviços de saúde (Rodrigues, 2018). A sensibilização da população constitui um alicerce importante, através da educação para a saúde, em forma de campanhas e ensinamentos em todos os setores de serviços de saúde (Caldeira et al., 2006). O elemento chave para a educação para a saúde é o desenvolvimento de informação adaptada aos níveis sociais e culturais e individuais, desmontando crenças erradas, e a sua transmissão, através da disponibilização de instruções claras, motivadoras e promotoras da autoconfiança, beneficiando, assim, a mudança de atitude e comportamentos (Rodrigues, 2018).

Segundo Silva et al. (2011), diversos estudos revelam que na maioria dos serviços hospitalares, os profissionais de saúde acreditam, não despenderem tempo suficiente, nem terem condições para desempenhar atividades que promovam a saúde. Isto significa que deve haver mais investimento na educação dos profissionais de saúde, preparando-os para adotar novos desafios e elaborar estratégias que visam promover a saúde, para além do simples tratamento e cura de uma determinada enfermidade. É importante que o próprio profissional acredite na efetividade deste processo e que entenda a transversalidade da promoção da saúde nos vários setores de saúde (Silva et al., 2011).

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2019), desenvolveu o *Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde*, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de interação com as pessoas, contribuindo, desta forma, para a melhoria dos níveis de literacia em saúde. Através deste plano, pretende-se que a população adquira uma maior autonomia e consciência, que se irá manifestar através da reflexão crítica nas suas escolhas e tomadas de decisão. Isto permite, otimizar a utilização das competências individuais de forma que a pessoa compreenda, assimile e aplique a informação e serviços disponíveis. Considera-se o termo “Literacia em Saúde” e o seu desenvolvimento, um alicerce fundamental, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos.

Para contribuir para a minha aquisição de competências, inerentes a objetivar ser EEESIP, **elaborei um Guia para a prática da Promoção da Saúde em contexto da Urgência Pediátrica** impresso e encadernado (Apêndice XXIV). Através de pesquisa **baseada em evidência científica elaborei um documento** escrito com o título: Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica (Apêndice XXV), que serviu de texto de apoio para a elaboração deste guia.

Segundo Silva et al. (2011), é fundamental que haja mudança de crenças e filosofias nos cuidados hospitalares, transcendendo o mero desenvolvimento de estratégias ou o uso tecnológico nos cuidados, e abrangendo uma visão do mundo dos intervenientes neste processo. O ambiente hospitalar é considerado por muitos como sendo um local frio e técnico, mas é possível quebrar este estigma, tornando este espaço mais humanizado e transformador, e promovendo ações de formação, que favoreçam a mudança de conceções, enraizadas por muitos anos. Este contributo pode ampliar os saberes e fazeres, alargando as alternativas de qualidade de vida individual e da população. Por conseguinte, é expetável, a extrema necessidade de implementar esta estratégia em meio hospitalar (Silva et al., 2013). Existem várias formas de poder investir na educação para a saúde em contexto de SU pediátrica, assim como noutros contextos hospitalares. As atividades que podem ser desenvolvidas em contexto hospitalar, neste caso, no serviço de urgência pediátrica, durante a triagem, na sala dos tratamentos e nos casos de necessidade de internamento no SO, devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, visando a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e

suas famílias, assim como o seu bem-estar e saúde, através de abordagens positivas de cuidados a terem e de estilos de vida saudáveis. Um objetivo é o *empowerment* das famílias.

3.6 Competências de EE e EEESIP

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018) descreve e exige que o nível de desempenho do EEESIP, na sua prestação de cuidados, seja a um nível avançado, desempenhando as suas ações com a respetiva segurança e competência, e alcançando a satisfação das necessidades da criança e família. Nesse sentido, a visão do enfermeiro deve ser abrangente, incluindo os meios envolventes da criança, permitindo, dessa forma, gerir os cuidados prestados e responder às necessidades inerentes ao seu ciclo de vida e ao seu desenvolvimento individual. Para tal, a criança, o jovem e a família devem ser assistidos pelo EEESIP, promovendo a maximização do seu estado de saúde nos vários contextos que influenciam os processos de saúde-doença.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o EEESIP distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, permitindo cuidar da criança, jovem e família na saúde, assim como em situação de doença. Estas competências exigem a aquisição de habilidades e conhecimentos na vigilância de saúde infantil, em consultas de enfermagem e de igual modo, antecipar respostas e saber agir em situações de urgência/emergência.

Na procura contínua da excelência do exercício profissional, o EEESIP deve perseguir os mais elevados níveis de satisfação da criança e do jovem, atendendo à parceria de cuidados com a família, promover a saúde, prevenir complicações, maximizar o bem-estar e o autocuidado, desenvolver processos eficazes na adaptação de problemas de saúde, assim como organizar os cuidados de enfermagem (OE, 2017).

As competências consideradas comuns envolvem a educação dos clientes e dos pares, a capacitação de orientação, liderança e aconselhamento aplicáveis em

todos os contextos de saúde. De igual modo, é da sua responsabilidade a disseminação da investigação imprescindível para a melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019). Estas competências dividem-se em quatro domínios.

Competências de EE

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, considero ter tido várias oportunidades para o desenvolvimento das respetivas competências em todos os contextos, agindo de acordo com as normas legais, incluindo os princípios éticos e segundo a deontologia profissional (A1). Demonstrei a capacidade de tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas (A1.1), construindo estratégias de resolução de problemas em parceria com crianças, jovens e famílias (A1.1.1) e em equipa (A1.1.7). Promovi a parceria, criando um relacionamento terapêutico implicando o respeito pelos direitos, vontades e capacidades de cada indivíduo, assim como pelas crenças e valores, independentemente do estrato social da família, suportada na decisão baseada no conhecimento e experiência (A1.1.2). Orientei e ajudei os pais no envolvimento na prestação de cuidados, capacitá-los para adquirirem competências para uma tomada de decisão consciente, sob a observância da deontologia profissional (A1.1.5) Qualquer alteração no estado de saúde do filho causa desorganização emocional nos pais, tendo atendido de forma individualizada às necessidades e preocupações sentidas de cada elemento da família, promovendo a capacitação para as tomadas de decisão e a participação ativa no processo de acompanhamento do filho na saúde, assim como nas situações de doença em meio hospitalar. Este processo foi acompanhado pela capacidade crítica e reflexiva sobre cada situação, baseada na evidência científica, possibilitando dessa forma, a tomada de decisão informada e centrada na pessoa. Neste processo agi como consultora no processo de cuidados (A1.2.1), reconhecendo e agindo com a competência na área da especialidade como EEESIP (A1.2.4). Garanti a privacidade (A2.1.4) e o respeito pelo direito do cliente na transmissão de esclarecimentos respetivos à sua situação (A2.1.2), assegurando a confidencialidade e a segurança de todas as informações escritas e orais (A2.1.3). Assegurei de forma antecipatória a privacidade e a dignidade da criança e família, não os expondo a situações desagradáveis, antecipando as medidas de privacidade antes de qualquer intervenção (A2.2.3).

No segundo **domínio** que se refere à **melhoria contínua da qualidade**, posso afirmar que investi na área da promoção para a saúde, objetivando a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, de forma transversal nos vários contextos de estágio. Em cada contexto identifiquei oportunidades para a mobilização de conhecimentos e aprendizagem, contribuindo dessa forma para a melhoria contínua da qualidade (B1.1). Através da pesquisa baseada em evidência científica, elaborei vários trabalhos de área de formação a pais e pares, promovendo a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. Este período de estágio possibilitou-me orientar e participar num projeto institucional (B1.2), participando na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional (B1.2.1), assim como com outras instituições (B1.2.3). Em todas as intervenções tive a preocupação de assegurar um ambiente terapêutico e seguro (B3), promovendo e assegurando um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção individual da criança/jovem e família (B3.1).

Relativamente ao **domínio da gestão dos cuidados**, na procura constante na otimização da resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde (C1), devendo ser considerada como um pilar no alcance da maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, reconheci vários momentos em que pude intervir de forma direta, negociando a situação individual da criança e família, referenciando sempre que necessário para outro profissional de saúde (C1.1.4), para dessa forma assegurar a melhor resposta para a situação. Esta articulação em equipa multidisciplinar assegura a otimização dos cuidados prestados à criança/jovem e família, garantindo desse modo a qualidade dos cuidados (C2).

Por último, no **domínio** das competências comuns do EE, relativas ao **autoconhecimento e a assertividade**, posso afirmar que foi um processo muito significativo para mim. A capacidade de autoconhecimento é considerada um foco principal na prática de enfermagem, que desenvolvi de forma consciente na identificação de fatores facilitadores ou limitadores (D1.1.3). Senti a necessidade constante da pesquisa de doenças e formas de intervenção técnica, para melhorar o meu processo de ajuda, respondendo às necessidades específicas das situações vividas nos vários contextos de estágio (D1.1.2). A minha experiência profissional contribuiu para o aperfeiçoamento na gestão emocional (D1.2.2), no reconhecimento

e antecipação de situações de eventual conflitualidade (D1.2.4), assim como agir de forma adequada na resolução de conflitos (D1.2.5). A aprendizagem de novos conhecimentos, assim como o sentimento de responsabilidade de intervir na aprendizagem em contexto de trabalho (D.2.1), permitiram-me agir como formadora na maioria dos contextos de estágio (D2.1.2), diagnosticando necessidades formativas (D2.1.3). Na pesquisa para a aquisição de novos conhecimentos e na elaboração de todos os trabalhos escritos realizados, utilizei os métodos e as tecnologias de informação adequadas (D2.3.4).

Competências de EEESIP

No que concerne às competências do EEESIP, este centra os cuidados prestados e intervenções encarando a criança/jovem como um todo, sempre em contexto do binómio criança e família. Em qualquer contexto em que a criança e família se encontre, seja em contexto de saúde ou doença, o EEESIP fomenta a relação de parceria, para promover o mais elevado nível de saúde, proporcionando a educação para a saúde, sempre que possível. A prestação de cuidados é desempenhada em qualquer contexto, identificando e mobilizando todos os recursos necessários para o suporte adequado à criança/jovem e família. O desempenho do EEESIP traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, agindo sempre em segurança, demonstrando competência, proporcionando, desse modo, a satisfação das necessidades das crianças e suas famílias.

As competências de EEESIP dividem-se em três áreas de atuação, sendo a primeira no **âmbito da assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde** (E1). A promoção da parentalidade foi evidente de forma transversal em todos os contextos de estágio (E1.1), através da negociação, fomentando a participação em parceria com a criança e família em todo o processo de cuidar, visando o bem-estar de todos os elementos, utilizando sempre uma linguagem adequada à idade e estágio de desenvolvimento e perceção de cada elemento (E1.1.2). O toque, o sorriso e o olhar andam de mão dada com os afetos, essenciais em qualquer processo de cuidar. Todas as oportunidades que iam surgindo ao longo do percurso do ensino prático, serviram para realizar ensinamentos individualizados para a aprendizagem e capacitação da criança/jovem e família (E1.1.4), objetivando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. A triagem telefónica ou

presencial de casos de doenças comuns foi regular e transversal a todos os contextos de estágio (E2), especialmente nos cuidados de saúde primários e no serviço de urgência. A maximização do bem-estar da criança exige um trabalho em equipe, e, nesse sentido, procurei dar respostas de enfermagem adequadas sempre que possível, como no caso, por exemplo, das doenças comuns nas várias idades (E1.2.1), assim como procedi ao encaminhamento de crianças doentes para outros profissionais de saúde, sempre que necessário (E1.2.2).

A segunda área de atuação específica do EEESIP aos **cuidados à criança/jovem e família de especial complexidade**, foi a mais desafiante para mim, uma vez que a minha experiência profissional se suporta na área de cuidados de saúde primários, não existindo situações deste âmbito, com frequência. Esta área de atuação exigiu um grande investimento em pesquisa científica, aumentando de forma significativa o nível dos meus conhecimentos para a mobilização de recursos, para cuidar do binómio criança/jovem família em situações de particular exigência, devido à complexidade inerente a cada situação, exigindo abordagens e terapias específicas. No Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento, deparei-me com situações de traumatismos por acidentes, acidentes vasculares cerebrais e paralisias cerebrais. Para alcançar as competências neste âmbito foi necessário aumentar os meus conhecimentos e habilidades para identificar situações de instabilidade e poder responder de forma antecipatória (E2.1.1). Neste contexto de reabilitação, foi significativa, a intervenção das terapias de reabilitação nas áreas da fisioterapia, terapia da fala e ocupacional, o que me permitiu aumentar os meus conhecimentos em vários tipos de terapias (E2.4.2), aprendendo como capacitar as crianças e famílias na adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E2.5.2). A promoção de esperança foi evidente neste contexto, tendo sido importante observar e desenvolver estratégias de esperança nas crianças e nos pais. A capacitação de novas conquistas e progressos na evolução das situações e a sua valorização, contribuíram para aumentar a esperança na recuperação de alguns casos, ou quando não havia a possibilidade de melhoria, a conquista da adaptação à situação considerando-a uma vitória de extrema importância para as famílias (E2.5.5).

A última área de atuação prende-se à **prestação de cuidados específicos no ciclo de vida e desenvolvimento da criança e jovem**. Esta área é a minha área de intervenção há 19 anos, especificamente, na área de saúde infantil, há 15 anos. A

promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), através da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem fazem parte do meu contexto de trabalho. No entanto, desenvolvi com sucesso a melhoria da minha prestação nesta área, procurando a aquisição de competências de EEESIP. A investigação realizada para a melhoria dos registos em consultas de saúde infantil, assim como a implementação da Escala de Mary Sheridan adaptada e as orientações dos cuidados antecipatórios maximizando o potencial de desenvolvimento infantojuvenil, foram muito significativos nesta conquista. No âmbito das consultas de enfermagem, avaliei o vínculo pais-RN e o desenvolvimento parental (E3.2.1). Esta avaliação foi reforçada no contexto de serviço de neonatologia, sendo um lugar em que o vínculo parental é dificultado pelas circunstâncias físicas de impossibilidade frequente de pegar o filho ao colo. Neste âmbito, tive o privilégio de trabalhar esta área importante através de uma ação de formação aos pais, relativamente ao reforço e possibilidades das suas intervenções subtis, mas de grande importância no desenvolvimento do seu filho (E3.2.1). Aprendi e desenvolvi competências da promoção do contacto físico pais/RN (E3.2.4), assim como ajudei os pais a ultrapassar as dificuldades na prestação de cuidados ao RN, quando a situação o permitia (E3.2.6). Na UCIN, no serviço de pediatria e nos cuidados de saúde primários promovi o aleitamento materno, fazendo ensinios individualizados sobre as várias técnicas e a sua importância no crescimento e desenvolvimento do RN (E3.2.5). Nos cuidados de saúde primários e no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento tive a oportunidade de intervir em jovens, através da comunicação e da escuta ativa. Estes momentos serviram para ensinios sobre a promoção de saúde nos adolescentes (E3.4.5), reforçando a sua capacitação na tomada de decisão consciente e responsável (E3.4.4). Desta forma, foi possível contribuir para a autoestima e autodeterminação nas escolhas relativas à saúde destes adolescentes (E3.4).

Posso concluir que estas 18 semanas de estágio contribuíram de forma evidente e significativa para a aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. A reflexão constante acompanhou todo este processo, servindo de base em todas as minhas intervenções. Não considero este processo terminado, uma vez que a aprendizagem e a aquisição de mais experiências e competências se irão desenvolver nos anos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como profissão, assim como o desenvolvimento individual de cada enfermeiro, exige da sua parte uma constante análise e reflexão. A importância de aprender e adquirir novas competências é um desafio constante e essencial para a sua evolução. A sociedade está em constante mudança, assim como as solicitações de clientes, das várias comunidades e grupos, e o próprio sistema de saúde. Estas mudanças levam à necessidade de definir objetivos para melhorar e qualificar as intervenções de enfermagem, assumindo-se a necessidade de desenvolver o conhecimento para, de forma mais eficaz, dar respostas e soluções às necessidades de cuidados de saúde dos clientes, atendendo à elevada exigência técnica e científica, fundamentando a imprescindibilidade da diferenciação e especialização na área de enfermagem e nas outras profissões de saúde (OE, 2019).

Neste percurso, um dos focos da enfermagem é encontrar a melhor forma para fundamentar, transladar e disseminar o descoberto na teoria para a prática. A prática baseada em evidência é fulcral para melhorar e dinamizar as práticas, tal como as ações dos enfermeiros (Queirós, 2018), não esquecendo, a importância das competências sociais, cognitivas e processuais. A enfermagem é uma profissão que tem no centro das suas interações, a pessoa, que sente e vive cada momento e situação de forma singular, única e invisível (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Netto, Silva e Rua (2018) propõem a prática reflexiva para ajudar no processo de desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, uma vez que sem esta reflexão será impossível atingir os objetivos pretendidos, por vivermos numa abundância de informação, que leva a uma hiperespecialização que reduz a perceção do global e essencial que é a experiência humana nos processos saúde-doença. Neste contexto, o grande desafio será caminhar com a evolução técnica, andando sempre de mão dada com o desenvolvimento das capacidades humanas, não esquecendo que compete ao enfermeiro intervir no sentido de ajudar a manter o bem-estar do cliente e da sua família, ao mais alto nível (Mendes & Martins, 2012) e sem nunca esquecer em todos os cuidados prestados, a essência da enfermagem – olhar e cuidar a pessoa com a visão holística.

Possuir habilidades para mobilizar recursos, investir na comunicação, aprender e desenvolver novos conhecimentos, assumir responsabilidades para adquirir e alcançar uma visão estratégica em todos os processos de enfermagem e de equipe, são características descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Ao longo deste percurso enfrentei vários obstáculos, tendo iniciado as 18 semanas de estágio, com um acontecimento inesperado. Um dia antes de iniciar o primeiro dia de estágio tive um acidente, ficando com a minha mão esquerda imobilizada durante as 5 semanas seguintes. Não posso negar os meus sentimentos nessa altura, de tristeza e preocupação. Este momento foi um momento de transição, resultante de uma mudança na minha vida, exigindo uma adaptação, envolvendo a consciencialização da situação física e emocional, que desencadearam algumas mudanças (Meleis, 2009) na minha vida particular e no início de estágio. Esse obstáculo foi vencido, contribuindo de forma significativa para a minha capacidade de resolução de problemas inesperados, aumentando a minha força interior de lutar e de não desistir.

O percurso deste curso está prestes a ser concluído, no entanto a viagem não termina aqui. Tenho vários projetos futuros, os quais já se iniciaram. Serei a enfermeira responsável pelo projeto de parceria entre a minha instituição e uma creche/JI, colaborando ativamente na preparação de sessões de formação para promoção da saúde, dirigidas aos pais e funcionários da instituição, que serão iniciadas no corrente ano letivo 2020/2021. Outro projeto, já iniciado, será o lançamento de um livro dirigido a crianças e pais/cuidadores abordando várias temáticas baseadas na Promoção para a Saúde. Para além destes projetos, irei iniciar outro desafio: fui convidada para ser responsável pelo Departamento Médico de um Clube Desportivo na minha área de residência.

Com gratidão, concluo esta etapa, pela vivência de experiências enriquecedoras, que mudaram a minha visão sobre a Enfermagem, elevando-me a uma reflexão mais profunda e crítica. Todas as experiências vividas contribuíram para a aquisição das competências objetivadas no início deste estágio, ultrapassando em muito as minhas expectativas. Chegou o fim deste capítulo, para iniciar o próximo, no livro da minha vida, repleto de objetivos para alcançar e concretizar tanto na minha vida profissional, como também pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkouri, O., AlKhatib, A., & Kawafhah, M. (2016). Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *European Scientific Journal*, 12(3), 101. doi: 10.19044/esj.2016.v12n3p101
- Amaro, M., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., Almeida, M. P.P. Santos, M. S. (2008). Qual o lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61.
- Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, 283-298. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/19.pdf>
- Arango, P. (2011). Family-Centered Care. *Academic Pediatrics*, 11(2), 97-99.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ªed) Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Brisch, K.H., & Walter, C. (2017). Die Bedeutung der Bindung für das Frühgeborene und seine Eltern. Bindung und Pflege von Frühgeborenen. *EFCNI - European Foundation for the Care of Newborn Infants*. 4-15.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 1-4.
- Charepe, Z.B., Figueiredo, M.H.J.S., Vieira, M.M.S., & Neto, A. (2011). Descoberta de Esperança na Família da Criança com Doença Crónica através de Genograma e Ecomapa. *Contexto Enfermagem*, 20 (2), 349-358.
- Costa, K.S.F., Beleza, L.O., Souza, L.M., & Ribeiro, L.M. (2016). Rede de descanso e ninho: comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37. e62554. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.62554>.
- Costa, D.T.L., Veríssimo, M.L.Ó.R., Toriyama, A.T.M., & Sigaud, C.H.S. (2016). O brincar na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 16 (1), 36-43.

- Cruz, A. C., & Angelo, M. (2011). Cuidados Centrados na Família em Pediatria: Redefinindo os Relacionamentos. *Ciências Cuidado e Saúde*, 10(4), 861-865.
- Dantas, A. M. N, Gomes, G. L. L., Silva, K. L., & Nóbrega, M. M. L. (2016). Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 18: e1165. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35524>.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017a). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017b). *Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: DGS.
- Diário da República (2018), 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018. Regulamento nº422/2018, *Ordem dos Enfermeiros*. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Diaz, Z. M., Caires, S., & Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 236-252.
- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321193769>.
- Diogo, P., Baltar, P., Santiago, D., & Prudêncio, A. (2017). Afeto na prática de cuidados à criança hospitalizada sem acompanhantes: determinante da relação enfermeiro-cliente. In P. Diogo. *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. (pp. 1-43). Loures: Lusodidacta.
- Dosman, C. F., Andrews, D., & Goulden, K. J. (2012). Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance. *Paediatrics and Child Health*, 17(10), 561-568. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/17.10.561>.

- Dür, M., Brückner, V., Oberleitner-Leeb, C., Fuiko, R., Matter, B., & Berger, A. (2018). Clinical relevance of activities meaningful to parents of preterm infants with very low birth weight: A focus group study. *PLoS One*, 13 (8): e0202189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202189>.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J.M.S. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60.
- Freitas, A.C., Moreira, A.R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136-140.
- Frota, A. M. M. C. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 144-157. Acedido em: 22-12-2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a13.pdf>.
- Gaíva, M.A.M., Monteschio, C. A. C., Moreira, M. D. S., & Salge, A. K. M. (2018). *Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem*. *Avances en Enfermería*, 36 (1), 9-21. ISSN 0121-4500. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
- Georgeta M. A. (2016). Child's Needs for a Healthy Development. *Journal of Psychological Abnormalities*, S1:e003. DOI:10.4172/jpab.S1-e003.
- Gomes, G.C., Nornberg, P.K.O., Jung, B.C., Nobre, C.M.G., Rodrigues, E.F., & Xavier, D.M. (2016). Doença crônica na criança: vivências da família no recebimento do diagnóstico. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(6),4837-44.
- Gonçalves, F. D., Catrib, A. M. F., Vieira, N. F. C., & Vieira, L. J. E. S. (2007). A Promoção da Saúde na Educação Infantil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24). 181-192. doi: 10.1590/S1414-32832008000100014
- Koletzko, B., Armbruster, M., Bauer, C.P., Bös, K., Cierpka, M., Cremer, M., ... Wiegand, S. (2013). Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 161(12), 1187–1200. doi:10.1007/s00112-013-3031-3

- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Paediatric Health Care. *Maternal and child health journal*, 16(2), 297-305.
- Magão, M.T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da Prática*. (pp49-106).
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). *Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem*. Atas da CIAIQ do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, sobre Investigação Qualitativa. Espanha: Universidade de Salamanca.
- Mehrabian, A. (1971). *Silent Messages*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Meleis, A.I. (2010). *Transition Theory. Middle-Range and Situation-Specific. Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, R., Fernández, J. C. A., & Sacardo, D.P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*, 40(108), 190-203.
- Mendes, M.G.S.R., & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113-121.
- Monteiro, P.V., Almeida, A.N.S., Pereira, M.L.D., Freitas, M.C., Guedes, M.V.C., & Silva, L.F. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*. 20:e957. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20160026
- Murdaugh, C., Parsons, M., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª ed). New York: Pearson.
- Netto, L., Silva, K.L., & Rua, M.S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*. 22(1), 1-6. e20170309
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). *Parecer CJ 196/2014*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática* (Série1, n.8). Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico – Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 70-81.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159-168.
- Puthussery, S., Chutiyami, M., Tseng, P., Kilby, L., & Kapadia, J. (2018). Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatrics*, 18, 223.
- Queirós, P.J.P. (2015). Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (5), 139-146.
- Queirós, P.J.P. (2018). Da prática Baseada em Evidências à Prática Baseada em Valores. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, 1-3. e26330
- Queirós, P.J.P., Fonseca, E.P.A.M., Mariz, M.A.D., Chaves, M.C.R.F., & Cantarino, S.G. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (10), p85-94.
- Rebelo, A. A. (2017). *“Uma viagem pelas emoções”: Projeto de um programa de estimulação de competências emocionais para crianças com incapacidade*

- intelectual*. (Mestrado em Educação Especial. Domínio Cognitivo e Motor), Escola Superior de Educação de Viseu.
- Ribeiro, C.R., Moura, C.M., Sequeira, C., Barbieri, M.C., & Erdmann, A.L. (2015), Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(4), 137-146.
- Richter, L. M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F. L., Behrman, J. R., ... Darmstadt, G. L. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*. 389, 103-118. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
- Riegel, F., Crossetti, M. G., & Siqueira, D.S. (2018). Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2193-2197.
- Rodrigues, O.M.P.R., & Bolsoni-Silva, A.T. (2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 21(1), 111-121.
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679-680.
- Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção de Saúde. In M. A. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (Cap., 33, pp. 699-715). Loures: Lusociência.
- Schaefer, M.P., & Donelli, T.M.S. (2017). Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebés Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latino-Americana*, 35(2), 205-218.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C., & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III (3), 15-23.
- Shields, L. (2015). What is family-centered care? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139-144.

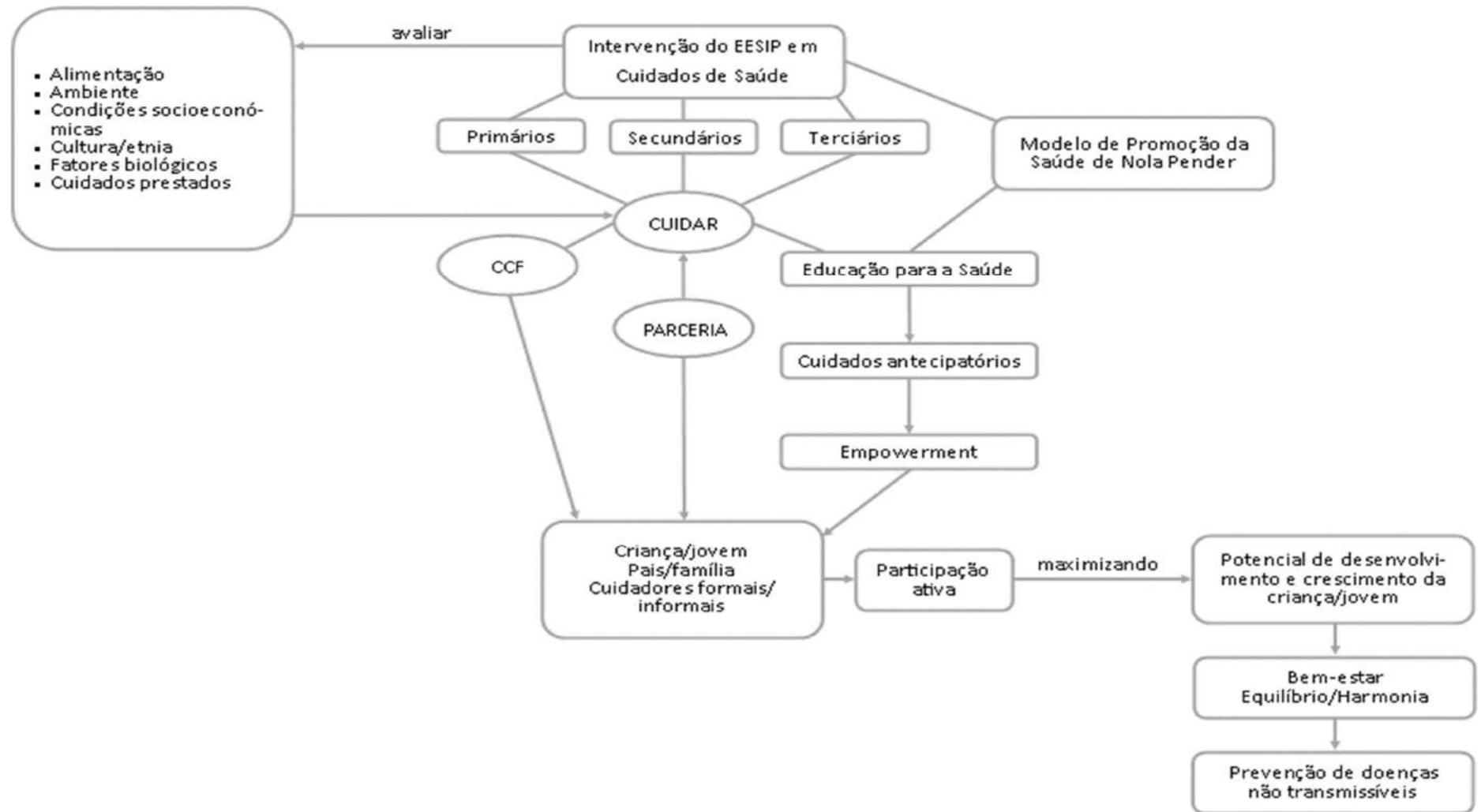
- Shields, L., & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 50-58. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01821.x
- Silva, A.N.S., Cestari, V.R.F., Maia, G.A., Oliveira, M.C.S., & Barbosa, I.V. (2013). Evidências das Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde em ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Cidade de Natal, Brasil.
- Silva, M.A.M., Pinheiro, A.K.B., Souza, A.M.A., & Moreira, A.C.A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 596-599.
- Silva, M.E.A., Reichert, A.P.S., Souza, A.A.F., Pimenta, E.A.G., & Collet, N. (2018). Doença crónica na infância e adolescência: vínculos da família nas redes de atenção à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>
- Silva, E.M.B., Simões, P.A.D., Macedo, M.C.S.A., Duarte, J.C., & Silva, D.M. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17).
- Silveira, L., Cunha, A. (2014). *O jogo e a infância: entre o mundo pensado e o mundo vivido*. De Facto Editores. Retirado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33188/1/Livro%20O%20Jogo%20e%20a%20Infancia_M_02.pdf.
- Sousa, M. F. (2015). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Souza, J.M. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (6), 1097-1104.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16(1), 155-158. Acedido em: 22/04/2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000100016&lng=pt&tlng=pt.

- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2008). *A transição dos cuidados na infância. Uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos. Innocenti Report Card n.º 8*. Florença: Centro de Pesquisa Innocenti da UNICEF.
- Victor, J.F., Lopes, M.V.O., & Ximenes.L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-40.
- Waldow, V. R., & Borges, R.F. (2011). Cuidar e humanizar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 414-418.
- Warren, I., & Reimer, M.O. (2017). Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie. Bindung und Pflege von Frühgeborenen. *EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants*, 16-33.
- Watson, J. (2012). *Caring Science, The Philosophy and Praxis of Nursing*. Colorado: University Press of Colorado.

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual

Mapa Conceptual



Apêndice II – Autodiagnóstico das competências de EEESIP

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: 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 da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido <1 >4
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.	Unidade de competência adquirida progressivamente nos 18 anos de experiência profissional em contexto de cuidados de saúde primários. Durante o exercício profissional desenvolvi competências e capacidades de comunicação com a criança e com os seus cuidadores, utilizando métodos adequados à faixa etária, e respeitando o desenvolvimento individual de cada criança. A família é avaliada na sua estrutura e contexto social no seu todo, utilizando a linguagem apropriada a cada contexto individualmente, proporcionando dessa forma integrada a participação ativa da família, capacitando-a de forma a criar habilidades para o acompanhamento em qualquer processo de saúde ou doença, ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança Os cuidados centrados na família e a parceria na capacitação parental, são foco central na educação e na promoção da saúde, fazendo parte na minha atividade profissional diária. Apesar de considerar, que a aprendizagem, é um processo contínuo, sem fim, afirmo ter alcançado esta competência a nível de proficiente/perito. Analisando as competências que devo reforçar, posso considerar ter necessidade de aumentar os contatos com redes de recursos comunitários e intervir em programas de saúde escolar.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	Adquiri uma vasta experiência neste campo, na instituição em que desempenho, atividade há 14 anos. Por ter várias especialidades no meu contexto laboral, os encaminhamentos, quando necessário, realizam-se com facilidade. Quando não é possível encaminhar internamente, procedo aos encaminhamentos, necessários para dar resposta à situação, fora da instituição. Atendo crianças nas consultas de vigilância de saúde, que se encontram em casas de acolhimento, retiradas às famílias por variadíssimos motivos. Promover a saúde e bem-estar, criar hábitos saudáveis no quotidiano destas crianças, prevenir acidentes e antecipar possíveis problemas, fazem parte das orientações na educação para a saúde, realizada nessas consultas. Em estágio pretendo conhecer a realidade destas competências em meio hospitalar.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
---	--	--

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	No contexto do meu local de trabalho não se verificam facilmente situações de morte, sendo uma área em que tenho pouca experiência. No contexto dos cuidados de saúde primários, a morte, não faz parte do contexto habitual. No entanto, considero ser capaz de responder de forma competente, a situações que possam surgir. Estas competências serão reforçadas em estágio no meio hospitalar.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.	A competência referida, foi adquirida ao longo do percurso profissional, principalmente na sala de vacinação e nas consultas de crianças doentes. A parceria e o cuidar, no contexto dos cuidados centrados na criança e família, estão na base de todos os cuidados prestados. A envolvimento dos pais ou cuidadores é incentivada, contribuindo para o bem-estar físico, psicológico e espiritual da criança e família. Integro as técnicas de Reiki para terapia não farmacológica no alívio da dor, consideradas, pela Ordem dos Enfermeiros, uma mais-valia, no processo do cuidar.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.	Devido ao meu percurso profissional em cuidados de saúde primários, tive poucas oportunidades em desenvolver competências nesta área. Existem situações pontuais de doenças menos comuns, no entanto, o seu seguimento é maioritariamente hospitalar. Embora, tenha que salientar, que faz parte dos meus procedimentos profissionais, a pesquisa de evidência científica imediata, ou logo que possível, de doenças e situações desconhecidas. A facilidade de meios de pesquisa é nos dias de hoje, facilitada e uma mais valia. Durante o estágio, irei passar por diversos campos de estágio, onde com certeza, irei ter oportunidade de contactar com crianças portadoras de doenças raras, proporcionando obter novos conhecimentos e aprofundar conhecimentos contribuindo dessa forma para melhorar as minhas competências nesta área, atendendo ao tempo limitado de estágio.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar	Cuidar da criança em contexto holístico, considerando a criança, como um todo, ao longo do seu processo de crescimento e desenvolvimento, promovendo o seu bem-estar, faz parte da filosofia do meu atuar. Recorro ao toque terapêutico, utilizando-o diariamente. Possuo conhecimentos de terapias alternativas. Tenho formação em massagem Ayurvedica e Indian Head Massage no adulto. Não possuindo formação fundamentada na área infantil, mas encaminho, quando oportuno para a homeopatia (Especialidade existente, no meu local de trabalho) Integro as técnicas de Reiki nos cuidados de enfermagem, técnicas consideradas, pela Ordem dos Enfermeiros, uma mais-valia, no processo do cuidar.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.	Estou inserida numa equipe multidisciplinar, em que existe a especialidade de desenvolvimento infantil. No contexto de consultas de enfermeira, avalio o crescimento e desenvolvimento da criança, recorrendo ao encaminhamento para as consultas de desenvolvimento, psicologia, terapia da fala e assistência social, quando observo alguma alteração. O suporte e apoio à criança e à família é prestado sempre que oportuno e/ou solicitado pelos próprios. Acompanho crianças dos 0 aos 18 anos, dando apoio e aconselhamentos adequados à idade e necessidades nas diversas faixas etárias. Em campo de estágio irei conhecer outros serviços para observar os seus procedimentos da promoção e adaptação de crianças com doenças crónicas, para aumentar as minhas competências nesta problemática.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
---	---	--

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.	Competência adquirida no contexto dos cuidados de saúde primários, no âmbito das consultas de vigilância de saúde nas várias idades. Competências adquiridas a nível proficiente/perito.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.	Competências desenvolvidas, especialmente nos últimos 14 anos em Saúde Infantil. Capacitar os pais no seu papel parental, acompanhá-los no processo, potenciando o seu <i>empowerment</i> e fornecer as ferramentas para promover os elos de ligação do recém-nascido e seus pais e vice-versa. Adquiri conhecimentos baseados em evidência científica e na experiência da minha prática profissional sobre o aleitamento materno e invisto no acompanhamento das mães nesse período. Articulo com outras especialidades, gerindo o processo da criança com necessidades de intervenção precoce. Pretendo aprofundar conhecimentos e aumentar as minhas competências nos recém-nascidos de pré termo, e na prestação de cuidados atendendo às diversas situações.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.	Encontro no meu contexto laboral todos os extratos sociais, o que me proporciona um vasto leque de diferentes tipos de linguagens, adaptadas à literacia, extrato socioeconómico e cultural da criança, jovem e família. Estabeleço facilmente elos de comunicação com crianças, jovens e famílias, afirmando, ter adquirido habilidades de adaptação de comunicação referente ao respetivo estado de desenvolvimento da criança. Competências adquiridas a nível proficiente/perito.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Observações:
E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.	Proporciono ambiente de confiança com os jovens, motivando-os a olhar para a sua própria saúde com mais consciência e responsabilidade, explicando as respetivas consequências se houver negligência. Demonstro compreensão para as suas necessidades de expressão , emoções e sentimentos, promovendo sempre o seu bem-estar geral. Competências adquiridas nas consultas de vigilância em saúde infantil/juvenil.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ <u>3</u> _____ 4 Observações:

Notas Finais: Considero ter adquirido a maioria das competências ao longo dos 18 anos de exercício profissional, dos quais os últimos 14 anos, na área de saúde infantil. No entanto, considero a vida uma escola, e tenho consciência de que ainda terei muito para aprender ao longo do meu caminho futuro, porque a aprendizagem é um processo contínuo.

Estudante: Raquel Évora Andrade Alves nº8895

Apêndice III - Cronograma do Estágio

MÊS (2019/2020)	Set		Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fev
DIAS	23	30	07	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03
	27	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06	14	21	28	04	10	17	24	31	07
SEMANAS	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª
Cuidados de Saúde Primários															Férias de Natal					
Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento																				
Serviço de Neonatologia																				
Serviço de Pediatria Internamento																				
Serviço de Urgência Pediátrica																				
Elaboração de Atividades e Relatório de Estágio																				

Apêndice IV - Guia de atividades para os contextos de Estágio

**10.º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica**

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO



Raquel Évora Andrade Alves
n.º 8895

Lisboa

Dezembro 2019

**10.º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica**

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Raquel Évora Andrade Alves
n.º 8895

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

**Orientadora nos Cuidados de Saúde Primários: Enf.ª Fátima Esteves
Orientadora no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento: Enf.ª Emília Lima
Orientadora do Serviço de Neonatologia: Enf.ª Ana Macedo
Orientador no Serviço de Pediatria: Enf. Carlos Rola
Orientadora no Serviço de Urgência: Enf.ª Marta Pereira**

Lisboa

Setembro 2019 – Fevereiro 2020

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. PROBLEMÁTICA.....	6
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
2.1 Promoção da saúde no âmbito infantil e juvenil.....	8
2.2 O crescimento e desenvolvimento infantil	9
2.3 Intervenções de enfermagem	10
3. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

O presente Guia Orientador de Estágio, tem como objetivo de apresentar o projeto de estágio elaborado em fase preliminar, descrevendo as atividades propostas para o respetivo campo de estágio, servindo de auxílio e orientação ao longo do percurso de estágio clínico. O mesmo serve para a discussão das atividades propostas, podendo estas sofrer alterações, se for considerado mais oportuno e adequado para a pretendida aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

De modo a desenvolver as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), para obter o título de EEESIP, tive oportunidade de estagiar em vários contextos ligados ao contexto de saúde infantil e pediatria, contribuindo de forma significativa, para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Escolhi os serviços de acordo com os objetivos do meu projeto de estágio, para aprender e desenvolver competências na área de intervenção como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo elaborado previamente o protocolo com o seguinte título:

“Cuidar para a promoção da saúde: Intervenções de enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil”

A decisão de avançar para a especialidade e mestrado, foi tomada de forma consciente e decidida, por sentir maturidade e experiência prática, que me permitirá, desenvolver competências baseadas na evidência científica, permitindo-me nesse caminho, aumentar a minha responsabilidade profissional, incluindo aspetos éticos e legais, e de igual modo despertar-me para uma reflexão regular fundamentada, propiciando avaliar e melhorar a minha prática profissional. Desse modo, pretendo elevar o meu julgamento clínico e fortalecer as tomadas de decisão como futura EEESIP.

No presente guia orientador será apresentado a problemática, o enquadramento teórico, assim como os objetivos e atividades propostas para cada contexto de estágio. O período em que se irá realizar este percurso, será entre o dia 23 de setembro 2019 e o dia 07 de fevereiro de 2020, tendo uma duração de 18 semanas, com interrupção de férias letivas, de 2 semanas.

1. PROBLEMÁTICA

A **Saúde** é descrita como um conceito positivo e deve ser entendida como uma forma de viver e não como uma meta. O seu impacto na qualidade de vida individual e das comunidades é crucial, e deve merecer toda a sua atenção, em qualquer altura da vida. A sua sustentação principal encontra-se no processo da **Promoção da Saúde**, cuja finalidade é incentivar e ampliar a capacidade de controlar e melhorar esse processo no progresso pessoal, social e económico. Este decurso, por sua vez, depende de um conjunto de fatores, entre outros, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que podem beneficiar ou prejudicar a saúde (OMS, 1986).

A avaliação e a promoção do desenvolvimento infantil, permite a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente das circunstâncias socioeconómicas das famílias e comunidades. Nessa perspetiva, as recomendações do *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (PNSIJ), priorizam os cuidados antecipatórios para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a proteção dos direitos da criança, promovendo o papel parental, utilizando o ensino, concedendo desse modo aos pais e aos cuidadores os conhecimentos necessários para esse exercício (DGS, 2013).

Atendendo a esta realidade, **Cuidar para a promoção da saúde** e educação na infância é uma das responsabilidades dos enfermeiros, tornando-se uma realidade cada vez mais pertinente e primordial, em qualquer contexto de intervenção à criança e jovem. No que se refere às intervenções do enfermeiro em relação aos cuidados antecipatórios, segundo o PNSIJ, estas devem ser individuais ou em grupo, dirigidos aos pais ou outros prestadores de cuidados, dinamizando algumas destas ações em meio escolar. O enfermeiro é um elo importantíssimo no estabelecimento de parceria junto das crianças, famílias, e outros profissionais de saúde e de educação, articulando com as diversas estruturas, promovendo dessa forma o processo do desenvolvimento harmonioso da criança. Nessa perspetiva, potencializa-se o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, criando uma maior oportunidade para a realização da promoção da saúde, contribuindo dessa forma, para a capacitação da família para criar hábitos de vida mais saudáveis (Galvão, 2018), em todos os contextos de saúde, incluindo o meio hospitalar.

Qualquer espaço onde a criança ou o jovem se possam encontrar, seja nos cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados continuados, escola e comunidade tem de ser considerado como um espaço para aproveitar a oportunidade em que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, colabora em parceria com os vários contextos, assim como os outros profissionais de saúde nas equipas multidisciplinares. Esta articulação permite ter uma visão ampla do mundo envolvente da criança, viabilizando uma avaliação e intervenção para a promoção da saúde nos vários contextos. A prestação de cuidados contempla a criança/jovem saudável e doente, proporcionando **Educação para a Saúde**, contribuindo para a maximização do potencial de seu crescimento e desenvolvimento adequado.

A Educação para a Promoção da Saúde contribui para a aprendizagem das crianças, famílias e cuidadores, tendo o EEESIP uma intervenção crucial, como mostra o Modelo de Enfermagem de Nola Pender, no Modelo de Promoção da Saúde, que se baseia na visão holística, na psicologia social e na teoria de aprendizagem, advinda da Teoria Cognitiva Social, criada por Albert Bandura (Sakraida, 2004). A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). Assim, as mesmas autoras reforçam a importância da promoção da saúde e da prevenção primária, tendo relevância substancial, nos benefícios favorecedores da qualidade de vida. O objetivo primordial, na meta de melhorar a saúde da população, é o reforço e investimento da promoção da saúde e da prevenção primária durante toda a vida. Para tal, é necessário, entender a dinâmica motivacional e ações que sustentam a saúde. Os modelos e teorias sobre comportamentos de saúde, explicam como e porquê, as pessoas se empenham nos seus comportamentos de saúde, sendo a Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os únicos modelos que englobam o meio ambiente nos seus modelos. Sendo a criança dependente de seus pais e cuidadores, facilmente se entende a importância do meio ambiente e a sua influência no seu crescimento e desenvolvimento.

O princípio na prestação de cuidados para qualquer enfermeiro deve contemplar a visão holística, atendendo cada ser humano como um ser único, no conjunto de um todo na sua interação do corpo, mente e espírito, contribuindo desse modo para o seu bem-estar físico e psicológico (McEvoy & Duffy, 2008), sendo um

dos principais objetivos da enfermagem pediátrica. O processo de cuidar, atendendo o respeito humano, constituem um foco importante para a enfermagem, pelas transações dinâmicas entre os seres humanos, envolvendo a riqueza de um conjunto de seus valores humanos e do seu empenhamento. O cuidar exige o envolvimento pessoal, social, moral e espiritual, não é apenas uma emoção ou uma atitude, é mais, é um ideal na preservação da dignidade humana (Watson, 2012).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Promoção da saúde no âmbito infantil e juvenil

A promoção da saúde e a prevenção de complicações inerentes, integradas na atuação e avaliação na promoção de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, são padrões instituídos pela Ordem dos Enfermeiros, em 2018.

Na Conferência Internacional de Alma-Ata (OMS, 1978), foi elaborada uma declaração que contempla a necessidade urgente de promover a saúde, a nível mundial, garantindo o acesso à educação e informação, como fundamentos centrais para alcançar uma participação adequada das pessoas. Esta dimensão da participação remete à possibilidade da escolha, neste caso, à tomada de decisão de cada indivíduo (Mendes, Fernández, & Sacardo, 2016). Através da intervenção efetiva da população, a participação individual e coletiva, no planeamento e na sua execução, deve ser vista como um direito e um dever. Esta conceção é reforçada na Carta de Ottawa, conseguinte da primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, dando ênfase à educação para a saúde, capacitando as pessoas na sua aprendizagem, que decorre ao longo de toda a vida (OMS, 1986).

A promoção da saúde deve dar privilégio à intervenção precoce e à elaboração de estratégias relacionais e educacionais, objetivando a motivação individual e/ou de grupo, sendo fundamental dotar os enfermeiros especialistas de conhecimentos sobre a melhor forma de intervir na população, visando a prevenção de complicações inerentes a estilos de vida menos saudáveis. A educação para a saúde é parte integrante da promoção da saúde, sendo essencial selecionar temáticas, relacionados com o ciclo de vida em que a criança ou jovem se encontra.

2.2 O crescimento e desenvolvimento infantil

Cherry (2018), refere que é fundamental entender o desenvolvimento infantil desde o nascimento até à idade adulta, para permitir a evolução cognitiva, emocional, física, social e educacional da criança. Nos primeiros anos de vida desenvolvem-se as maiores transformações na criança, essencialmente na área neuropsicomotora (Dantas, Gomes, Silva & Nóbrega, 2016).

O conceito crescimento, surge associado ao conceito de desenvolvimento, evoluindo em processos paralelos, embora envolvam fenômenos distintos. O crescimento consiste em aumento da massa corporal, sendo considerado um indicador da saúde da criança, unida de forma estreita na sua dependência de fatores extrínsecos, tais como da alimentação, episódios de doença e cuidados gerais (Monteiro et al., 2016). Dependendo da fase de desenvolvimento, na qual a criança se encontra, esta pode reagir de diferentes maneiras, durante o processo de adaptação ao meio circundante, incluindo a hospitalização (Bertolote & Brêtas, 2008).

Ambas as avaliações são parte integrante das competências do EEESIP, nomeadamente a avaliação de crescimento e de desenvolvimento, assim como a transmissão de orientações antecipatórias às famílias. Em meio hospitalar, o desenvolvimento da criança, pode ficar comprometido pelo internamento, podendo ser um acontecimento traumático para a criança e família, e cabe ao EEESIP dar resposta a esta complexidade e transformar esta experiência numa oportunidade de desenvolvimento (Barros, 2003). Este deve obter conhecimentos e habilidades para responder a estas situações, minimizando os efeitos negativos, e aumentar a capacitação da família na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (DR, 2018).

Importa compreender e valorizar a relação com a criança e com os pais, aproveitando dessa forma as oportunidades para promover a parentalidade, durante a hospitalização. A promoção da parentalidade e vinculação pais-filho, implica que os pais se sintam integrados na equipa, tomando decisões partilhadas em conjunto, fortalecendo os laços familiares, tornando-se um pilar importante no ajustamento psicológico e social durante a hospitalização (OE, 2015), aproveitando estes momentos para a aprendizagem, contribuindo dessa forma para o seu desenvolvimento.

2.3 Intervenções de enfermagem

O regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (DR, 2018), descreve e exige que o nível de desempenho do EEESIP, na sua prestação de cuidados, seja a um nível avançado, desempenhando as suas ações com a respetiva segurança e competência, alcançando a satisfação das necessidades da criança e família. Nesse sentido a visão do enfermeiro deve ser abrangente, incluindo os meios envolventes da criança, permitindo dessa forma gerir os cuidados prestados e responder às necessidades inerentes ao seu ciclo de vida e ao seu desenvolvimento individual. Para tal, a criança, o jovem e a família devem ser assistidos pelo EEESIP, promovendo a maximização do seu estado de saúde nos vários contextos que influenciam os processos de saúde-doença.

O EEESIP colabora em parceria com os vários contextos, onde a criança ou o jovem se possam encontrar, seja nos cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados continuados, escola e comunidade. Esta articulação permite ter uma visão ampla do mundo envolvente da criança, viabilizando uma avaliação e intervenção para a promoção da saúde nos vários contextos. A prestação de cuidados contempla a criança saudável e doente, proporcionando educação para a saúde, atendendo às necessidades e contextos individuais de cada situação e a mobilização de recursos que forneçam suporte à família, quando necessário, contribuindo para o seu desenvolvimento adequado.

Implementar os Cuidados Centrados na Família, pode facilitar o *empowerment* e contribuir para a capacitação da família (Kuo et al., 2011), dando como resultado uma maior satisfação e um aumento no bem-estar de todos os membros da família (Arango, 2011). Segundo Diaz, Caires & Correia (2016), os cuidados centrados na família, são fundamentados nos princípios de partilha de informação, pelo respeito, colaboração e construção de uma relação de confiança, criando uma relação de parceria entre os profissionais de saúde e os pais.

Na procura da excelência no exercício profissional o EEESIP deve criar as condições para que a criança possa alcançar o máximo potencial da sua saúde, mediante de intervenções no âmbito de educação para a saúde, fornecendo as orientações sobre os cuidados antecipatórios dirigidos às famílias (OE, 2017), assim como promover a parentalidade, sendo considerado uma das questões mais

importantes na saúde pública, que a nossa sociedade enfrenta, considerando como um determinante fulcral para a saúde, atual e futura, da criança (OE, 2015).

3. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS

Na procura de desenvolver competências enquanto EEESIP, irei realizar estágio em diferentes contextos de cuidados de saúde pediátricos, de modo a alcançar o nível de proficiente/perito de acordo com a categorização de Benner (2001), no âmbito do cuidar para a promoção da saúde. Estabelecer uma relação de parceria, dinâmica e flexível, proporcionando a integração da criança, do jovem e da família na prestação de cuidados, estabelecendo sempre uma comunicação efetiva e terapêutica.

Pretendo conhecer a intervenção do EEESIP nas diversas áreas específicas, contribuindo dessa forma para o aumento dos meus conhecimentos e aquisição de Competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, estabeleci **dois objetivos principais**, 1) desenvolver competências especializadas na maximização do crescimento e desenvolvimento infantil, com base em orientações antecipatórias e 2) desenvolver competências de EEESIP ao longo dos processos de saúde-doença e em diferentes contextos de cuidados à criança, ao jovem e à família (DR, 2018).

Foram elaborados os seguintes quadros, que reúnem os objetivos específicos, e as atividades a desenvolver durante as 18 semanas em cada contexto de estágio.

Contexto de estágio	Objetivos específicos	Atividades propostas	Competências a desenvolver
Cuidados de Saúde Primários Programa de Saúde Infantil Período: 23.09 – 31.10.2019	- Promover a saúde na perspetiva de potencializar o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem nos vários contextos das intervenções. - Contribuir para a melhoria de registos, acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança. - Colaborar no desenvolvimento do projeto piloto, mobilizando recursos e conhecimentos baseados em evidência científica.	- Prestação de cuidados em todas as oportunidades de intervenção direta com a criança/jovem/família na promoção da saúde de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013. - Avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças e identificar possíveis melhorias na forma de registos na ficha individual de cada cliente instituída na FNSBS. - Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros e desenvolver uma ação de educação para a saúde sobre alimentação saudável e adequada nas crianças. - Colaboração em projeto piloto para parceria para sessões de educação para a promoção de saúde aos pais e cuidadores das crianças, de uma instituição de educação dos 4 meses aos 6 anos de idade. - Reflexão regular, sobre as intervenções de enfermagem, com a visão das competências do EESIP.	Competências comuns do EE: B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho Competências Específicas do EESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estado de desenvolvimento e à cultura

Campo de estágio	Objetivos específicos	Atividades propostas	Competências a desenvolver
Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento Período: 04.11 – 17.11	- Conhecer os cuidados prestados e os procedimentos de enfermagem no serviço. - Aprofundar conhecimentos sobre as patologias mais frequentes do serviço. - Conhecer a dinâmica e a intervenção dos enfermeiros junto à criança e familiares e/ou acompanhantes. - Conhecer os protocolos estabelecidos com outras especialidades e encaminhamentos para o exterior.	- Entrevista com a Sr^a Enf.^a Chefe do serviço. - Consulta de documentos existentes no serviço. - Identificação dos circuitos de referência, assim como, encaminhamentos para outras especialidades, ligadas ao desenvolvimento infantil internas e externas. - Prestar cuidados à criança/jovem, desenvolvendo técnicas necessárias ao cuidado da criança/jovem, atendendo às suas necessidades individualizadas. - Interagir com as crianças/jovens atendendo ao seu nível de desenvolvimento e capacidade, adequando a comunicação própria individualizada. - Utilização de diferentes formas de comunicação para além da comunicação verbal, tal como o toque e o brincar. - Promover a esperança. - Reflexão final, sobre as intervenções no âmbito de EESIP, através de um jornal de aprendizagem.	Competências comuns do EE: A1 – Desenvolve uma prática profissional ética, na área de especialidades, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Competências Específicas do EESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade E3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estado de desenvolvimento e à cultura

Campo de estágio	Objetivos específicos	Atividades propostas	Competências a desenvolver
Serviço de Neonatologia Período: 09.12 – 21.12	- Conhecer o funcionamento e dinâmica do serviço. - Adquirir conhecimentos específicos inerentes ao serviço, contribuindo para a aquisição das competências de EEESIP. - Conhecer os vários projetos desenvolvidos no serviço. - Observar e colaborar na prestação de cuidados diretos ao prematuro e suas famílias, contribuindo na vinculação e capacitação parental. - Conhecer os procedimentos e técnicas sobre o aleitamento materno no serviço.	- Prestação de cuidados em todas as oportunidades de intervenção direta com o RN e sua família, na maximização do seu potencial do crescimento e desenvolvimento (programa NIDCAP – <i>Neonatal Individualized Care and Assessment Program</i>). - Aquisição de competências e habilidades de cuidar, focando nos cuidados centrados à família: realização de uma sessão de partilha sobre a importância da emocionalidade e esperança nos pais cuidadores, visando a maximização do bem-estar dos pais e RN. - Realização de sessões individuais de educação para a saúde aos pais sobre a importância nutricional do aleitamento materno e o vínculo materno-infantil, promovedor do desenvolvimento do RN.	Competências comuns do EE: B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade Competências Específicas do EESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3.2. – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso de recém-nascida (RN) doente ou com necessidades especiais E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estado de desenvolvimento e à cultura

Campo de estágio	Objetivos específicos	Atividades propostas	Competências a desenvolver
Serviço de Pediatria Internamento Período: 09.12.2019 – 19.01.2020	- Apropriação das conceções orientadoras da prática e dinâmica organizacional do serviço. - Adquirir conhecimentos específicos inerentes à dinâmica dos cuidados, visando a aquisição das competências de EEESIP. - Aprofundar conhecimentos sobre cuidados especializados à criança em situações específicas de doença. - Colaboração nos projetos em desenvolvimento no serviço. - Participação na prestação de cuidados à criança hospitalizada e sua família. - Contribuir para a promoção da parentalidade, objetivando a vinculação e capacitação parental.	- Reunião com a Enfª Chefe e Enf. orientador, para dar a conhecer o meu projeto, conhecer o serviço e a sua dinâmica, assim como conhecer os projetos que estão a ser desenvolvidos no serviço. - Mobilização de conhecimentos para prestar cuidados especializados nas várias situações de doença. - Promoção da saúde: realização de sessões sobre hábitos de alimentação saudáveis, individualizadas aos pais e criança em várias idades. - Cuidar e prestar cuidados, nas várias situações presentes, diretos à criança e jovem e suas famílias, contribuindo na vinculação e capacitação parental, visando a maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento. - Promover a adaptação dos pais à parentalidade, em contexto de internamento. - Reflexão final, sobre as intervenções no âmbito de EEESIP.	Competências comuns do EE: A1 – Desenvolve uma prática profissional ética, na área de especialidades, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade Competências Específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estado de desenvolvimento e à cultura E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à idade

Campo de estágio	Objetivos específicos	Atividades propostas	Competências a desenvolver
Serviço de Urgência Pediátrica Período: 20.01 – 07.02	- Conhecer o funcionamento e dinâmica do serviço. - Adquirir conhecimentos específicos inerentes ao serviço e às situações complexas de cuidados. - Conhecer os vários projetos desenvolvidos no serviço. - Observar e colaborar na prestação de cuidados às crianças e suas famílias, nas diversas situações de doença, objetivando sempre a maximização do bem-estar e alívio do sofrimento. - Contribuir para a Promoção da Saúde em contexto de urgência pediátrica	- Cuidar e prestar cuidados em todas as oportunidades de intervenção direta com a criança ou jovem e sua família, na maximização do seu potencial de crescimento e desenvolvimento. - Mobilização de conhecimentos para prestar cuidados especializados nas várias situações de doença e ou emergência. - Promoção do conforto à criança e seus acompanhantes, através da comunicação terapêutica e estratégias não-farmacológicas de gestão da dor. - Promoção da saúde: realizar ações de educação para a saúde individualizadas, atendendo aos cuidados antecipatórios nas várias idades. - Elaboração de folheto e poster sobre um problema de saúde recorrente na população pediátrica (febre). - Elaboração de um Guia para Prática da Promoção da Saúde no serviço de urgência. - Reflexão final, sobre as intervenções no âmbito de EEESIP.	Competências comuns do EE: A1 – Desenvolve uma prática profissional ética, na área de especialidades, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade Competências Específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, P. (2011). Family-Centered Care. *Academic Pediatrics*, 11(2),97-99.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ªed) Lisboa: Climepsi
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Quarteto Editora.
- Bertolote, G.S. & Brêtas, J.R.S. (2008). O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42(3), 422-429.
- Diaz, Z. M., Caires, S., & Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 236-252.
- Cherry, K. (2017). *Child Development Theories and Examples*. Acedido em: 22-12-2018. Disponível em: <https://www.verywellmind.com/child-development-theories-2795068>
- Dantas A. M. N, Gomes G. L. L., Silva K. L, & Nóbrega M. M. L. *Diagnósticos de enfermagem para as etapas do crescimento e desenvolvimento de crianças utilizando a CIPE*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016; 18:e1165. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35524>.
- Diário da República (2018), 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018. Regulamento nº422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa:DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável*. LisboaDGS.
- Galvão, D.M.P.G. (2018). O Enfermeiro na Creche/Jardim-de-Infância: Perspetiva dos Professores de uma Escola Superior de Enfermagem. *Revista eletrónica trimestral de Enfermería*. N°51. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.291371>

- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and child health journal*. 16 (2), 297-305.
- McEvoy, L. , & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419.
- Mendes, R., Fernández, J.C.A., & Sacardo, D.P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 40(108), 190-203.
- Monteiro, F.P.M., Araújo, T., Cavalcante, T.F., Leandro, T.A., & Filho, S.P.C.S. (2016). Crescimento Infantil: Análise do Conceito. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(2). 2-9:e3300014.
- Murdaugh, C., Parsons, M., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª ed). New York: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática*. Série1(8).Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção de Saúde. In M. A. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (Cap., 33, pp. 699-715). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2012). *Caring Science, The Philosophy and Praxis of Nursing*. University Press of Colorado.

Apêndice V - Folha de registo em Saúde Infantil

SAÚDE INFANTIL - Vigilância de Saúde

NOME: _____ N.º FICHA:

DATA: _____ IDADE: _____ Acompanhado por: _____

INTERCORRÊNCIAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA: _____

CONSULTAS DE SEGUIMENTO (na FNSBS / fora):

DES ☐ TF ☐ PSI ☐ PEDOPSQUIATRIA ☐ NUT ☐

Outra(s): _____

Peso = _____ P = _____ Altura = _____ P = _____ PC = _____ P = _____

IMC = _____ P = _____ Classificação = _____

Des.Psicomotor: Adequado ☐ Alterado ☐ _____

ALIMENTAÇÃO:

LM ☐ LA ☐ Diversificação Alimentar ☐ _____

Aos _____ Meses Sólidos ☐ Aos _____ Meses Mastigação: _____

Legumes ☐ _____ Fruta ☐ _____ Refrigerantes ☐ _____ Doces ☐ _____

Água ☐ _____ Quant.: _____ / dia

Suplementos: _____ Medicação: _____

ELIMINAÇÃO VESICAL: Sem Alterações ☐ Alterações ☐ Enurese ☐ _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Consistência: _____ por dia _____ Encoprese ☐

Fralda dia ☐ Fralda noite ☐ Treino do bacio ☐

SONO: Horário: _____ Acorda ☐ _____ Posição para dormir ☐

Cama própria ☐ Cama pais ☐ Quarto próprio ☐ Quarto irmãos ☐ Quarto pais ☐

ESTADO GERAL:

Pele: Hidratada ☐ Íntegra ☐ Escamativa ☐ Outros _____

G.Linfáticos: _____

Cabeça / FA: _____

Olhos: _____ Nariz: _____

Boca: N.º.Dentes: _____ Lavagem oral/ dentes ☐ Chucha ☐ Dedo ☐ Biberon ☐ Cáries ☐ Outros: _____

Garganta: _____

TA: _____ Bpm: _____ Coração: _____

Reflexos: _____

PNV: Atualizado ☐ Em falta _____

LINGUAGEM: Adequada ☐ Alterações _____

RELAÇÃO EMOCIONAL / COMPORTAMENTO:

Perturbações: _____

Comportamento em casa: _____

Segurança do ambiente ☐ Segurança rodoviária ☐ Cuidados antecipatórios ☐

Casa com _____ Ama ☐ Creche _____ JI _____ Escola _____ Ano _____

Bem adaptado ☐ Problemas na adaptação ☐ Problemas comportamentais ☐

Exercício físico: _____ por semana: _____

Outras atividades lúdicas: _____

Interesses: _____ Hábitos de leitura: _____

Marcações seguintes: _____ Assinatura: _____

Apêndice VI - Adaptação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Processo n.º _____

Quadro 1 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12 M (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

	4 – 6 Semanas	3 M	4 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	☐ Em decúbito ventral – levanta a cabeça; ☐ Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão; ☐ Em tração pelas mãos – a cabeça cai; ☐ Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas; ☐ Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos;	☐ Em decúbito ventral – apoio nos antebraços; ☐ Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados; ☐ Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. ☐ De pé – flete os joelhos, não faz apoio;	☐ Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos; ☐ Em decúbito dorsal – levanta a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos; ☐ Em tração pelas mãos – faz força para se sentar; ☐ De pé faz apoio;	☐ Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos; ☐ Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se;	☐ Passa de decúbito dorsal a sentado(a); ☐ Tem equilíbrio sentado(a); ☐ Gatinha; ☐ Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos;
Visão e Motricidade Fina	☐ Segue uma bola pendente a 20-25 cm em $\frac{1}{4}$ de círculo (do lado até à linha média);	☐ Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas; ☐ Segura brevemente a roca e move-a em direção à face; ☐ Segue uma bola pendente $\frac{1}{4}$ de círculo e horizontal; ☐ Apresenta convergência ocular; ☐ Faz pestanejo de defesa;	☐ Tem preensão palmar; ☐ Leva os objetos à boca; ☐ Transfere objetos; ☐ Esquece imediatamente o objeto quando este cai; ☐ Apresenta boa convergência (estrabismo anormal);	☐ Tem preensão e manipulação; ☐ Leva tudo à boca; ☐ Aponta com o indicador; ☐ Faz pinça; ☐ Atira os objetos ao chão deliberadamente; ☐ Procura o objeto que caiu ao chão;	☐ Explora com energia os objetos e atrai-os sistematicamente ao chão; ☐ Procura um objeto escondido; ☐ Tem interesse visual para perto e longe;
Audição e Linguagem	☐ Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido;	☐ Atende e volta-se geralmente aos sons;	☐ Segue os sons a 45 cm do ouvido; ☐ Vocaliza sons monossílabos e dissílabos; ☐ Dá gargalhadas;	☐ Tem atenção rápida para os sons perto e longe; ☐ Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido; ☐ Repete várias sílabas ou sons do adulto;	☐ Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa; ☐ Dá pelo nome e volta-se; ☐ Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível); ☐ Compreende ordens simples "dá", "cá" e "adeus";
Comportamento e Adaptação Social	☐ Fixa a face da mãe quando o alimenta; ☐ Tem sorriso presente às 6 semanas; ☐ Chora quando está desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer;	☐ Sorri; ☐ Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar;	☐ É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a);	☐ Leva uma bolacha à boca; ☐ Mastiga; ☐ Distingue familiares dos estranhos;	☐ Bebe pelo copo com ajuda; ☐ Segura a colher mas não a usa; ☐ Colabora no vestir levantando os braços; ☐ É muito dependente do adulto; ☐ Demonstra afeto;

Quadro 2 – Sinais de Alarme: 1 – 12 M (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

1 Mês	3 M	6 M	9 M	12 M
☐ Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a); ☐ Apresenta hipertonidade na posição de pé; ☐ Nunca segue a face humana; ☐ Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana); ☐ Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos;	☐ Não fixa, nem segue objetos; ☐ Não sorri; ☐ Não há qualquer controlo da cabeça; ☐ Tem as mãos sempre fechadas; ☐ Tem os membros rígidos em repouso; ☐ Apresenta sobressalto ao menor ruído; ☐ Chora e grita quando se toca; ☐ Pobreza de movimentos;	☐ Ausência de controlo da cabeça; ☐ Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar; ☐ Não olha nem pega em qualquer objeto; ☐ Apresenta assimetrias; ☐ Não reage aos sons; ☐ Não vocaliza; ☐ Tem desinteresse pelo ambiente; ☐ Apresenta irritabilidade; ☐ Tem estrabismo manifesto e constante;	☐ Não se senta; ☐ Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição; ☐ Apresenta assimetrias; ☐ Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca; ☐ Não reage aos sons; ☐ Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização; ☐ É apático(a), sem relação com familiares; ☐ Engasga-se com facilidade; ☐ Tem estrabismo;	☐ Não aguenta o peso nas pernas; ☐ Permanece imóvel, não procura mudar de posição; ☐ Apresenta assimetrias; ☐ Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; ☐ Não responde à voz; ☐ Não brinca nem estabelece contacto; ☐ Não mastiga;
Apoios				
Planos de Ação				

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Processo n.º _____

Quadro 3 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 M – 5 Anos
(Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Postura e Motricidade Global	☐ Anda bem; ☐ Apanha brinquedos do chão;	☐ Corre; ☐ Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau;	☐ Equilíbrio momentâneo num pé; ☐ Sobe escadas alternadamente; ☐ Desce com os dois pés no mesmo degrau;	☐ Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg.; ☐ Sobe e desce as escadas alternadamente; ☐ Salta num pé;	☐ Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax; ☐ Salta alternadamente num pé;
Visão e Motricidade Fina	☐ Constrói uma torre de 3 cubos; ☐ Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão;	☐ Constrói uma torre de 6 cubos; ☐ Imita um rabisco circular; ☐ Gosta de ver livros; ☐ Vira uma página de cada vez;	☐ Constrói uma torre de 9 cubos; ☐ Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz; ☐ Combina duas cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde);	☐ Constrói escada de 6 cubos; ☐ Copia a cruz; ☐ Combina e nomeia 4 cores básicas;	☐ Constrói 4 degraus com 10 cubos; ☐ Copia o quadrado e o triângulo (5A); ☐ Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores;
Audição e Linguagem	☐ Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais; ☐ Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos;	☐ Diz o primeiro nome; ☐ Fala sozinho enquanto brinca; ☐ Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas; ☐ Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares; ☐ Nomeia objetos;	☐ Diz o nome completo e o género; ☐ Vocabulário extenso, mas pouco compreensível por estranhos; ☐ Defeitos na articulação e imaturidade na linguagem;	☐ Sabe o nome completo, a idade e o género. Habitualmente, também a morada; ☐ Linguagem compreensível; ☐ Apenas algumas substituições infantis;	☐ Sabe o nome completo, a idade, a morada e habitualmente a data de nascimento; ☐ Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons;
Comportamento e Adaptação Social	☐ Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos; ☐ Segura a colher e leva alimentos à boca; ☐ Não gosta que lhe peguem; ☐ Exige muita atenção; ☐ Indica necessidade de ir ao WC; ☐ Começa a copiar atividades domésticas;	☐ Coloca o chapéu e os sapatos; ☐ Usa bem a colher; ☐ Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar;	☐ Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário; ☐ Vai sozinho ao WC; ☐ Come com colher e garfo;	☐ 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;	☐ Veste-se sozinho; ☐ Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho; ☐ Escolhe os seus amigos; ☐ Compreende as regras de um jogo;

Quadro 4 – Sinais de Alarme – 18 M – 5 Anos (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

18 Meses	2 Anos	4 – 5 Anos
☐ Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas; ☐ Anda sempre na ponta dos pés; ☐ Assimetrias; ☐ Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador; ☐ Não responde quando o chamam; ☐ Não vocaliza espontaneamente; ☐ Não se interessa pelo que o rodeia; ☐ Não estabelece contacto; ☐ Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca; ☐ Estrabismo;	☐ Não anda sozinho; ☐ Deita os objetos fora; ☐ Não constrói nada; ☐ Não parece compreender o que se lhe diz; ☐ Não pronuncia palavras inteligíveis; ☐ Não se interessa pelo que está em seu redor; ☐ Não estabelece contacto; ☐ Não procura imitar; ☐ Estrabismo;	☐ Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração; ☐ Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez; ☐ Estrabismo ou suspeita de déficit visual; ☐ Perturbação do comportamento;
Apoios		
Planos de Ação		

Apêndice VII - Adaptação dos Cuidados Antecipatórios

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Processo n.º _____

Tabela 1 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12 M (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

	Primeira Consulta	1 Mês	2 Meses	4 Meses	6 Meses	9 Meses
Alimentação						
Vitamina D						
Saúde Oral						
Higiene						
Posição de deitar						
Hábitos de Sono						
Hábitos intestinais e cólicas						
Desenvolvimento						
Acidentes e segurança						
Temperatura normal e febre						
Sintomas / Sinais de Alerta						
Sinais / Sintomas comuns						
Vacinação – vantagens e reações						
Vida na creche / Ama / outros atendimentos						
Relação emocional						
4 – 6 Semanas	3 M	4 M	9 M	12 M		

Primeiro Ano de Vida – Cuidados Antecipatórios

Tabela 2 – Cuidados antecipatórios no primeiro ano de vida (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

Primeira Consulta:

- Promover o cuidado com o aleitamento materno;
- Decúbito dorsal (tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente);
- Posição quando acordado – decúbito ventral / colo;
- Ler com os pais as informações que estão no BSIJ / emails do eBoletim, entre a atual e a próxima consulta;
- Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços;
- Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares;

1 Mês:

- Promover o cuidado com o aleitamento materno;
- Ler com os pais as informações que estão no BSIJ / emails do eBoletim, entre a atual e a próxima consulta;
- Ritmo circadiano (dia / noite);
- O ritual para adormecer deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos (televisão e automóvel);

- Esclarecimentos sobre obstipação e cólicas;
 - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre);
 - Atividades promotoras do desenvolvimento;
-
-

2 Meses:

- Promover o cuidado com o aleitamento materno;
 - Ler com os pais as informações que estão no BSIJ / emails do eBoletim, entre a atual e a próxima consulta;
 - O ritual para adormecer deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos (televisão e automóvel);
 - Esclarecimentos sobre obstipação e cólicas;
 - Atividades promotoras do desenvolvimento;
 - Nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 Meses. Neste casona ausência de leite materno, manter a utilização de leite para lactentes até aos 12 Meses;
-
-

4 Meses:

- Promover o cuidado com o aleitamento materno;
 - Ler com os pais as informações que estão no BSIJ / emails do eBoletim, entre a atual e a próxima consulta;
 - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre);
 - Nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 Meses. Neste casona ausência de leite materno, manter a utilização de leite para lactentes até aos 12 Meses;
 - No ritual para adormecer, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz;
 - Vida (hábitos e rotinas diárias) na creche, ama ou outros cuidadores;
 - Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais / cuidadores;
-
-

6 Meses:

- Promover o cuidado com o aleitamento materno;
 - Ler com os pais as informações que estão no BSIJ / emails do eBoletim, entre a atual e a próxima consulta;
 - Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre);
 - Nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 Meses. Neste casona ausência de leite materno, manter a utilização de leite para lactentes até aos 12 Meses;
 - No ritual para adormecer, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz;
 - Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional;
 - Vida (hábitos e rotinas diárias) na creche, ama ou com outros cuidadores;
 - Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais / cuidadores;
 - Reação ao estranho;
-
-

9 Meses:

- Promover o cuidado com o aleitamento materno;
 - Ler com os pais as informações que estão no BSIJ / emails do eBoletim, entre a atual e a próxima consulta;
 - Nas crianças alimentadas com leite para lactentes, a diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 e os 6 Meses. Neste casona ausência de leite materno, manter a utilização de leite para lactentes até aos 12 Meses;
 - No ritual para adormecer, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz;
 - Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional;
 - Vida (hábitos e rotinas diárias) na creche, ama ou com outros cuidadores;
 - Cama e quarto próprios;
 - Estimular a compreensão da linguagem – associação da mesma palavra a objetos ou conceitos simples;
-
-

Do 1 – 3 anos – Cuidados Antecipatórios

Tabela 3 - Cuidados antecipatórios do primeiro ao terceiro ano (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

	12 Meses	15 Meses	18 Meses	2 Anos	3 Anos
Alimentação					
Saúde Oral					
Desenvolvimento					
Relação emocional/ comportamento/ Perturbações					
Acidentes e segurança					
Calçado					
Estilos de vida saudáveis					
Controlo de esfíncteres					
Vida na creche, ama e outros atendimentos diurnos					

12 Meses:

- Referir a anorexia fisiológica do segundo ano de vida;
- A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia;
- Ler com os pais as informações que estão no BSJI entre a consulta atual e a próxima;
- Estimular a linguagem compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, "anúncios", entre outros;
- Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais;
- Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé;
- Brincar, passear, dormir;
- Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores;

15 Meses:

- A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia;
- Ler com os pais as informações que estão no BSJI entre a consulta atual e a próxima;
- Estimular a linguagem compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, "anúncios", entre outros;
- Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais;
- Brincar, passear, dormir;
- Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores;
- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras;
- Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos;
- Promover o equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção do bebé;

18 Meses:

- A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia;
- Ler com os pais as informações que estão no BSJI entre a consulta atual e a próxima;
- Estimular a linguagem compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, "anúncios", entre outros;
- Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais;
- Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores;
- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras;
- Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos;
- Desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento;
- Aprendizagem de regras e rotinas de vida diária;
- O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedências a "chantagens";
- Falar sobre as regras de transporte de crianças em automóvel;
- Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer;

2 Anos:

- A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia;
- Ler com os pais as informações que estão no BSJI entre a consulta atual e a próxima;
- Estimular a linguagem compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, "anúncios", entre outros;
- Vida (hábitos e rotinas diárias) na creche, ama ou outros cuidadores;
- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras;
- Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos;
- Desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento;
- O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedências a "chantagens";
- Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer;
- Desmame da chupeta;
- Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à saúde escolar;

3 Anos:

- A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia;
- Ler com os pais as informações que estão no BSJI entre a consulta atual e a próxima;
- Vida (hábitos e rotinas diárias) na creche, ama ou outros cuidadores;
- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras;
- O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedências a "chantagens";
- Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer;
- Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à saúde escolar;
- Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade, relacionamento com outras crianças;
- Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos); equidade de género;
- Medos, terrores noturnos e pesadelos;

Dos 4 – 9 anos – Cuidados Antecipatórios

Tabela 4 - Cuidados antecipatórios do quarto ao nono ano (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

	4 Anos	5 Anos	6 – 7 Anos	8 Anos
Alimentação				
Saúde Oral				
Infantário / Escola				
Desenvolvimento				
Relação emocional/ comportamento/ Perturbações				
Acidentes e segurança				
Atividades desportivas e culturais – tempo livre				
Hábitos de sono				

4 Anos:

- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã;
- Ler com os pais as indicações no BSJI;
- Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à saúde escolar;
- Estimular a perceção da lateralidade;
- Estimular a criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/ computador/ vídeo jogos;
- Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida;
- Enurese noturna e encoprese – um grande grupo de crianças ainda não tem controlo noturno de esfíncteres;

5 Anos:

- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã;
- Ler com os pais as indicações no BSJI;
- Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à saúde escolar;
- Estimular a criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/ computador/ vídeo jogos;
- Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida;
- Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e promoção do sucesso escolar, postura correta;
- Competitividade, prazer em jogos de regras;
- Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras;
- Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta;

6 – 7 Anos:

- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã;
- Ler com os pais as indicações no BSJI;
- Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à saúde escolar;
- Estimular a criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/ computador/ vídeo jogos;
- Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida;
- Competitividade, prazer em jogos de regras;
- Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras;

- Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta;
- Aos 7 anos a criança receberá na escola (Ensino público e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), um cheque-dentista ou um documento de referência para consulta de HO;
- Introduzir a utilização do fio dentário;

8 Anos: 14, 9, 10, 11

- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã;
- Ler com os pais as indicações no BSJI;
- Conversar sobre o infântário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à saúde escolar;
- Estimular a criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/ computador/ vídeo jogos;
- Competitividade, prazer em jogos de regras;
- Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras;
- Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta;
- Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para HO dos 7 Anos;

Dos 10 – 18 anos – Cuidados Antecipatórios

Tabela 5 - Cuidados antecipatórios do décimo ao décimo oitavo ano (Adaptada do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013);

	10 Anos	12 – 13 Anos	15 – 18 Anos
Puberdade			
Alimentação			
Atividade Física			
Hábitos de Sono			
Escola			
Família			
Amigo(a)s			
Tempos livres			
Cidadania			
Sexualidade			
Segurança e Acidentes			
Consumos nocivos, riscos			
Violência e maus tratos			
Higiene			

10 Anos:

- Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário;
- Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos;
- Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia;
- Quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono;
- Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário;
- Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, *bullying* e *cyberbullying*;
- Dinâmica familiar, adultos de referência;
- Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença;
- Sedentarismo, hábitos de televisão/ computador/ novas tecnologias/ vídeo jogos;
- Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança;
- Puberdade, socialização e género;
- Acidentes domésticos e segurança rodoviária;
- Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes;

12 – 13 Anos:

- Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário;
- Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos;
- Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia;
- Quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono;
- Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário;
- Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, *bullying* e *cyberbullying*;
- Dinâmica familiar, adultos de referência;
- Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença;
- Sedentarismo, hábitos de televisão/ computador/ novas tecnologias/ vídeo jogos;
- Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança;
- Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes;
- Aos 10, 13 e dos 15 aos 16 anos o(a) adolescente irá receber na escola um cheque-dentista ou um documento de referenciação para a consulta de HO;
- Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção;

- Segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos em particular os desportos radicais e mergulho;
 - Violência no namoro;
-
-
-

15 – 18 Anos: 18, 19, 16, 17

- Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário;
 - Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos;
 - Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia;
 - Quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono;
 - Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário;
 - Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, *bullying* e *cyberbullying*;
 - Dinâmica familiar, adultos de referência;
 - Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença;
 - Sedentarismo, hábitos de televisão/ computador/ novas tecnologias/ vídeo jogos;
 - Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança;
 - Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes;
 - Segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos em particular os desportos radicais e mergulho;
 - Violência no namoro;
 - Falar do trabalho; *mobbing* (assédio moral), assédio sexual;
 - Contraceção, género, relações diádicas e violência no namoro/conjugal;
-
-
-

Apêndice VIII - Documento: Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças – Intervenção do Enfermeiro na Educação para a Saúde

**10.º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria**

**Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças -
Intervenção do enfermeiro na educação para a saúde**



Raquel Évora Andrade Alves

n.º 8895

Lisboa

Outubro 2019

1. DESENVOLVIMENTO

A **Saúde** enfatiza um conceito positivo e deve ser entendida como uma receita para a vida e não como a sua destinação, tendo impacto crucial na qualidade de vida individual e das comunidades. O alcance de um bem-estar físico pleno, mental e social é o propósito do processo da **Promoção da Saúde**. A sua intenção é incentivar e ampliar a capacidade de controlar e melhorar esse processo, no desenvolvimento pessoal, social e económico.

Nas últimas décadas a importância da Promoção da Saúde tem sido alvo de estratégias e orientações a nível mundial. Já em 1978, realizou-se a Conferência Internacional de Alma-Ata, na qual foi criada uma declaração que contempla a necessidade urgente de promover a saúde de todos os povos, a nível mundial, considerando os Cuidados de Saúde Primários, como alicerce para alcançar essa meta. Através da intervenção efetiva da população, ao determinar prioridades, tomar decisões, assim como planear e implementar estratégias com o objetivo de obter melhor saúde, será a intenção do desenvolvimento de uma promoção evolutiva para a saúde. A participação individual e coletiva, no planeamento e na sua execução, deve ser vista como um direito e um dever (OMS, 1978). Esta ideia é reforçada na Carta de Ottawa, resultante da primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde em 1986, que descreve a importância da melhoria da informação, englobando a educação para a saúde, na capacitação das competências das pessoas para a sua aprendizagem, que ocorre durante toda a vida (OMS, 1986). Proporcionar o acesso à educação e informação, são fulcrais para alcançar uma participação adequada (OMS, 1997). Esta dimensão da participação remete à possibilidade da escolha, neste caso, à tomada de decisão (Mendes, Fernández & Sacardo, 2016). A retórica política dos direitos individuais e coletivos não tem tido o acompanhamento adequada nas implementações de práticas efetivas. Em Portugal as experiências de participação no âmbito dos serviços de saúde, ainda se encontram em fase principiante, comparativamente com outros países, tais como o Reino Unido, Canada ou nos Países Escandinavos face à sua implementação efetiva (Serapioni & Sesma, 2011).

Fazemos escolhas e tomamos decisões desde que nascemos, através do processo de socialização primária, estando inseridos numa cultura e ao longo da vida continuamos com esse processo de escolher e decidir. Apenas transformamos essas decisões, tornando-as mais adequadas às nossas necessidades, ambições e ideais

(Mendes, Fernández & Sacardo, 2016). Uma das preocupações da Promoção da Saúde deve recair sobre a importância do trabalho na educação e formação das crianças e jovens nos seus meios envolventes. Em todos os países industrializados, a estrutura de cuidados fora de casa faz parte da vida de cada vez mais crianças, cada vez mais cedo e durante cada vez mais horas (UNICEF, 2008). Atendendo a esta realidade, o tema de promoção de saúde e educação na infância na escola, torna-se uma realidade cada vez mais pertinente e primordial.

Segundo Kersting & Hilbig (2012), a alimentação do primeiro ano de vida sempre constituiu um tema significativo na pediatria e está bem fundamentado com evidência científica, enquanto a alimentação a partir dessa idade ser uma temática ainda pouco aprofundada. No final do primeiro ano de vida a criança, é inserida na alimentação da família, aumentando a panóplia dos alimentos. Aqui colocam-se várias questões, uma vez que esta faixa etária tem um crescimento e desenvolvimento acelerado, havendo necessidades nutricionais aumentadas, sendo de igual modo importante adequar a ingestão de nutrientes essenciais para permitir um crescimento equilibrado. O atual exagero de oferta da indústria alimentar, com a qual, os pais se confrontam, leva facilmente a escolhas menos apropriadas para a criança, devendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), orientar os pais nas escolhas dos alimentos mais adequadas para os filhos.

A parentalidade, em contexto familiar, é crucial para o bem-estar da criança, sendo esta a primeira estrutura social a que é exposta. A educação e os ensinamentos, bem como os cuidados, incluindo a alimentação, influenciam a sua programação comportamental. Os pais têm um papel como modelos sociais (DGS, 2019a), motivo que demonstra a importância do acompanhamento por parte dos enfermeiros.

A alimentação infantil tem, entre o hábito de exercício físico e estilos de vida saudáveis, um papel fulcral na vida futura. Vários estudos comprovam, que uma deficiência de micronutrientes, nos primeiros dois anos de idade, pode levar a falhas cruciais no crescimento, uma vez que este período é um importante momento no ciclo vital do ser humano (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

O rápido crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida, requerem cuidados especiais, na alimentação, nomeadamente na qualidade dos alimentos, nas quantidades, na frequência da ingestão, tal como na sua consistência.

Neste período, a família deve assumir a responsabilidade da educação do comportamento alimentar da criança (Aparício, 2010). A World Cancer Research Fund Internacional (2014), salienta, que os primeiros mil dias de vida, são fulcrais na saúde na fase da infância e adolescência, assim como na fase adulta. As recomendações recaem sobre a importância na educação alimentar, sendo necessário aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde, nomeadamente, sobre a amamentação, diversificação alimentar e aconselhamentos alimentares nas crianças e jovens nos cuidados de saúde primários ao longo da vigilância de saúde.

Segundo Aparício (2010), existem múltiplas doenças relacionadas com a alimentação, constituindo um grave problema de saúde pública. Desse modo é primordial intervir sobre os determinantes do estilo de vida, nomeadamente a alimentação, potenciando o sucesso de uma estratégia de saúde fundamental. Estas estratégias permitem a médio prazo, ganhos significativos na prevalência de doenças crónicas assim como reduzir os custos económicos que lhes estão associados.

Segundo a DGS (2017) um dos fatores de risco para o número total de anos de vida saudáveis perdidos (15,8%), em Portugal, advém dos hábitos alimentares inadequados, contribuindo dessa forma para a causa significativa de mais de 85% dos casos de doenças crónicas, no sistema nacional de saúde. Esta problemática apresenta contornos epidemiológicos, tornando-se por esses motivos, uma das prioridades na promoção da saúde de uma alimentação mais saudável, no âmbito das políticas de saúde pública, tendo o Governo Português criado um grupo de trabalho para a conceção de uma Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS), sustentando-se na base das orientações da Organização Mundial da Saúde e da Comissão Europeia (DGS, 2018).

Elaborar estratégias para a promoção da alimentação saudável, podem favorecer um desenvolvimento favorável. Atendendo a este facto, continua a ser uma prioridade, investir na transmissão de informações de conhecimentos, promovendo simultaneamente ambientes saudáveis e assumindo a literacia de toda a população como uma necessidade fulcral, contribuindo por este meio, para uma maior capacitação dos cidadãos e de igual modo, dos profissionais de saúde e da educação, gerando redes de parcerias institucionais com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis (DGS, 2017). Estas estratégias para promover uma alimentação saudável devem ter como finalidade, a capacitação dos cidadãos para melhorar as suas escolhas de alimentos mais saudáveis (DGS, 2018). Esta intervenção terá de assentar

numa abordagem de intervenção multissetorial, visando a modificação da oferta de determinantes alimentares, nomeadamente os que apresentam entre outros, elevado teor de açúcar.

Entre estes hábitos não adequados, inclui-se a ingestão de açúcares simples excessiva, por si ou de forma adicional aos alimentos, acrescentando deste modo apenas valor energético, não adicionando qualquer valor nutricional, contribuindo apenas significativamente para o excesso de peso/obesidade e consequentemente ao desenvolvimento de doenças crónicas associadas, assim como à cáries dentária, considerada uma das doenças não transmissíveis mais predominante a nível mundial (DGS, 2016).

O açúcar pertence aos hidratos de carbono, que são macromoléculas compostos por átomos de carbono, hidrogénio e de oxigénio, constituindo um dos grupos alimentares mais importantes na alimentação dos animais e das plantas. A sua principal função é fornecer energia ao organismo, sendo a glucose a molécula mais simples, resultante da digestão dos hidratos de carbono, a partir da qual o organismo adquire a energia que necessita para as mais variadas atividades e reações químicas no corpo.

Analisando e tendo em conta os hábitos alimentares mais comuns em Portugal, os alimentos que contêm hidratos de carbono são as seguintes (APN, 2015):

- Todos os cereais e derivados
- Tubérculos
- Leguminosas (feijão, grão, lentilhas e ervilhas)
- Leite e derivados
- Fruta nas suas variadas formas
- Produtos hortícolas
- Outros, nomeadamente: açúcar, mel, compotas, marmelada, doces, refrigerantes, salgados (ex. empadas, etc).

Os hidratos de carbono subdividem-se em:



O metabolismo dos hidratos de carbono é complexo, no entanto é importante, que o enfermeiro, como educador em saúde, entenda o seu funcionamento, para dessa forma, poder transmitir e explicar o seu processo.

Segue em seguida, de forma sucinta, o processo de metabolismo ao longo da digestão no ser humano.

Na boca:

Através da mastigação inicia-se o processo da hidrólise dos hidratos de carbono, sendo de extrema importância a boa salivação dos alimentos ingeridos, ativando desta forma a ação da enzima amílase salivar, que inicia o processo da quebra das moléculas (Fontan & Amadio, 2015). Quanto mais tempo os alimentos permanecerem na boca, mais se decompõem as cadeias de amido em dissacarídeos, facilitando os processos de digestão seguinte.

Estômago:

No estômago a degradação dos hidratos de carbono continua dando continuidade no intestino delgado (Dalpai & Barschak, 2018).

Intestino delgado:

As enzimas provenientes do pâncreas, alfa-amilase, assim como as enzimas produzidas no próprio intestino delgado, continuam no processo de decomposição dos hidratos de carbono até à sua menor forma, nomeadamente, em monossacarídeos.

Desta forma podem ser absorvidas através das paredes intestinais e entrarem na circulação sanguínea. A glucose e a galactose necessitam de um transportador específico, a proteína SGLT1, assim como de insulina e sódio para o seu transporte. A frutose, comparativamente, necessita apenas do transportador GLUT-5, não dependendo de insulina, nem de sódio. Através da corrente sanguínea os monossacarídeos chegam ao fígado, onde acontece a conversão em glucose, indo novamente para a circulação sanguínea para a utilização energética das células. A glucose em excesso fica armazenada no fígado sobre a forma de glicogénio hepático, ou então, é absorvido no tecido muscular, armazenado em forma de glicogénio muscular (Fontan & Amadio, 2015).

Apesar, de no final do processo da digestão dos hidratos de carbono se transformarem em açúcares simples, existe diferença na velocidade de absorção entre os hidratos de carbono simples (mono – e dissacarídeos) e os hidratos de carbono complexos (oligo- e polissacarídeos), por o desdobramento dos glícidos ser mais lento, dando energia de forma mais gradual e estável. A mudança alimentar nas últimas décadas para uma alimentação mais rica em hidratos de carbono refinados e processados, caracteriza-se por um alto índice glicémico (IG) e uma carga glicémica (CG) elevada (Silva et al., 2016).

Jenkins (1981), citado por (Portero-Mc-Lellan, Srebernick, Meireles, Postali & Leandro-Mehri (2010), introduziu o conceito IG, com o objetivo de quantificar a glicémia em resposta à ingestão de determinados alimentos com diferentes quantidades de hidratos de carbono 2 horas depois do consumo de uma porção de um alimento contendo 50g de HC, comparativamente com a curva correspondente ao alimento de referência 50g de HC de glucose ou pão branco feito com farinha de trigo refinada. A CG quantifica o efeito de determinada quantidade de HC sobre a glucose plasmática, envolvendo tanto a quantidade assim como a qualidade do HC ingerido, tornando este valor mais relevante do que o IG. Existem vários exemplos para explicar o referido, dando como exemplo, a melancia, que tem um pequeno efeito nas concentrações plasmáticas de insulina e glucose, apesar de apresentar um elevado IG. Isto explica-se pelo facto de a melancia apresentar uma pequena quantidade de HC: uma porção de 120g contém apenas 6g de HC disponíveis, o que a caracteriza como um alimento de baixa CG (Silva, Steemburgo, Azevedo & Mello, 2009). Os mesmos autores referem que existem vários fatores que influenciam o IG dos

alimentos, entre outros são referidos, as fibras, tipo de amido, processamento dos alimentos e a interação com outros macronutrientes.

Alimentos com cargas elevadas de IG e CG são rapidamente absorvidas e transformadas em glucose, alterando rapidamente a glicemia e a necessidade de produção e circulação de insulina. Estas flutuações de insulina e glucose na circulação sanguínea, causam rapidamente a sensação de fome, levando a um consumo excessivo de alimentos. Ao contrário, os alimentos de absorção mais lenta, apresentando um IG e uma CG mais baixa, proporcionam a libertação de insulina mais gradual, promovendo desta forma a saciedade e reduzindo dessa forma a necessidade de ingestão de alimentos precocemente (Silva et al., 2016).

As frutas e os vegetais contêm na sua composição as fibras alimentares que pertencem ao grupo dos hidratos de carbono. As mesmas não são digeridas nem absorvidas pelo organismo, por esse motivo nos rótulos dos alimentos, as fibras vêm mencionadas de forma separada dos hidratos de carbono, não estando incluídas no seu total (APN, 2015). As fibras têm uma função muito importante durante a digestão por atrasarem a absorção da glucose. A alimentação da maioria das crianças é, no entanto, pobre em fibras, mas rica em hidratos de carbono simples (Silva et al., 2016).

A recomendação da OMS, indica que o consumo de açúcares simples não deve ultrapassar os 10% do valor da energia consumida diariamente, referindo de igual modo, que o consumo ideal deveria aproximar-se dos 5%. A evidência científica confirma a relação entre o consumo excessivo de açúcares livres com doenças não transmissíveis, nomeadamente doenças cardiovasculares, diabetes e cáries dentária (WHO, 2015).

Uma alimentação equilibrada e adequada, assim como exercício físico são fundamentais para um desenvolvimento harmonioso e o bem-estar durante a infância, como é referido por Koletzko et al. (2013). A World Cancer Research Fund Internacional (2014), reforça, que os primeiros mil dias de vida, são cruciais na saúde durante a infância, e de igual modo, influenciam o risco de doenças na fase adulta, sendo a amamentação e alimentação equilibrada um fator para a saúde. Assim, recomenda o investimento na educação alimentar, para aumentar as competências de profissionais de saúde, nomeadamente, na promoção da amamentação e da alimentação saudável.

Segundo a DGS (2017), é importante identificar o consumo alimentar, permitindo dessa forma identificar quem se encontra em risco nutricional e intervir antecipadamente e de forma adequada e eficaz, de modo, a evitar e retornar possíveis riscos de saúde pública.

Constam nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017), as esferas de ação do EEESIP, bem definidas e claramente identificadas. Um dos focos principais referidos recai sobre a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientações antecipatórias direcionadas às famílias, objetivando dessa forma, a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, assim como a gestão do bem-estar da criança, evidenciando dados e tendências de números no aumento significativo do sedentarismo e a prevalência de excesso de peso e obesidade entre os jovens.

Um estilo de vida saudável, incluindo uma alimentação adequada, é considerado como chave na prevenção de várias doenças não contagiosas, assim como a obesidade infantil, sendo a infância o pilar na construção de hábitos futuros. Para Koletzko et al. (2013), as crianças aprendem e adquirem hábitos por várias formas, principalmente por imitação e observação dos pais e cuidadores. Estas aquisições advêm das capacidades de comunicação e interação com as pessoas envolventes. Os pais devem servir de figura exemplar, nas atitudes diárias, criando regras claras, estruturas e limites, proporcionando à criança o desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Os pais devem compreender a importância do seu papel como figura modelo, no seu enquadramento cultural e estilo de vida familiar.

A Promoção da Saúde suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). Assim, as mesmas autoras reforçam a importância da promoção da saúde e da prevenção primária, tendo relevância substancial, nos benefícios favorecedores da qualidade de vida. O objetivo primordial, na meta de melhorar a saúde da população, é o reforço e investimento da promoção da saúde e da prevenção primária durante toda a vida.

Segundo Silva, Cestari, Maia, Oliveira & Barbosa (2013), o enfermeiro é o profissional que vivencia de forma mais próxima as situações, podendo aproveitar as

oportunidades e desenvolver estratégias de promoção da saúde, sendo um educador em saúde. Vários autores destacam a importância da educação em saúde, como uma ação primordial do enfermeiro no cuidado à criança, ao jovem e à família. Salientam o benefício de associar ao cuidar, a educação para a saúde, possibilitando desta forma a mudança e a diversificação dos conhecimentos, facilitando a construção e adaptação às necessidades de cada um (Silva et al., 2013), e a cada situação, individualmente.

As linhas orientadoras nutricionais da EFSA (*European Food Safety Authority*), são as mais atuais, sendo de igual modo consideradas as mais adequadas à população pediátrica portuguesa (DGS, 2019a).

- O consumo de açúcar está totalmente contraindicado, segundo indicação da EFSA
- Os hidratos de carbono devem atingir os 45-60% do valor energético diário da criança, dos quais, os açúcares livres não devem exceder os 5%, preferencialmente.
- Consideram-se açúcares livres todos os adicionados aos alimentos, assim como bebidas e os açúcares naturalmente presentes em alimentos, tais como: o mel, xaropes e sumos de fruta.
- A frutose consumida em excesso, não considerando a da fruta fresca, está relacionada à doença hepática não alcoólica, já em idade pediátrica.
- Sumos e refrigerantes não devem fazer parte das opções de bebidas, uma vez que contêm açúcares livres adicionados, por contribuírem para o aparecimento de cáries, doença hepática e por serem anorexiantes (retiram apetite para alimentos saudáveis).
- Doces, gomas, bolos, rebuçados, chocolates, etc., são considerados alimentos de elevada densidade energética, tendo pouco interesse do ponto de vista nutricional (não contêm micronutrientes). O seu consumo não é necessariamente proibido, mas o seu consumo deve ser limitado relativamente à quantidade e frequência.

Baseado nestas linhas orientadoras, existem estratégias aplicáveis, para promover as mudanças alimentares para a aquisição de hábitos saudáveis:

- Os pais e educadores devem estar em sintonia na tarefa da educação alimentar, promovendo bons hábitos, através do desenvolvimento de atitudes e valores relativos à saúde.
- Seleção adequada de alimentos e modo de confeção.
- Tornar o momento da refeição agradável, positivo e feliz.
- Incentivar a criança a provar e adotar alimentos saudáveis.
- Os alimentos não servem para castigos ou recompensas.
- Os pais e/ou cuidadores devem ser assertivos na negociação, mostrando paciência sem nunca manifestar ansiedade.
- Em contextos sociais positivos deve haver o investimento de alimentos mais saudáveis.
- Deve-se respeitar um período mínimo entre as refeições para que a criança sinta realmente fome, favorecendo o apetite para comer melhor.
- Fomentar a refeição em família.
- Apresentar os alimentos de forma atraente e interessante, jogando com as cores, sabores e texturas.
- Elogiar quando a criança comeu um alimento novo ou algo de que habitualmente não aprecia.
- Incentivar a autonomia na hora da refeição.

Sugestões para refeições mais saudáveis:

Pequeno-almoço

- ✓ Sendo uma refeição fundamental, é importante que a criança tome o pequeno-almoço, de preferência na primeira hora após acordar. Uma pequena porção é suficiente, se a criança não tiver muito apetite, sendo importante a criação do hábito.
- ✓ Os alimentos preferenciais serão:
 - Cereais e derivados = pão de mistura de cereais não refinados, flocos de cereais sem adição de açúcar ou mel);
 - Lacticínios = leite, iogurte e queijo (os lácteos devem ser meio-gordos);
 - Fruta.

Não devem ser dados: os cereais de pequeno almoço convencionais, bolachas, barritas, pão doce, evitando todos os produtos processados com elevado teor de açúcar, sal e gorduras.

Merendas

Os alimentos são idênticos ao pequeno almoço, apenas diferem no seu menor volume. Evitar sempre os alimentos processados.

Pode igualmente conter hortícolas, tais como por exemplo: tomate-cherry e cenoura crua.

Almoço e jantar:

- ✓ Devem começar sempre com uma sopa de hortícolas.
- ✓ O prato deve ser composto por hidratos de carbono, proteína e legumes crus ou cozinhados. Deverão estar presentes frequentemente as leguminosas, podendo estas em parte substituir a carne, peixe ou o ovo.
- ✓ Finalizar a refeição com uma peça de fruta fresca, de preferência da época.
- ✓ Na hora do jantar deve privilegiar a sopa e fruta, deixando o apetite da criança regular a ingestão do prato principal.

A Direção Geral de Saúde (2019b), desenvolveu o *Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde*, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de interação com as pessoas, contribuindo desta forma para a melhoria dos níveis de literacia em saúde. Através deste plano, pretende-se que a população adquira maior autonomia e consciência para adquirirem um nível de reflexão crítica nas suas escolhas e tomadas de decisão. Isto permite, otimizar a utilização das competências individuais de forma que a pessoa compreenda, assimile e aplique a informação e serviços disponíveis. Considera-se o termo “Literacia em Saúde” e o seu desenvolvimento, um alicerce fundamental, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos.

A leitura dos rótulos e a sua interpretação, para melhorar as escolhas de determinados alimentos, devem fazer parte das orientações dos EEESIP. Nos rótulos os ingredientes dos alimentos estão listados por ordem de peso (percentagem), por

ordem decrescente. Deve optar-se pelos alimentos que apresentam quantidades de açúcares reduzidos (DGS, 2019a).

Para elaboração de cartazes e material informativo escrito a DGS (2019b) recomenda:

- Utilizar linguagem acessível
- Evitar o uso de jargões e acrónimos
- Colocar frases e parágrafos curtos
- Utilizar espaçamento adequado, evitando texto corrido e extenso
- Utilizar recursos visuais para facilitar a leitura das principais mensagens
- Privilegiar as informações mais relevantes
- Escrita e leitura simplificada para acesso a toda a população.

A Promoção de Saúde e a Educação para a Saúde são complexos e profundos na sua avaliação e na elaboração de estratégias para a sua implementação no âmbito da enfermagem, de forma a desenvolvê-las, o mais eficiente possível. Ambos os conceitos são pilares fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos adultos, mas profundamente nas crianças, podendo proporcionar-lhes a escolha livre e consciente no rumo para a sua vida futura, fornecendo-lhes as ferramentas, para a sua capacitação e tomadas de decisão conscienciosas, para manter a sua saúde na plenitude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, 283-298. Obtido de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/19.pdf>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2015). *Manual de Contagem de Hidratos de Carbono na Diabetes Mellitus – para profissionais de saúde*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Dalpai, D., & Barschak, A.G. (2018). *Bioquímica Médica para iniciantes*. Porto Alegre: Editora da UFCSPA.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que justifica ação*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2018). *Alimentação Saudável: Desafios e Estratégias 2018*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2019a). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2019b). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa:DGS.
- Fontan, J.S., & Amadio, M.B. (2015). O uso do carboidrato antes da atividade física como recurso ergogênico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21(2), 153-157.
- Kersting, M., & Hilbig, A. (2012). Ernährung bei Kleinkindern: Empfehlungen und Ernährungspraxis. *Journal für Ernährungsmedizin*. 14 (2), 24-29.
- Koletzko, B. et al. (2013). Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde – Zeitschrift für Kinder-und Jugendmedizin. Sonderdruck*. 1-15.
- Mendes, R., Fernández, J.C.A., & Sacardo, D.P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 40(108), 190-203.
- Murdaugh, C., Parsons, M., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. 8ª ed. New York: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa:OE.

- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1997). Tee World Health Report 1997. *Conquering, Suffering, Enriching Humanity. Report of the Director-General*. Geneva.
- Organização Panamericana de la Salud (2003). Princípios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamentado. Washington, DC.
- Portero-McLellan, K.C., Srebernick, S.M., Meirees, F., Postali, C.C., & Leandro-Merhi, V.A. (2010). Determinação do índice glicêmico e da carga glicêmica de dietas hospitalares para undivíduos com diabetes. *Cadernos Saúde Coletiva*. 18(2). 259-265.
- Serapioni, M., & Selma, D. (2012). A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. SOCIOLOGIA ON LINE*, 2.
- Silva, A.N.S., Cestari, V.R.F., Maia, G.A., Oliveira, M.C.S., & Barbosa, I.V. (2013). Evidências das Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde em ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Cidade de Natal, Brasil.
- Silva, K.C., Nobre, L.N., Vicente, S.E.C.F., Moreira, L.L., Lessa, A.C., & Lamounier, J.A. (2016). Influência do índice glicêmico e carga glicêmica da dieta sobre o risco de sobrepeso e adiposidade na infância. *Revista Paulista de Pediatria*. 34(3), 293-300.
- Silva, F.M., Steemburgo, T., Azevedo, M.J., & Mello, V.D. (2009). Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de pacientes com diabetes melitus tipo 2. *Arquivos brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53(5), 560-571.
- UNICEF, (2008). *A transição dos cuidados na infância. Uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos*. Innocenti Report Card n.º 8. Centro de Pesquisa Innocenti da UNICEF, Florença.
- World Cancer Research Fund International and The NCD Alliance. (2014). *The link between food, nutrition, diet and non-communicable diseases. Why NCDs need to be considered when addressing major nutritional challenges*.

World Health Organization (2015). Guideline: *Sugars Intake for Adults and Children*.
World Health Organization.

Apêndice IX – Apresentação de PowerPoint – Título: Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças – Intervenção do Enfermeiro na Educação para a Saúde

Como diminuir a ingestão de açúcar nas crianças...



A intervenção do enfermeiro na educação para a saúde

Elaborado por: Raquel Évora Andrade Alves – 10.º CMECESIP – ESEL Orientadora no campo de estágio: Enfp Fátima Esteves; Orientadora de curso: Professora Doutora Paula Diogo, Novembro 2019



Os hidratos de carbono

Os **hidratos de carbono (HC)** são macromoléculas compostos por **átomos de carbono, hidrogênio e oxigênio**, constituindo um dos grupos alimentares mais importantes na alimentação dos animais e das plantas.

Analisando e tendo em conta os hábitos alimentares mais comuns em Portugal, os alimentos que contêm hidratos de carbono são as seguintes (APN, 2015):

- Todos os cereais e derivados
- Tubérculos
- Leguminosas (feijão, grão, lentilhas e ervilhas)
- Leite e derivados
- Fruta nas suas variadas formas
- Produtos hortícolas
- Outros, nomeadamente: açúcar, mel, compotas, marmelada, doces, refrigerantes, salgados (ex. empadas, etc.).

Recordar o metabolismo dos hidratos de carbono



Os hidratos de carbono subdividem-se em:

Monossacarídeos

- Glucose
- Frutose
- Galactose

Dissacarídeos

- Lactose
- Saccharose
- Maltose

Oligossacarídeos

- Rafinose (Trissacárideo)
- Maltotriose
- Etc.

Polissacarídeos

- Amido
- Glicogénio
- Etc.

Os monossacárideos

Glucose

Frutose

Galactose



As ligações dos monossacárideos

Sacarose



Lactose



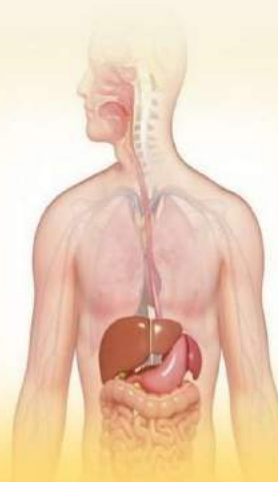
Maltose



Amido



O metabolismo dos hidratos de carbono no organismo



Através da corrente sanguínea os monossacárideos chegam ao fígado, onde acontece a conversão em glicose, indo novamente para a **circulação sanguínea** para a utilização energética das células. A glicose em excesso fica armazenada no **fígado** sobre a forma de **glicogénio hepático**, ou será absorvido no **tecido muscular**, armazenado em forma de **glicogénio muscular** (Fontan & Amadio, 2015).

Apesar de no final do processo da digestão dos HC se transformarem em açúcares simples, existe diferença na **velocidade de absorção** entre os HC simples (mono – e dissacarídeos) e os hidratos de carbono complexos (oligo- e polissacarídeos), por o desdobramento dos glicídios ser mais lento, dando energia de forma mais gradual e estável.



A **recomendação da OMS**, indica que o consumo de açúcares simples não deve ultrapassar os 10% do valor da energia consumida diariamente, referindo de igual modo, que o **consumo ideal deveria aproximar-se dos 5%**. A evidência científica confirma a relação entre o consumo excessivo de açúcares livres com **doenças não transmissíveis**, nomeadamente **doenças cardio-vasculares, diabetes e cáries dentária** (WHO, 2015).

Uma alimentação equilibrada e adequada, assim como o exercício físico são fundamentais para um desenvolvimento harmonioso e o bem-estar durante a infância (Koletzko et al. 2013). A World Cancer Research Fund Internacional (2014), reforça, que os primeiros mil dias de vida, são cruciais na saúde durante a infância, e de igual modo, influenciam o risco de doenças na fase adulta, sendo a amamentação e alimentação equilibrada um fator para a saúde. Assim, recomenda o investimento na **educação alimentar para aumentar as competências de profissionais de saúde**, nomeadamente, na promoção da amamentação e da alimentação saudável.



A **Promoção da Saúde** suporta os estilos de vida e comportamentos saudáveis habilitando a pessoa, através de mudanças individuais, organizacionais e na comunidade, para a maximização da sua saúde e bem-estar (Murdaugh, Parsons & Pender, 2019). O objetivo primordial, na meta de melhorar a saúde da população, é o reforço e investimento da promoção da saúde e da prevenção primária **durante toda a vida**.



Vários autores destacam a importância da **educação em saúde**, como uma **ação primordial do enfermeiro no cuidado à criança, ao jovem e à família**. Salientam o benefício de associar ao cuidar, a **educação para a saúde**, possibilitando desta forma a mudança e a diversificação dos conhecimentos, facilitando a construção e adaptação às necessidades de cada um (Silva et al., 2013), e a cada situação, individualmente.

As **linhas orientadoras nutricionais da EFSA** (European Food Safety Authority), são as mais atuais, sendo de igual modo consideradas as mais adequadas à população pediátrica portuguesa (DGS, 2019a).

- ✓ O consumo de **açúcar** está **totalmente contraindicado no 1º ano de vida**.
- ✓ Os HC devem atingir os 45-60% do valor energético diário da criança, dos quais, os açúcares livres **não devem exceder os 5%**, preferencialmente.
- ✓ Consideram-se **açúcares livres todos os adicionados aos alimentos e bebidas**, tais como os açúcares **naturalmente presentes** em alimentos: no mel, xaropes e sumos de fruta.
- ✓ A **frutose consumida em excesso**, não considerando a da fruta fresca, está relacionada à **doença hepática não alcoólica**, já em idade pediátrica.
- ✓ **Sumos e refrigerantes não devem fazer parte das opções de bebidas**, uma vez que contêm açúcares livres adicionados, por contribuírem para o aparecimento de cáries, doença hepática e por serem **anorexiantes** (retiram apetite para alimentos saudáveis).
- ✓ **Doces, gomas, bolos, rebuçados, chocolates, etc.**, são considerados alimentos de elevada densidade energética, tendo **pouco interesse do ponto de vista nutricional (não contêm micronutrientes)**. O seu consumo não é necessariamente proibido, mas deve ser limitado relativamente à quantidade e frequência.





Os rótulos

É importante os profissionais de saúde investirem no esclarecimento da **leitura dos rótulos**.

Os ingredientes dos alimentos estão listados por ordem de peso, por ordem decrescente.

Deve optar-se pelos alimentos que apresentam quantidades de açúcares reduzidos (DGS, 2019b.).

Exemplo de um néctar de fruta:

Conteúdo 330ml, contendo 39,6g de hidratos de carbono, dos quais 33g de açúcar. Isto equivale a 8,25 pacotes de açúcar de café/cada 4g.



Como promover as mudanças alimentares para a aquisição de hábitos saudáveis:

- ✓ Os pais e educadores devem estar em sintonia na tarefa da educação alimentar, **promovendo bons hábitos**, através do desenvolvimento de atitudes e valores relativos à saúde.
- ✓ **Seleção** adequada de alimentos e **modo de confeção**.
- ✓ Tornar o momento da **refeição agradável, positivo e feliz**.
- ✓ Incentivar a criança a **provar** e adotar alimentos saudáveis.
- ✓ Os alimentos não servem para **castigos ou recompensas**.
- ✓ Os pais e/ou cuidadores devem ser assertivos na **negociação**, mostrando **paciência** sem nunca manifestar ansiedade.
- ✓ Em **contextos sociais positivos** deve haver o investimento de alimentos mais saudáveis.
- ✓ Deve-se respeitar um **período mínimo entre as refeições** para que a criança sinta realmente fome, favorecendo o apetite para comer melhor.
- ✓ Fomentar a **refeição em família**.
- ✓ **Apresentar** os alimentos de forma atraente e interessante, **jogando com as cores, sabores e texturas**.
- ✓ **Elogiar** quando a criança comeu um alimento novo ou algo de que habitualmente não aprecia.
- ✓ **Incentivar a autonomia** na hora da refeição.

Pequeno-almoço

- ✓ Refeição fundamental,
- ✓ Deve ser tomado de preferência na primeira hora após acordar.
- ✓ Uma pequena porção é suficiente, se a criança não tiver muito apetite, sendo importante a criação do hábito.
- ✓ Os alimentos preferenciais serão:
 - Cereais e derivados (pão de mistura de cereais não refinados, flocos de cereais sem adição de açúcar ou mel).
 - Laticínios (leite e iogurte meio-gordos, queijo).
 - Fruta.



Não devem ser dados: cereais de pequeno almoço convencionais, bolachas, barritas e pão doce. Evitar todos os produtos processados com elevado teor de açúcar, sal e gorduras.



Merendas

Os alimentos são idênticos ao pequeno almoço, apenas diferem no seu menor volume. Evitar sempre os alimentos processados. Pode igualmente conter hortícolas, tais como por exemplo: tomate-cherry e cenoura crua.

Almoço e jantar

- ✓ Devem começar sempre com uma sopa de hortícolas.
- ✓ O prato deve ser composto por hidratos de carbono, proteína e legumes crus ou cozinhados. Deverão estar presente frequentemente as leguminosas, podendo estas em parte substituir a carne, peixe ou o ovo.
- ✓ Finalizar a refeição com uma peça de fruta fresca, de preferência da época.
- ✓ Na hora do jantar deve privilegiar a sopa e fruta, deixando o apetite da criança regular a ingestão do prato principal.



Sugestões e ideias para refeições saudáveis



JOGAR COM CORES...

JOGAR COM SABORES...



JOGAR COM TEXTURAS...





A Direção Geral de Saúde (2019b), desenvolveu o **Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde**, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de interação com as pessoas, contribuindo desta forma para a melhoria dos níveis de literacia em saúde.

Pretende-se que a população adquira maior autonomia e consciência para adquirirem um nível de reflexão crítica nas suas escolhas e tomadas de decisão.

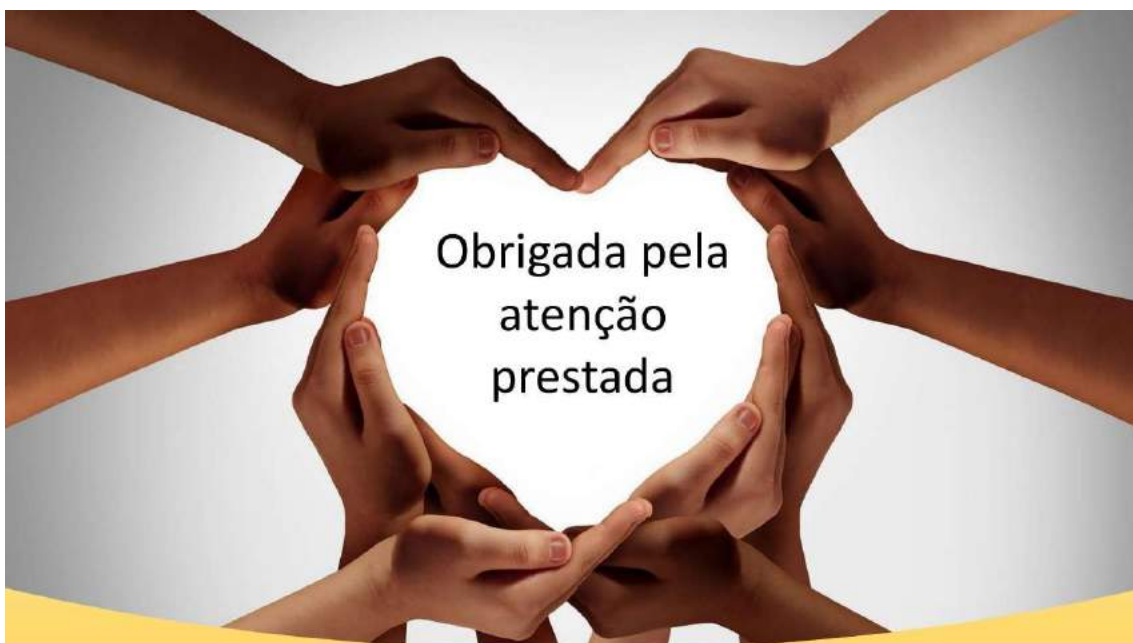
Considera-se o termo “Literacia em Saúde” e o seu desenvolvimento, um alicerce fundamental, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos.

Para elaboração de cartazes e material informativo escrito a DGS (2019b) recomenda:

- Utilizar linguagem acessível
- Evitar o uso de jargões e acrónimos
- Colocar frases e parágrafos curtos
- Utilizar espaçamento adequado, evitando texto corrido e extenso
- Utilizar recursos visuais para facilitar a leitura das principais mensagens
- Privilegiar as informações mais relevantes
- Escrita e leitura simplificada para acesso a toda a população.

Referências Bibliográficas

- Aparício, G. (2010). *Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. Conto de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, 283-298. Obtido de <http://www.ipu.pt/milennium/Milennium58/19.pdf>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2015). *Manual de Contagem de Hidratos de Carbono na Diabetes Mellitus – para profissionais de saúde*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Dajpei, D. & Barschak, A. G. (2018). *Biogénica Médica para iniciantes*. Editora da UFCSPA, Porto Alegre.
- Direção Geral de Saúde (2018). *Alimentação Saudável: Desafios e Estratégias 2018*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2019a). *Alimentação saudável dos 0 aos 5 anos - Linhas de Orientação para profissionais e educadores*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2019b). *Manual de Boas Práticas Literária em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que justifica ação*. Direção-Geral da Saúde.
- Fontes, J. S. & Amado, M. B. (2015). O uso do carbohidrato antes da atividade física como recurso ergogénico: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol 21(2):153-157.
- Kersting, M. & Hibig, A. (2012). Ernährung bei Kleinkindern: Empfehlungen und Ernährungspraxis. *Journal für Ernährungsmedizin*. 14 (2):24-29.
- Kelczko, B. et al. (2013). Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde – Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin*. Sonderdruck. P. 1-15.
- Mendes, H., Fernández, J.C.A. & Saeado, D.P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e inovações. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, V40,n.108.p.190-203.
- Murdaugh, C., Parsons, M. & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª ed. New York: Pearson.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1997). *The World Health Report 1997. Conquering Suffering, Enriching Humanity. Report of the Director-General*. Geneva.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Organização Panamericana de la Salud (2003). *Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado*. Washington, DC.
- Serafini, M. & Selma, D. (2012). A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. *Resultados preliminares de um estudo comparativo*. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia: SOCIOLOGIA ON LINE*. 2, abril.
- Silva, A.N.S., Costari, V.R.F., Maia, G.A., Oliveira, M.C.S. & Barbosa, I.V. (2013). Evidências das Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde em ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Cidade de Natal, Brasil.
- UNICEF. (2008). *A transição dos cuidados na infância. Uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos*. Innocenti Report Card n.º 8. Centro de Pesquisa Innocenti da UNICEF, Florença.
- World Cancer Research Fund International and The NCD Alliance. (2014). *The link between food, nutrition, diet and non-communicable diseases. Why NCDs need to be considered when addressing major nutritional challenges*
- World Health Organization (2015). *Guideline: Sugars Intake for Adults and Children*. World Health Organization.
- Fonte de imagens: Image Download.



Apêndice X – Jornal de Aprendizagem



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**10.º Curso de Mestrado de Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica**

Jornal de Aprendizagem

**Serviço de Internamento no
Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento**

**Raquel Évora Andrade Alves
n.º 8895**

Lisboa

Novembro 2019

Introdução

A prática reflexiva tem contribuído de forma significativa ao desenvolvimento do exercício e da educação profissional em enfermagem, problematizando a própria prática, possibilitando desse modo, o diálogo entre o nosso pensamento e a nossa ação. Este diálogo mental, permite melhorar a nossa habilidade de intervenção. Através da reflexão, o individuo explora as suas experiências, melhorando a sua compreensão e análise, incentivando a autocrítica. Esta observação permite avaliar os conhecimentos tácitos, baseados nas experiências repetitivas de uma prática especializada, podendo conferir-lhe um novo significado à prática (Peixoto & Peixoto, 2016).

No contexto de estágio clínico, procurei aprender em todas as situações e oportunidades que se proporcionaram, contribuindo desse modo, para a minha aprendizagem e aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Escolhi uma situação, vivida por mim, em contexto de uma Unidade de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento, para elaborar o presente Jornal de Aprendizagem, baseada na estrutura do Ciclo de Gibbs. Este ciclo de aprendizagem, retrata as experiências práticas sistematizadas em seis etapas, nomeadamente a descrição, os sentimentos e pensamentos, a avaliação, a análise, a conclusão e o planeamento da ação. Segundo Gibbs (2013), não é suficiente viver uma experiência para que ocorra aprendizagem, sem que haja uma reflexão sobre os sentimentos e pensamentos vividos nesse momento.

1. Descrição

A situação que pretendo relatar ocorreu na hora do almoço, no refeitório na Unidade de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento, onde se encontrava D., um menino de 9 anos com paralisia cerebral espástica bilateral, apresentando luxação das ancas bilateralmente. D. nasceu prematuro, com muito baixo peso e hidrocefalia com necessidade de colocação de shunt ventrículo-peritoneal. D. foi dado para adoção, juntamente com o seu irmão mais velho. Devido à situação de saúde, D. encontra-se inserido num centro de acolhimento. Há três anos o irmão deste menino foi adotado por uma família, que visita D., de 15 em 15 dias, para desta forma manter os irmãos em contacto.

D. deu entrada nesta unidade há cerca de seis semanas, tendo sido transferido de outra unidade, visando cuidados de reabilitação pós-cirúrgicos, por luxação recidivante das ancas, tendo sido submetido a osteotomia varodesrotativa e de encurtamento proximal do fémur direito e artrotomia anterior e acetabuloplastia homolateral. Ficou com imobilização gessada cruropodálica em abdução.

Portadores de paralisia cerebral (PC), apresentam um elevado risco de comprometimento nutricional, havendo números significativos de desnutrição, sendo considerados os distúrbios de deglutição, como fatores de risco associados. As atenções aos cuidados de saúde à criança incluem a avaliação e a identificação de fatores de risco para o seu desenvolvimento, incluindo a avaliação do estado nutricional, assim como deficiências nutricionais (Caram, Morcillo & Pinto, 2010). A DGS (2015), afirma ser imprescindível ter em atenção uma alimentação saudável e equilibrada, atendendo às necessidades e particularidades nas crianças com deficiências.

Nesta unidade, as crianças que não se possam deslocar para o refeitório a pé, ou cadeira de rodas, são levados para o refeitório na sua cama. Assim, como no caso de D., pelo qual fiquei responsável durante a refeição. Este menino apresentava um olhar vivo e atento, sorrindo, sempre que algo lhe agradava. Falei com D. e expliquei-lhe que lhe iria dar os alimentos, acariciando-o enquanto eu falava com ele. D. é muito meigo e expressa os seus sentimentos pelo olhar e expressão facial, de forma muito expressiva, sendo uma forma não verbal para D. comunicar com o seu ambiente.

Fui buscar o tabuleiro, que já vinha preparado da cozinha, com uma ementa elaborada por uma nutricionista e confeccionada de forma a facilitar a ingestão, atendendo à disfagia. Coloquei um resguardo e um babete de forma a proteger a roupa e iniciei o momento de lhe dar a refeição. Nunca tinha dado de comer a uma criança com paralisia cerebral, apercebendo-me das suas dificuldades. O conteúdo de cada colher que lhe dava, escorria mais de metade para fora da boca, havendo necessidade constante em ajudar com a colher. Ao mesmo tempo que eu esperava um pouco entre cada colher, acariciava-lhe a face e olhava para os seus olhos, que me fixavam com imensa atenção. Passado algum tempo, D. começou a chorar, demonstrando que não queria comer mais. Para desviar a atenção de D., comecei a brincar com um boneco que ele tinha na sua cama. Dessa forma ainda foi possível dar-lhe mais um pouco do seu almoço, no entanto achei que ele tinha comido muito pouco.

2. Sentimentos e Pensamentos

Este momento de ajudar esta criança a comer o seu almoço, sabendo que a alimentação é uma necessidade básica para qualquer ser vivo, e que para uma criança saudável desta idade, é resolvida de forma autónoma, tornou-se uma experiência diferente, que me deixou muito pensativa. O olhar de D. era de tal expressão, que comovia qualquer profissional nessa unidade. O brilho e o sorriso eram tão encantadores, como o seu choro e o olhar triste, comoventes e desoladores. Os meus pensamentos cruzavam-se na mente, em cada colher que lhe dava, olhando para o seu olhar fixo, pensando: O que estás a pensar?

Se D. pudesse falar, o quanto seria precioso para o seu bem-estar, sendo ele um refém no seu próprio corpo, dependente para tudo, para o resto de sua vida! Pensei nos meus dois filhos e na felicidade de serem saudáveis, sem qualquer comprometimento de saúde. A impossibilidade de D. poder gerir o próprio corpo, de ter as capacidades de autonomia para realizar as suas necessidades básicas, poder expressar em palavras o que lhe vai na mente, nos seus pensamentos e sentimentos.

Por outro lado, senti uma força tão grande, uma alegria e um agradecimento no seu olhar, quando ele conseguia fazer-se entender, nos momentos quando ele me pedia para eu esperar um pouco, antes de lhe dar a próxima colher. O sorriso era a triplicar, conferindo um brilho ao seu olhar, que preenchiam o meu coração com carinho e compaixão.

3. Avaliação

Todas as experiências que vivemos na vida, unem aspetos positivos e negativos, possibilitando dessa forma avaliarmos esses momentos de ambos os lados, absorvendo todos os aspetos que nos permitem, aprender, crescer e melhorar nas nossas atitudes e práticas.

Avaliando este momento vivido de forma reflexiva, serviu o mesmo para demonstrar o poder e a força da comunicação não verbal. Segundo, Albert Mehrabian (1971), a nossa sociedade é culturalmente orientada para a comunicação linguística, salientando, no entanto, a necessidade que existe em aprofundar a influência e contributo da comunicação não verbal. Esta forma de comunicação é inseparável dos

nossos sentimentos, influenciando todas as nossas interações sociais, determinando a eficácia das nossas intervenções no meio social e nos nossos relacionamentos.

Durante este momento vivido, senti o poder e a força do toque, do abraço, do olhar ternurento e do simples sorriso. A comunicação não verbal através do olhar e a postura corporal, foram tão poderosas e mais fortes do que qualquer palavra dita, naquele momento.

Outro instrumento valioso nesta situação foi o brinquedo, utilizado de forma terapêutica. Em qualquer atenção e prestação de cuidados de saúde deve ser promovido um ambiente humanizado, prestando atenção ao conforto, respeito e privacidade. No caso de crianças, um ambiente acolhedor, inclui sempre os brinquedos e a brincadeira, nunca esquecendo a importância do brincar, como um instrumento valioso na promoção do desenvolvimento infantil. Cabe aos enfermeiros considerar o lúdico essencial no desenvolvimento infantil, estimulando e proporcionando estas oportunidades nos vários contextos e momentos na vida da criança (Costa, Veríssimo, Toriyama & Sigaud, 2016).

Outro aspeto positivo para mim, foi perceber e sentir a importância de cuidar de um ser humano que necessita da nossa ajuda para as suas necessidades básicas, olhando-o como sendo um ser único, na união de um todo do corpo, espírito e mente, promovendo o bem-estar físico e psicológico. Não olhar apenas para um corpo de um menino, com todas as suas incapacidades, mas descobrir as suas necessidades e capacidades. Foi importante alcançar a sua confiança, interagir, tentar compreender da melhor forma do que necessita para o seu bem-estar, tocar e acariciar, sorrir, aliviar algum desconforto, simplesmente respeitar aquela criança assim como ela é, sem a julgar, sem perder a paciência ou de a ignorar.

Como aspeto negativo, tenho de salientar a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre as incapacidades destas crianças com paralisia cerebral. Trabalhando nos cuidados de saúde primários, não tenho tido estas experiências e dessa forma senti lacunas nos conhecimentos científicos sobre estas situações. Principalmente sobre os distúrbios de deglutição e as suas consequências nutricionais nestas crianças, comprometendo o seu crescimento e desenvolvimento.

4. Análise

A reflexão consciente deve fazer parte e deve estar incluída, nas estratégias de avaliação, análise e melhoramento da prática clínica em enfermagem, usando-a como uma ferramenta no processo do desenvolvimento profissional, como método para realçar a integração da teoria e prática de enfermagem (Swardt, Toit & Botha 2012).

Uma das necessidades básicas do ser humano é a alimentação, sendo um fator decisivo na saúde. As características inerentes às pessoas com paralisia cerebral, neste caso de uma criança com PC, atendendo às manifestações clínicas e nutricionais, distintas e diversas, exigem uma intervenção alimentar e nutricional específica e individualizada, contribuindo para uma diminuição de problemas de saúde associados, e consequentemente, para o aumento da qualidade de vida (Sampaio, Campos & Afonso, 2015).

Consta no regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (DR, 2018), que este atue a um nível avançado, com segurança e competência, para alcançar a satisfação das necessidades da criança e família. Nesse prisma, a visão do enfermeiro deve abranger e incluir os meios envolventes da criança, permitindo desse modo, a gestão dos cuidados prestados e responder às necessidades específicas do seu ciclo de vida. Segundo Souza (2015), é essencial haver compreensão das peculiaridades e das condições ambientais que possam favorecer o desenvolvimento da criança e do jovem, havendo a necessidade de os cuidadores possuírem a compreensão das características e necessidades inerentes à criança, favorecendo desse modo o desenvolvimento na sua íntegra. Destaca-se nas orientações preconizadas pela Direção Geral de Saúde (2013), a necessidade de haver consciência e atenção na avaliação do desenvolvimento infantil, pela razão de haver grandes variações e especificidades individuais.

O cuidado profissional em enfermagem deve concentrar-se no processo relacional, implicando a compreensão das experiências das nossas emoções, havendo espaço de expressão e partilha emocional, situação em que o utente vivencia a sua emocionalidade, seja num processo de evolução como prestadores de cuidados no processo de saúde, assim como em contexto de doença. De igual modo o enfermeiro, vivencia e experimenta emoções intrínsecos ao processo de cuidar (Diogo, 2017).

É de salientar que a comunicação é uma interação interpessoal, que nunca poderá ser considerada, como algo unilateral, mecânico e estável, pelo facto da receção de informação do nosso meio, poder ser seleccionada consoante as condições e valores de cada um, processando-as de forma ativa, antes e enquanto a recebemos. Isto significa que a comunicação interpessoal é um ato ativo verbal ou não-verbal (Nünning & Zierold, 2011), tendo a comunicação não-verbal, um maior impacto no próximo, do que as palavras. Segundo Mehrabian (1971), os sentimentos relativos à comunicação, podem ser divididos, advindo 55% da expressão facial, 38% do tom da voz e apenas 7% da comunicação verbal. Isto demonstra claramente o impacto importante e o vasto espectro da comunicação não verbal e de clara importância neste momento vivido.

5. Conclusão

Todos os dias aprendemos algo de novo, e por muitos anos de experiência que tenhamos profissionalmente, existem diariamente desafios e situações que nos elevam à reflexão profunda. Esta situação que descrevi, descrevendo apenas um momento em que tive a oportunidade de poder ajudar a dar uma refeição a um menino em condições especiais, acabou por se revelar um momento especial para mim. Não faz parte do meu dia-a-dia, lidar com estas situações, tornando-se uma experiência especial e enriquecedora.

Descrever em palavras o que fazemos e o que sentimos, ao prestar cuidados de enfermagem é difícil. O que recebemos das crianças e suas famílias, seja apenas por um olhar feliz duma mãe, pelo abraço carinhoso duma criança, rasgando um sorriso quando nos vê, é indiscutível. O cuidar em enfermagem e a dimensão emocional, andam de mãos dadas, de forma inseparável (Diogo & Rodrigues, 2012). Expressarmos as nossas emoções, é mais do que um acessório das qualidades do ser humano, é algo fundamental para a sobrevivência e gestão na integração de grupo, por permitir ao indivíduo adequar os seus comportamentos em função da expressão do outro (Rebelo, 2017).

Expressar o que sentimos é parte constituinte da comunicação básica, que permite ao indivíduo interagir com o seu meio e de igual modo evoluir e sobreviver emocional e fisicamente. A compreensão e o conhecimento das emoções, advém do desenvolvimento e da capacidade de identificar e nomear as emoções em si e nos

outros. Esta compreensão emocional desenvolve-se em conjunto com a própria consciência das emoções pessoais e de igual modo, da capacidade de conceitualizar as causas das emoções (Rebelo, 2017).

O mundo emocional, nasce no momento do nascimento, no qual existe a predisposição inata perceptiva, motora, cognitiva, social e emocional, permitindo responder aos acontecimentos mais significativos ao longo do crescimento humano. Nasceremos indefesos, dependentes da ajuda dos cuidadores, com os quais se forma a aprendizagem de responder aos estímulos sociais, que fomentam a vinculação afetiva, sendo considerado a primeira manifestação emocional (Rebelo, 2017).

Na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de saúde infantil e pediatria, existe uma forte componente afetiva, de ambos os lados, assim a criança e/ou jovem podem despertar nos seus cuidadores sentimentos de vinculação, amor e afeto, proporcionando o desenvolvimento de uma relação de proteção, enriquecida por uma esfera emocional. A prestação de cuidados, não funciona sem a presença de afetos, traduzindo-se esta, tão ou mais importante, do que um procedimento técnico (Diogo, 2017).

6. Planear a Ação

Compete ao enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, assegurar o correto desenvolvimento da criança, atendendo às suas necessidades individuais. Os cuidados prestados devem contemplar, sem exceção, competência técnica, sem nunca esquecer a natureza da enfermagem - a visão holística. Cada ser humano, deve ser acompanhado, como um ser único, no conjunto do seu todo na sua inter-relação do corpo, espírito e mente, promovendo, desse modo, o seu bem-estar físico e psicológico (McEvoy & Duffy, 2008). Este sim, deve ser o pilar primordial, na prestação de cuidados, para qualquer enfermeiro, intervindo nas crianças e jovens com doença crónica e suas famílias, ajudando-os na aprendizagem, aceitação e adaptação à sua realidade vivida.

A capacidade de comunicar de pessoa para pessoa, a escuta qualificada, sem imposições e com todo o respeito, devem ser a base das ações desenvolvidas, durante a interação do profissional com a criança e família, promovendo desta forma um vínculo efetivo, estabelecendo uma relação efetiva e duradoura para o cuidado

qualificado (Silva, Reichert, Souza, Pimenta & Collet, 2018), e assim acompanhar todo o processo de adaptação à doença ou à especificidade de qualquer situação de saúde.

Analisando o aspecto negativo referenciado anteriormente, é de salientar a importância da constante aprendizagem otimizando a enfermagem avançada e a sua prática, baseada na melhor evidência científica, nunca esquecendo a visão holística. A Canadian Nurses Association reforça a abordagem holística nas competências clínicas da prática dos enfermeiros especialistas. A prática da enfermagem avançada é descrita como uma prática diferenciada baseada na evidência e no conhecimento aprofundado colmatando as necessidades do indivíduo, família, grupos e comunidades no domínio da saúde. Esta prática envolve a análise e síntese dos conhecimentos, compreender e saber interpretar teorias e estudos de enfermagem, para dessa forma desenvolver e avançar na profissão, no seu todo (CNA, 2008).

A prática da enfermagem avançada, contempla de igual modo, o processo cuidar, que segundo, Watson (2012), envolve o enfermeiro e um outro ser, propiciando a aproximação e estabelecimento de relação entre duas pessoas, no seu conjunto de mente-corpo-alma, em cada momento vivido. É necessário possuir o conhecimento do comportamento humano e as suas respostas perante os seus problemas de saúde. Primordial é conhecer e compreender as necessidades individuais, saber responder às necessidades dos outros, oferecer conforto e compaixão, assim como conhecer as forças e limitações do outro e de igual modo, as nossas próprias. Devemos manter sempre a humildade de ser um ser humano, que pode falhar, objetivando, no entanto, melhorar constantemente a prestação de cuidados, enaltecendo o bem-estar em todos os seus níveis.

Referências Bibliográficas

- CNA (2008). Advanced Nursing Practice – A National Framework. *Canadian Nurses Association*. (p.10-11;21-27).
- Caram, A.L.A., Morcillo, A.M., & Pinto, E.A.L.C. (2010). Estado nutricional de crianças com paralisia cerebral. *Revista de Nutrição*, 23(2), 211-219.
- Costa, D.T.L., Veríssimo, M.L.Ó.R., Toriyama, A.T.M., & Sigaud, C.H.S. (2016). O brincar na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 16(1), 36-43.
- Diário da República (2018), 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018. Regulamento nº422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Diogo, P. (2017). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Proposta de um Modelo orientador da prática. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321193769>.
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 16 (1), 62-71.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direcção Geral da Saúde nº 10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa:DGS
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Nutrição e Deficiência(s)*. Direcção- Geral da Saúde.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ª ed.). Oxford Brookes University: Creative Commons
- McEvoy, L. , & Duffy, A. (2008). Holistic practice - A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419.
- Mehrabian, A. (1971). *Silent Messages*. Belmont, California. Wadsworth Publishing Company,Inc.
- Nünning, A., & Zierold, M. (2011). *Kommunikationskompetenzen*. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ärztekammer Nordrhein.
- Peixoto, N.M.S.M., & Peixoto T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (11), 121-132.

- Rebelo, A. A. (2017). *“Uma viagem pelas emoções”: Projeto de um programa de estimulação de competências emocionais para crianças com incapacidade intelectual*. (Mestrado em Educação Especial. Domínio Cognitivo e Motor). Escola Superior de Educação de Viseu.
- Swardt, H.C., Toit, H.S. ,& Botha, A. (2012). Guided reflection as a tool to deal with the theory-practice gap in critical care nursing student’s. *Health SA Gesondheid*. 17(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v17i1.591>.
- Sampaio, J., Campos, M.A., & Afonso, C. (2015). A importância da alimentação em Paralisia Cerebral. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (3). 22-25. <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2015.0304>.
- Silva, M.E.A., Reichert, A.P.S., Souza, A.A:F., Pimenta, E.A.G., & Collet, N. (2018). Doença crónica na infância e adolescência: vínculos da família na redes de atenção à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*; 27(2). <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>.
- Souza, J.M. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (6), 1097-1104.
- Watson, J. (2012). *Caring Science, The Philosophy and Praxis of Nursing*. University Press of Colorado.

**Apêndice XI – Documento – Título: O desenvolvimento do Neonato
Prematuro: A importância da presença e participação dos pais**

10.º Curso de Mestrado de Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

**O desenvolvimento do Neonato Prematuro:
A importância da presença e participação dos pais**



Raquel Évora Andrade Alves

n.º 8895

Lisboa

Novembro 2019

O desenvolvimento do Neonato prematuro:

A importância da presença e participação dos pais

A Organização Mundial de Saúde (2018) define um recém-nascido (RN) de pré-termo, um bebê nascido antes das 37 semanas, classificando a prematuridade em subclasses, considerando um bebê nascido antes das 28 semanas, como prematuridade extrema, nascido entre as 28 e 32 semanas como muito prematuro e prematuro moderado ou tardio, se nascer entre as 32 e as 37 semanas. Estes RN necessitam de cuidados especiais, sendo maioritariamente internados em Unidades de Neonatologia, serviços especializados em cuidados de saúde intensivos, intermédios ou especiais aos recém-nascidos, procurando sempre estabelecer a parceria de cuidados e promover os cuidados centrados na família (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). São utilizadas incubadoras, lugar onde o recém-nascido permanece a maior parte do seu internamento, sendo um espaço protegido do ambiente, controlado, aquecido e húmido, estabelecendo condições o mais parecidos ao útero materno. Para promover o conforto é utilizado o ninho, revelando vários estudos a sua importância para o desenvolvimento neurocomportamental do prematuro. É utilizado um rolo de pano flexível, formando um “U”, de forma a conter o bebê em toda a sua extensão, desde a cabeça, até aos pés, promovendo posturas flexoras e alinhamento da cabeça em relação ao tronco, ajudando a diminuir o stresse (Costa, Beleza, Souza & Ribeiro, 2016).

A evolução tecnológica tem contribuído de forma significativa para a sobrevivência de recém-nascidos prematuros, contribuindo os atuais estilos de vida como fator risco (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Segundo os mesmos autores, os enfermeiros, que cuidam destes lutadores e que acompanham estas famílias, no percurso da libertação das máquinas, fios, medicamentos e procedimentos, têm uma relevância importante na gestão da emocionalidade. Nesta fase de grande tensão e fragilidade dos pais, é fulcral fomentar os pais enquanto parceiros no cuidar do seu filho, considerando o cuidado um meio de comunicação, sendo libertador de sentimentos humanos, chegando à conclusão que não existe a neutralidade emocional na prática dos cuidados de enfermagem (Diogo, 2012). Os enfermeiros devem facilitar e proporcionar a expressão de sentimentos dos pais, dar informações de forma clara e precisa, ajudar no estabelecimento de vinculação, assim como promover o *empowerment* para capacitar os pais na aquisição e desenvolvimento das competências parentais (Fernades et al., 2014).

O desenvolvimento humano forma-se através de um processo contínuo de aprendizagem, que resulta de interações constantes entre o indivíduo e o meio ambiente, modificando-se constantemente, exigindo a reorganizações frequentes, sendo considerado a prematuridade como uma das condições proximais mais prejudiciais, no desenvolvimento infantil (Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2002).

O desenvolvimento no ambiente extra-uterino dos prematuros nascidos antes das 37 semanas de gestação, pode interferir no percurso do seu desenvolvimento, dificultando a evolução pretendida do recém-nascido, pela imaturidade fisiológica proveniente da privação do meio ambiente uterino. Este fato obriga-os à precoce resposta do subsistema autônomo, exercido por grande parte pela placenta, nos bebês de termo (Schaefer & Donelli, 2017).

Apesar da evolução significativa nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), existem muitos obstáculos no percurso destes bebês, entre os quais as mudanças e rotinas abruptas, posicionamentos frequentes, manipulações agressivas e invasivas, um ambiente composto por ruídos e sons constantes, assim como uma luminosidade inadequada e sono difuso, sendo fatores incompatíveis com a expectativa do cérebro do feto, sobre o esperado no útero materno, influenciando o seu desenvolvimento neuro-fisiológico e neuropsicológico, e interferindo de igual modo, no seu desenvolvimento psico-emocional e psico-social (Santos, 2011).

Durante muito tempo o feto foi considerado apenas dependente da função do tronco encefálico, tendo sido comprovado que o feto é um ser complexo, reagindo à estimulação social e sensorial, tentando simultaneamente a autorregulação de reação e resposta. O recém-nascido deve ser envolvido de forma ativa no seu próprio cuidado, assim o principal foco é o relacionamento construído entre o RN e o cuidador, sendo considerado este, um fundamento dos cuidados centrados no desenvolvimento, descrito no Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN, chamado NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*. Este programa foi criado pela psicóloga alemã, Heidelise Als, em Boston, nos Estados Unidos da América, procurando diminuir a discrepância entre as capacidades imaturas cerebrais do prematuro, e a realidade vivenciada no ambiente de um serviço UCIN, atendendo às preocupações de melhorar os aspetos físicos do ambiente, respondendo ao impacto negativo do respetivo ambiente, englobando todos os procedimentos (Santos, 2011).

Qualquer criança, incluindo os prematuros, necessitam de sentir amor, carinho, estimulação, prestação de cuidados e segurança, para o seu bem-estar e para o seu adequado desenvolvimento, sendo fundamental estabelecer vinculação com os seus pais e cuidadores, associado ao processo de construção da parentalidade, refletindo-se na formação psíquica do bebé (Schaefer & Donelli, 2017).

Existem fundamentos para o adequado desenvolvimento do RN, tais como os fisiológicos, como por exemplo o ar para respirar, o leite materno para a alimentação, um sono calmo e regulador, assim como receber os cuidados essenciais dos seus cuidadores, preferencialmente dos seus pais. Como fatores psicológicos incluem-se as emoções e o cuidar com afeto, sem as quais uma criança não se desenvolve de forma adequada. O sentimento de segurança e conforto pode ser oferecido pelos pais, através de estímulos exteriores, tais como com a sua voz e o seu toque (Brisch & Walter, 2017).

Nos cuidados promotores do desenvolvimento em qualquer idade e situação, existem pilares cruciais comuns, que devem ser implementados em qualquer cuidado e contexto em saúde, principalmente no âmbito do binómio criança e família – os Cuidados Centrados na Família (CCF). Os CCF significam, dar a devida importância e relevância aos pais, sendo as pessoas mais importantes, desde o nascimento do bebé, assim como na sua vida futura. Os pais dos prematuros necessitam de ser apoiados e reforçados da importância da sua presença e do seu papel como pais, sentindo muitas das vezes, um sentimento de impotência e insignificância, observando todo o ambiente duma UCIN. Olhar para o seu bebé deitado dentro da incubadora, monitorizado e dependente da tecnologia para assegurar a sua sobrevivência, torna fundamental, por parte dos enfermeiros, ajudar e explicar aos pais, o quanto a sua presença e a sua participação, podem influenciar o desenvolvimento dos seus filhos (Warren & Reimer, 2017). Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), contribuir na educação parental, facilitando desta forma a capacitação destes na aquisição das habilidades nos cuidados de saúde aos seus filhos (Dür et al., 2018), assim como intervir precocemente na ajuda da formação do vínculo e formação de laços afetivos entre pais e filhos, neste contexto de prematuridade, atendendo ao desenvolvimento psíquico do bebé (Schaefer & Donelli, 2017).

Quando nasce um prematuro, que por razões da sua situação clínica ainda não pode ser cuidado pelos pais, estes podem já iniciar o seu acompanhamento através

da observação do seu filho, sendo uma forma de iniciar o processo de conhecer o seu filho. Desta forma os pais aprendem a reconhecer os pequenos sinais e reações, que irão ser fundamentais para a fase do “cuidar” do seu filho. Conhecer as reações e sinais que o bebê transmite, irá permitir aos pais entender os comportamentos e os seus significados (Warren & Reimer, 2017), sendo uma forma de comunicação muito importante do bebê para os pais.

Os pais podem aprender a interpretar os sinais fisiológicos de resposta e comportamento do filho através da constante observação ao longo do processo de conhecer a personalidade do bebê e seu estado atual, tais como os sinais respiratórios, coloração e integridade cutânea, os movimentos, expressão facial, ciclos de sono e reações aos estímulos exteriores, principalmente sonoros (Warren & Reimer, 2017). Vários estudos demonstram uma diminuição do choro, da irritabilidade e de momentos de stress, nos bebês em que o meio da UCIN facilite o vínculo pais-bebês (Schaefer & Donelli, 2017).

O comportamento parental tem influência no desenvolvimento do RN. É importante entender os sentimentos do filho, apesar da dificuldade sentida inicialmente, por ainda não conhecer as reações do filho, assim como aprender a lidar com o ambiente constrangedor de uma UCIN. No entanto os pais podem demonstrar carinho e afeto ao bebê, estimulando desta forma processos hormonais no RN, favorecendo o seu desenvolvimento (Warren & Reimer, 2017).

Devido a estes aspetos, é primordial haver a tentativa e o investimento de criar condições propícias para possibilitar o desenvolvimento o mais adequado possível ao bebê, que não teve a oportunidade de se desenvolver no meio mais adequado para favorecer todas as condições no útero materno.

A partir do 6º mês de gestação todos os sentidos estão desenvolvidos, exceto a visão. Isto significa que um RN nascido prematuro já é reativo aos estímulos do toque, do movimento, do sabor e auditivo. Estes estímulos vão influenciar o processo do desenvolvimento cerebral (Warren & Reimer, 2017), assim é crucial diminuir ao máximo os fatores que provocam stress e dor, por desencadearem processos químicos no cérebro, podendo influenciar de forma negativa o sistema nervoso, levando a repercussões no desenvolvimento do comportamento e processo de interpretação sensorial.

Os pais são o núcleo central na saúde e desenvolvimento dos RN, apontando vários estudos científicos para os resultados significativos nos benefícios da intervenção precoce da parentalidade e vínculo pais-bebé, promovendo desta forma o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento psicossocial do bebé (Puthussery, Chutiyami, Tseng, Kilby & Kapadi, 2018). Existe evidência científica que demonstra, que ao haver contacto visual entre a mãe e o bebé nas primeiras três horas após o parto, este contacto contribuir de forma positiva no desenvolvimento da vinculação mãe-filho nos primeiros anos de vida da criança, comparativamente com a separação imediata da mãe do bebé, preconizando-se o contacto pele com pele, o mais precocemente possível (Felderhoff-Müser et al., 2018).

Os pais podem e devem participar o mais precocemente nas atividades e prestação de cuidados aos filhos, sendo fulcral o investimento por parte dos EEESIP neste processo de envolvimento e capacitação parental.

Atividades Pais-Bebé Prematuro	
Observar e escutar	Observar pequenos sinais à voz da mãe e do pai. O bebé acalma, tenta virar a cabeça, abre os olhos.
Dar conforto	Nas alturas em que o bebé ainda não pode sair da incubadora, por instabilidade clínica, os pais podem e devem prestar conforto. Colocar a mão calmamente na cabeça do bebé, já pode tranquilizar e confortar o RN. É importante que as mãos estejam quentes. De igual modo pode segurar os pezinhos e dar um dedo para o bebé poder agarrar. Os prematuros preferem o toque da mão pousada em vez de festinhas, podendo estas, irritar o bebé. A voz calma dos pais tem efeitos de conforto. Depois de procedimentos invasivos, em que os pais podem ou não estar presente, estes podem no fim do procedimento, atuar em proporcionar o conforto ao seu bebé.
Participar nos cuidados	Quando a situação clínica o permitir, os pais podem e devem iniciar a sua participação nos cuidados

	ao seu filho. Os enfermeiros devem incentivar e facilitar este processo, respeitando sempre a vontade dos pais, respeitando o momento, quando estes se sentem preparados para o fazer.
Mudança de fralda	As enfermeiras do serviço devem proporcionar a observação da mudança de fralda, para que os pais possam aprender o seu procedimento, para depois, quando se sentirem preparados, serem eles a mudar. A muda da fralda é um momento de contacto físico entre o bebé e os pais, não sendo apenas um procedimento de prestação de cuidados, mas de igual modo, um momento de partilha e proporcionar conforto, através do seu toque e voz suave. De igual modo aprendem a conhecer as características da urina e fezes e os sinais a vigiar.
Método Canguru	Neste método o bebé fica deitado na zona do peito da mãe ou do pai, com contacto direto pele com pele. O calor corporal e o conforto nesta posição possibilitam o relaxamento do RN, para além de ser um método único promovedor da vinculação pais-bebé, para além de promover o seu desenvolvimento. Durante esta posição do método canguru, é excretada a hormona oxitocina responsável pela produção de leite materno. É importante antes de iniciar o método de canguru, que os pais se preparem, para que não haja motivos de interromper este momento (comer algo antes, ir à casa-de-banho, desligar o telemóvel).
Alimentação	Na fase do RN ser alimentado por sonda sem poder ainda sair da incubadora, a mãe ou o pai, podem colocar a sua mão pousada na cabeça do bebé e falar com voz calma e serena, enquanto o bebé está a ser alimentado. Este momento proporciona conforto e segurança ao RN, facilitando a indução do sono.

	Quando o bebé já está clinicamente estável para fazer o método canguru, este pode ser alimentado da mesma forma, sendo a mãe ou o pai a segurarem a seringa com o leite. A partir das 32-34 semanas, dependendo da evolução e estado geral do bebé, pode ser iniciada a pega na mama da mãe. Nesta altura já se desenvolveram a coordenação da sucção, deglutição e respiração, facilitando este momento. Dar um dedo para o bebé pegar durante a mamada, presta conforto ao bebé, por este reflexo estar interligado com o reflexo de sucção.
--	--

Quando os pais se aproximam do seu filho, devem em primeiro lugar observar a face e a sua expressão, depois deve haver um contacto verbal com voz suave e calma, seguindo de um toque segurando com a mão no topo da cabeça e com a outra mão segurando os pés.

Existem vários estudos que verificaram a eficácia do uso de musicoterapia, como modalidade de intervenção nas UCIN's, músicas cantadas pela mãe, facilitando a amamentação e beneficiando a evolução neurológica (Schaefer & Donelli, 2017).

Os EEESIP devem ser promotores do *empowerment* destes pais de RN prematuros, ajudando-os a criarem as ferramentas necessárias para a sua capacitação no cuidar dos seus filhos, promovendo desta forma, a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento do seu bebé.

Referências Bibliográficas

- Brisch, K.H., & Walter, C. (2017). Die Bedeutung der Bindung für das Frühgeborene und seine Eltern. *Bindung und Pflege von Frühgeborenen*. EFCNI - European Foundation for the Care of Newborn Infants. 4-15.
- Costa, K.S.F., Beleza, L.O., Souza, L.M., & Ribeiro, L.M. (2016). Rede de descanso e ninho: comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37.e62554.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.62554>.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto do cuidar*. Loures:Lusociência.
- Dür, M., Brückner, V., Oberleitner-Leeb, C., Fuiko, R., Matter, B., & Berger, A. (2018). Clinical relevance of activities meaningful to parents of preterm infants with very low birth weight: A focus group study. *PLoS One*, 13 (8): e0202189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202189>.
- Felderhoff-Müser, U. et al. (2018). Psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen. *Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.*024/027.1-17.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J.M.S. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2). 45-60.
- Puthussery, s., Chutiyami, M., Tseng, P., Kilby, L. & Kapadia, J. (2018). Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatrics*, (18), 223.
- Rodrigues, O.M.P.R., & Bolsoni-Silva, A.T. (2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 21(1), 111-121.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP-R: Uma filosofia de cuidados...Nascer e Crescer. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 20(1), 26.31.
- Schaefer, M.P., & Donelli, T.M.S. (2017). Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebês Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. *Avances en Psicologia Latinoamericana/Bogotá* (Colombia), 35(2), 205-218.
- Warren, I. & Reimer, M.o. (2017). Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie. *Bindung und Pflege von Frühgeborenen*. EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants, 16-33.

WHO (2018), Preterm Birth, Key facts.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Apêndice XII – Convite aos pais para ação de formação

Eu preciso de ti...



Convite para conversar e partilhar sobre a importância da
presença dos pais na vida do filho prematuro.

Dia 05.12.2019 às 14h30; Gabinete 4 — Sala de reuniões

Ação promovida por Raquel Évora Andrade Alves — Aluna 10.ª CMEESIP — ESEL

Orientadora na Unidade de Neonatologia: Enfª Ana Macedo

Apêndice XIII – Plano de ação de formação no serviço de Neonatologia

Plano de sessão

Tema: O desenvolvimento do Neonato Prematuro: A importância da presença e participação dos pais

Formadora: Raquel Évora Andrade Alves (Aluna do 10.º CMEESIP)

Orientadora de serviço: Enfª Ana Macedo

Destinatários: Pais dos RN internados na Unidade de Neonatologia

Local: Serviço de Neonatologia – Gabinete 4

Data: 05 de dezembro de 2019

Hora: 14h30

Objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento do recém-nascido prematuro
- Reforçar as competências parentais

Objetivos específicos:

- Definir alguns conceitos
- Capacitar os pais nas suas competências, através do reforço positivo
- Demonstrar aos pais a importância no acompanhamento do seu filho prematuro
- Proporcionar um momento de partilha de experiência entre os pais
- Avaliar a utilidade da sessão

Conteúdos	Métodos Auxiliares de Exposição	Duração
Definição de conceitos relacionados com a prematuridade. Descrever as intervenções possíveis dos pais na prestação de cuidados do bebé.	Método expositivo (PowerPoint).	15´
Reflexão e partilha da experiência dos pais. Comentários e sugestões.	Discussão em grupo.	10´
Entrega de avaliação da sessão.	Avaliação em suporte de papel de forma anónima.	5´

Apêndice XIV – Apresentação em *PowerPoint* – Título: Convite para conversar e partilhar sobre a importância da presença na vida do filho prematuro.



Eu preciso de ti...

A importância da presença dos pais na vida do filho prematuro

Realizado na Unidade de Neonatologia - dia 05 de dezembro de 2019

Realizado por: Raquel Évora Andrade Alves – Aluna do 10º CMEESIP – ESEL; Orientadora de Curso: Professora Doutora Paula Diogo; Orientadora de serviço: Enfª Ana Macedo



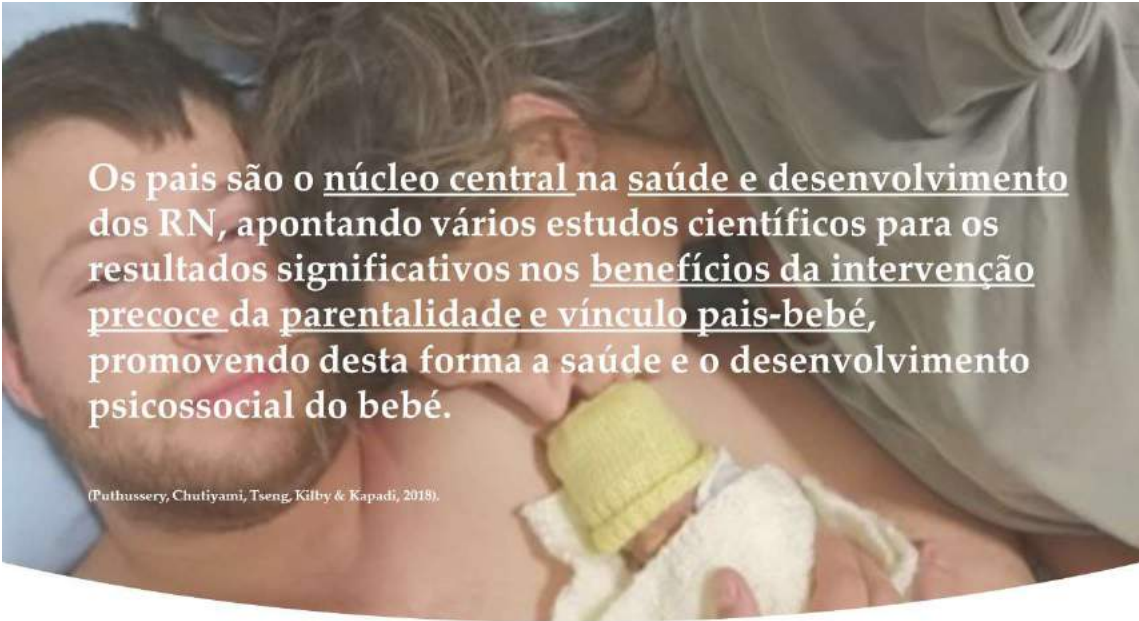
O que significa ser prematuro?

Porquê a necessidade da incubadora?



O desenvolvimento do recém-nascido prematuro...

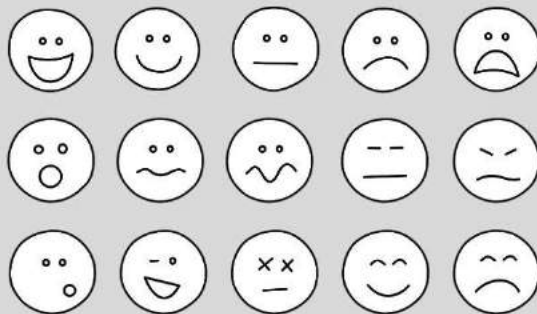




Os pais são o núcleo central na saúde e desenvolvimento dos RN, apontando vários estudos científicos para os resultados significativos nos benefícios da intervenção precoce da parentalidade e vínculo pais-bebê, promovendo desta forma a saúde e o desenvolvimento psicossocial do bebê.

(Puthussery, Chutiyami, Tseng, Kilby & Kapadi, 2018).

Emoções e sentimentos...



*angústia,
sofrimento,
insegurança,
ansiedade, medo,
stress, tristeza,
culpabilização
materna,
sensação de
insignificância,
raiva e depressão*



O que podemos
dar ao nosso
filho?



CARINHO



AFETO



O que podemos fazer?



Observar e
escutar



Dar
conforto



Iniciar a
prestação
de
cuidados,
quando
possível



Iniciar o
Método
Canguru...



Alimentar



Simplesmente, cuidem de mim...

Referências Bibliográficas

- Brisch, K.H. & Walter, C. (2017). Die Bedeutung der Bindung für das Frühgeborene und seine Eltern. *Bindung und Pflege von Frühgeborenen*. EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants pp4-15.
- Costa, K.S.F., Beleza, L.O., Souza, L.M. & Ribeiro, L.M. (2016). Rede de descanso e ninho: comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37:e62554.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447-2015-esp-62554>.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Dur, M. et al. (2018). Clinical relevance of activities meaningful to parents of preterm infants with very low birth weight: A focus group study. *PLoS ONE* 13 (8): e0202189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202189>
- Felderhoff-Müser, U. et al. (2018). Psychosoziale Betreuung von Familien mit Früh- und Neugeborenen. *Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin* e.V.024027.1-17.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J.M.S. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. Vol.18 (2). pp45-60.
- Puthussery, S., Chutiyani, M., Tseng, P., Kilby, L. & Kapadia, J. (2018). Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatrics* 18:223.
- Rodrigues, O.M.P.R. & Bolsoni-Silva, A.T. (2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano* 21(1) pp111-121.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP-R: Uma filosofia de cuidados...Nascer e Crescer. *Revista do hospital de crianças Maria Pia* 20(1) pp26-31.
- Schaefer, M.P. & Donelli, T.M.S. (2017). Intervenções Facilitadoras do Vínculo Pais-Bebês Prematuros Internados em UTIN: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)* Vol.35(2) pp205-218.
- Warren, I. & Reimer, M.o. (2017). Entwicklungsfördernde Betreuung in der Neonatologie-*Bindung und Pflege von Frühgeborenen*. EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants pp16-33.
- WHO (2018). Preterm Birth. Key facts <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

Apêndice XV – Questionário de avaliação da ação de formação

Questionário de avaliação global da ação de formação

Título: "Eu preciso de ti..." – A importância da presença dos pais na vida do filho prematuro.

Destinatários: Pais dos recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia

Local: Unidade de Neonatologia

Data: 05 de dezembro de 2019

Avaliação: 5 = Excelente; 4 = Muito Bom; 3 = Bom; 2 = Satisfaz; 1 = Não satisfaz.

	Avaliação				
	5	4	3	2	1
A ação de formação foi apresentada de forma perceptível					
O conteúdo satisfaz a minha expectativa relacionada ao tema					
A explicitação do tema contribui para a perceção sobre a importância da minha presença, junto ao meu filho/a					
A compreensão do tema contribui para o meu bem-estar					
A dinâmica da ação de formação foi apresentada de forma adequada					

Comentários e/ou sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração, a sua opinião é muito valiosa.

Apêndice XVI – Folheto – Título: Eu preciso de ti...

... porque nesta altura ainda era suposto eu estar dentro do útero, protegido do frio, dos barulhos, das luzes... o meu corpo ainda não está preparado para poder viver sem ajuda.

Necessito da incubadora, dos fios, das máquinas e de todos os cuidados dos enfermeiros, médicos e teus...

O meu cérebro está em fase de crescimento e tenho de lidar com todos estes estímulos exteriores, dos quais eu não gosto nada. Por isso preciso o máximo de **atenção, da mãe e do pai.**

Sempre que possas, **toca-me com a tua mão, fala comigo, usa o método canguru,** que eu adoro estar ao teu **colo, sentir a tua pele e ouvir o teu coração.** Fala comigo para eu ouvir a tua voz, conta-me uma história com voz suave!

Deixa-me sentir e ouvir-te.

Eu não preciso apenas ar para respirar, leite para beber e dormir para crescer...

Preciso de sentir **afeto, carinho e amor,** que me ajudam a lidar com o stress e a dor, para além de ser fundamental no meu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Os pais são o núcleo central na saúde e desenvolvimento dos recém-nascidos, apontando vários estudos científicos para os resultados significativos nos benefícios da intervenção precoce da parentalidade e vínculo pais-bebé, promovendo desta forma o bem-estar e a saúde e o desenvolvimento psicossocial do bebé

(Purhosenry, Churizami, Taeng, Kilby, & Kapadi, 2018).

Fala comigo, lê uma história, quero ouvir a tua voz...

Toca-me. Quero sentir-te...

« Ser mãe de prematuro é ser pega pela surpresa e despreparo.

E não segurar seu filho nos braços quando nasce. E olhar pela incubadora.

Ser mãe de prematuro é ser viciada no monitor, e ver seu filho respirando por aparelhos com sensores medindo o que há de vida na sua criança. São os benefícios 88% de saturação.

É tirar leite na máquina. É ver leite escorrendo pela sonda e tocar para a quantidade aumentar todos os dias.

É ter paranoia com o processo ganha/perde de peso diário. Num dia ganha 20 gramas e no seguinte perde 15.

E se incomodar com as aspirações e manobras, mas saber que é um mal necessário. É ver picadas e mais picadas para exames e não respirar enquanto o resultado não aparece. É chegar ao hospital com o urinômetro em cambalhoas com medo do que vai ouvir do pediatra.

Mãe de prematuro também tem rotina. UCIN-casa, sem descanso.

É ser a Rainha da impotência, por ver o sofrimento e a dor do seu bebé e simplesmente não poder fazer nada. Só coçar.

É conversar com o seu filho através da incubadora e ter lágrimas escorrendo pelo rosto.

Mas ser mãe de prematuro é superação, é ter história para contar. É contar o tempo de um feito diferente. Idade cronológica e idade corrigida.

É sair da UCIN com festa e palmas e deixar por lá amigos eternos e preciosos.

Toda a mãe é um ser guerreiro por natureza. Mas a mãe de prematuro precisa de ser guerreira em dobro.

Lentidão, perseverança, resiliência, flegão a ponto de desabar a qualquer momento, mas com força absurda. Uma força que talvez venha de um útero vazio antes do tempo.

Analisar não as mães dos bebés que nascem antes...»

Autora desconhecida

Unidade de Neonatologia

Qualquer dúvida, que tenhas, fala com uma enfermeira do serviço.

Números de telefone da UCIN

Cuidados Intensivos: XXXXXX

Cuidados Intermediários: XXXXXX

Cuidados Intensivos Pulverizantes: XXXXXX

Isolamento: XXXXXX

Eu preciso de ti...



Redatada por: Raquel Ferreira Andrade Alves

Aluno do 3.º Curso de Mestrado de Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria - ENEI.

Orientadora do serviço: IAP Ana Miranda

Outubro 2023

Apêndice XVII – Póster: Eu preciso de ti...

Eu preciso de ti...



Dá-me conforto, toca e segura-me... Dá-me colo com o método de canguru para sentir a tua pele, o teu calor e ouvir o teu coração... Dá-me amor, carinho e afeto.

Fala comigo com a tua voz suave, conta-me histórias, canta uma música de embalar...

Simplesmente, cuida de mim...

Raquel Évora Andrade Alves—10^o CMEESIP—ESEL—Nov. 2019 ; Orientadora da Unidade de Neonatologia: Enf^a Ana Macedo

Apêndice XVIII – Plano de ação de formação no Serviço de Internamento de Pediatria

Plano de sessão

Tema: Cuidar para a promoção da parentalidade – O desafio perante a parentalidade na hospitalização

Formadora: Raquel Évora Andrade Alves (Aluna do 10.º CMEESIP)

Orientadora de serviço: Enf. Carlos Rola

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria

Local: Sala de reuniões do serviço

Data: 09 de janeiro de 2020

Hora: 14h00

Objetivos gerais:

- Proporcionar um momento de reflexão sobre cuidar para a parentalidade durante a hospitalização

Objetivos específicos:

- Definir alguns conceitos
- Definir as dificuldades dos pais no processo da parentalidade
- Referir as dificuldades e barreiras dos Cuidados Centrados na Família e Parceria pelos intervenientes
- Proporcionar um momento de reflexão sobre a própria prática de enfermagem
- Partilha de experiência profissional sobre a temática

Conteúdos	Métodos Auxiliares de Exposição	Duração
Definição de conceitos relacionados com a parentalidade. Descrever as barreiras e dificuldades dos pais e dos enfermeiros, perante a parentalidade, os CCF e a parceria.	Método expositivo (Powerpoint)	20'
Reflexão e partilha da experiência dos enfermeiros do serviço, após a visualização de vídeo final. Comentários e sugestões.	Apresentação de vídeo, seguida de reflexão em grupo	15'

Apêndice XIX – Apresentação em *PowerPoint* – Título: Cuidar para a promoção da parentalidade - O desafio perante a parentalidade na hospitalização



Cuidar para a promoção da parentalidade O desafio perante a parentalidade na hospitalização

Realizado no serviço de Pediatria, dia 14 de janeiro de 2020

Realizado por: Raquel Évora Andrade Alves – Aluna do 10º CMEESIP – ESEL; Orientadora de Curso: Professora Doutora Paula Diniz; Orientador de serviço: Enf. Carlos Rola

OBJETIVO:

- Promover um momento de reflexão com os enfermeiros do serviço de pediatria sobre o cuidar da família da criança hospitalizada.
- Analisar os principais conceitos relacionados com a promoção da parentalidade durante a hospitalização,

Realidade do internamento da criança no início do século XX.

Após a 1ª Grande Guerra Mundial:

Proibição de visitas. Quando autorizadas, apenas 1/2h por semana.



Atualmente está previsto na legislação portuguesa, o acompanhamento familiar, pela Lei nº 106/2009.

Carta da Criança Hospitalizada (1988) por várias associações europeias, existindo a versão em português desde 1996.

James Robertson e John Bowlby

Desenvolvimento e mudança nas práticas de enfermagem

Inspiração para o desenvolvimento de alguns modelos de enfermagem pediátrica

Parceria nos Cuidados (Anne Casey)
Cuidados Centrados na Família

FILOSOFIA DOS CUIDADOS PEDIÁTRICOS



PARENTALIDADE

- A Ordem dos Enfermeiros define a parentalidade nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- No Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização, a OE refere, que tem sido afirmado que a parentalidade, provavelmente será a mais importante questão de saúde pública que a sociedade portuguesa enfrenta.



PARENTALIDADE

Tornar-se mãe e, de igual modo, tornar-se pai, é um longo percurso, iniciando-se muito antes do nascimento de um filho (Zornig, 2010).

- Mudança desafiante e complexa
- Processo dinâmico
- Transição intensa no sistema familiar (Teoria das Transições – Afaf Ibrahim Meleis)
- Necessidade de incorporar o RN na unidade familiar
- Passar de um estado estável para outro estado estável, passando por marcos e pontos de viragem, fases de insegurança e medo, para uma fase de aptidão
- Aprendizagem parental constante (dificuldades, falhas e erros)

DIFICULDADES NO PROCESSO PARA A PARENTALIDADE

- Constituição familiar reduzida, diminuindo a experiência e vivência dos modelos de vínculo maternal, principalmente, na prestação de cuidados aos filhos
- Redefinição de papéis e funções, requer organização e reestruturação
- Tarefa desafiante e complexa. Aprendizagem parental constante, não obstante de dificuldades, falhas e erros na educação dos filhos.
- Acontecimentos perturbadores, tais como os internamentos hospitalares.
- Outros (outros filhos em casa, falta no emprego, etc.).

BARREIRAS E DIFICULDADES PARA PÔR EM PRÁTICA OS CCF - PARCERIA

- Para os enfermeiros:
 - Os resultados esperados não podem ser absolutos, devem ser flexíveis
 - O conceito de parceria está idealizada no pensamento, mas não na prática clínica
 - Ausência de sintonia, por expectativas divergentes entre enfermeiros e família
 - Falta de comunicação
 - Falta de recursos humanos
- Condições físicas:
 - A não existência de camas para dormir, havendo apenas cadeirões, torna-se extremamente desconfortável, principalmente, em internamentos de vários dias ou até semanas.

ESTABELECE PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

CUIDAR DO BINÔMIO CRIANÇA-FAMÍLIA

- Saber ouvir e praticar a escuta ativa
- Conhecer o contexto familiar
- Saber comunicar pela forma verbal e não verbal
- Demonstrar compreensão (os pais são peritos nos que diz respeito aos seus filhos)
- Mostrar disponibilidade
- Aproveitar todas as oportunidades para promover o papel parental

ESTABELECE PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

CUIDAR DO BINÔMIO CRIANÇA-FAMÍLIA

- Construir uma ligação de confiança mútua
- Cuidar com afeto e paixão (contribui para uma vivência de hospitalização mais positiva)
- ser simpático, meigo, bem-humorado, honesto e competente
- Criar um ambiente acolhedor e proporcionar atividades lúdicas (ex.:brincar)
- Partilhar informação
- Respeitar as diferenças, culturas e etnias

Acolher a criança e a família



Parar, refletir e analisar de forma crítica, sendo autocríticos, sinceros e humildes sobre a nossa própria prestação de cuidados leva-nos, à conclusão do que efetivamente já somos capazes de praticar, assim como avaliar os aspetos que necessitam ainda de mais atenção e reflexão da nossa parte.

A enfermagem é um processo de aprendizagem contínua, desde que começamos a licenciatura até sempre.



OBRIGADA PELA
VOSSA PRESENÇA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, P. (2011). Family-Centered Care. *Acadêmico Pediatras*, 11 (2), 97-99.
- Cruz, A. & Angelo, M. (2011). Cuidado Centrado na Família em Pediatria: Redefinindo os Relacionamentos. *Citâncias Cuidado e Saúde*, 10 (4), 861-866.
- Diário da República (2018). 2ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. Regulamento n.º 422/2018. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Duarte, E. L., Zordon, E. P. (2016). Nascimento do primeiro filho: transição para a parentalidade e satisfação conjugal. *Revista Perspectiva*, 40 (152), 65-75.
- Jellay, J. & Shields, L. (2008). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170.
- Kuo, D., Heathrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simoes, J., & Neff, J. (2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and child health journal*, 16 (2), 297-305.
- Martins, C. A., Abreu, W. J. C. P., Figueiredo, M. C. A. B. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), 121-131.
- Martins, C., Abreu, W., Figueiredo, M. C. (2017). *Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem*. Atas do CIAIQ do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, sobre Investigação Qualitativa. Espanha: Universidade de Salamanca.
- Meliss, A.I. (2010). *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, M. & Martins, M. (2015). Paisão nos cuidados de enfermagem em pediatria: de discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática*. Série1.n.8.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Paulo, M., Alexandre, V., Cathoias, T., Mi-Homens, S. & Diogo, P. (2010). O Lugar do Alvo na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico. *Perspectivas da Criança, Jovens, Pais e Enfermeiros. Pensar Enfermagem*, 14.nº2:79-81.
- Shields, L. (2013). What is family-centred care? *European Journal for Person Centred Healthcare*, 3 (2), 138-144.
- Shields, L. & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 50-58. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01821.x
- Zemig, S.M.A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, V42(2), 453-470.

Apêndice XX – Vídeo final da apresentação































Enfermagem é a arte de cuidar
incondicionalmente.
É cuidar de alguém que você nunca viu na vida,
mas mesmo assim,
ajudar e fazer o melhor por ela.
Não se pode fazer isso apenas por dinheiro...
Isso se faz por e com amor!

Fonte: Pensador - Angélica Tavares

Apêndice XXI – Documento: Cuidar para a promoção da parentalidade – O desafio perante a parentalidade na hospitalização

10.º Curso de Mestrado de Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

**Cuidar para a promoção da parentalidade -
O desafio perante a parentalidade na hospitalização**



Raquel Évora Andrade Alves

n.º 8895

Lisboa

Janeiro 2020

Cuidar para a promoção da parentalidade - O desafio perante a parentalidade na hospitalização

Tornar-se mãe e, de igual modo, tornar-se pai, é um longo percurso, iniciando-se muito antes do nascimento de um filho (Zornig, 2010), significando para a família uma redefinição de papéis e funções.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), define nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (OE, 2017), a parentalidade como o assumir de responsabilidades de ser mãe ou pai, com a aquisição de comportamentos, visando a otimização do crescimento e desenvolvimento da criança. Este compromisso de envolvimento ativo de transição, requer organização e reestruturação. Consta no *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*, elaborado pela OE (2015), que a parentalidade é composta por vários pilares, salientando o valor do vínculo, entre a criança e os pais ou cuidadores, determinante central, que influencia a saúde atual e a futura, tendo “sido afirmado que a parentalidade é provavelmente a mais importante questão de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta” (p.9).

Será importante referir um fator influente na evolução do tipo de família nuclear, de famílias em contexto alargado, para nos dias atuais, famílias com constituições reduzidas, diminuindo a experiência e vivência dos modelos de vínculo maternal, principalmente, na prestação de cuidados aos filhos. Construir vínculos emocionais formam uma parte integrante na vida do ser humano ao longo de toda a vida. Os pais comportam uma influência crucial na vida dos filhos, sendo a parentalidade uma tarefa desafiante e complexa (OE, 2015).

Face ao exposto, a parentalidade é reconhecida como uma transição, pelo que importa, compreender a teorização de enfermagem sobre a Teoria das Transições. O desenvolvimento desta teoria iniciou-se em meados da década de 1960 e para a sua estruturação, a enfermeira Afaf Ibrahim Meleis, investigou o planeamento familiar e os processos abrangidos no domínio dos papéis parentais. Para Meleis (2010), a transição é o processo impulsionado por uma mudança que leva à passagem de um estado estável, para outro estado estável, caracterizado por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem.

A parentalidade pode descrever-se como uma passagem e mudança complexa vivenciada no meio familiar, sendo considerada esta transição uma das mais

problemáticas e intensas que o sistema familiar defronta (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017). Nesta fase de transição, cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), apoiar os progenitores a contornar esta dinâmica problemática e controversa, inerente a esta fase de adaptação. Torna-se imprescindível o foco nas diversas perceções, crenças, valores e expectativas individuais de cada progenitor, sendo primordial promover o envolvimento na fase que se apresenta durante o processo de transição para a parentalidade. Com o nascimento do primeiro filho evidencia-se a necessidade de unir as funções maternas e paternas, exigindo esforço, tempo, dedicação e cuidado (Duarte & Zordan, 2016). Entende-se que o conhecimento e compreensão das condições expostas ao longo deste processo, são cruciais para a intervenção de enfermagem, apoiando e encaminhando estes pais na busca de uma transição bem-sucedida (Martins, Abreu & Figueiredo, 2014).

A natureza da parentalidade é dinâmica, sendo que a investigação principal acerca desta transição recai nos comportamentos parentais concedendo a facilitação da incorporação do recém-nascido na unidade familiar (OE, 2017) e nos processos que o regulam, direcionando esta realidade em torno das peculiaridades da criança, das características dos pais e outros fatores externos que a condicionam. Esta transição concerne no desenvolvimento e na resposta aos desafios da parentalidade e de algum modo, passando duma fase de insegurança e medo para uma fase de aptidão (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017). Desde o primeiro ano de vida, o desenvolvimento da criança é extremamente significativo, prosseguindo ao longo do seu crescimento, evidenciando-se, em todas as suas etapas, a importância da educação dos filhos. Este encargo de educação, transfere desafios constantes na aprendizagem parental, não obstante de dificuldades, falhas e erros (OE, 2015).

Nas várias fases de desenvolvimento da criança, existe uma vulnerabilidade e um aperfeiçoamento no processo parental, existindo a necessidade de algum tipo de ajuda, demonstrando compreensão para com os pais/cuidadores, mostrar disponibilidade para todos os seus assuntos relevantes e aproveitar as oportunidades para promover o seu papel parental (OE, 2015). O afeto deve acompanhar o desenvolvimento da criança e jovem, acentuando-se a sua necessidade durante uma fase de doença e hospitalização, sendo maioritariamente uma experiência emocionalmente perturbadora. Segundo Paulo et al. (2010), a prestação de cuidados com afetos contribui para uma vivência da hospitalização mais positiva. Este afeto pode ser demonstrado pelos enfermeiros através de simpatia, falar de forma meiga,

ser bem-humorado, abordar a família de forma honesta e competente, envolvendo um ambiente acolhedor e também possibilitar as atividades lúdicas, tais como o brincar.

O internamento cria uma desorganização e vulnerabilidade, e estas devem ser aproveitadas como oportunidades, compreendendo os pais como peritos no que diz respeito aos seus filhos (OE, 2015). Durante o internamento pediátrico, a família é uma referência no enquadramento na prestação de cuidados à criança, prevalecendo como um fator crucial nos cuidados humanizados (Mendes & Martins, 2012). A presença de pelo menos um elemento dos pais, é algo comum nos dias atuais, comparativamente ao passado, altura em que a criança era internada sem acompanhamento familiar, sendo as visitas proibidas, ou quando autorizadas, apenas meia hora por semana (Jolley & Shields, 2009). Nessa altura as enfermeiras cuidavam das crianças, regendo o modelo biomédico, focando e tratando primordialmente as necessidades físicas, sendo instruídas para tratar das crianças sem mostrar emoções e afetos, ignorando as necessidades sociais e psicológicas e de igual modo, desvalorizando a necessidade do desenvolvimento da criança.

As mesmas autoras, relembram que já nas orientações de Florence Nightingale (1886), é reportado como um pilar importante das funções da enfermeira, o cuidar com afeto maternal. No entanto, após a 1ª Grande Guerra Mundial, surge o ambiente industrializado, virando-se o foco dos cuidados hospitalares, ao combate à infeção, implementando as proibições de visitas, objetivando a diminuição do risco de disseminação de infeções.

Em meados do século XX, dois grandes teóricos, James Robertson e John Bowlby, investiram grande parte dos seus trabalhos, na análise, das consequências, resultantes de separações das crianças e suas mães. Ambos contribuíram de forma significativa no desenvolvimento e mudança nas práticas da enfermagem, servindo de inspiração para o desenvolvimento de alguns modelos de enfermagem pediátrica. Entre esses modelos, destacam-se o modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey, que identifica claramente o contributo significativo dos pais e o modelo de Cuidados Centrados na Família (Shields & Mohay, 2001), conduzindo a visão centrada na doença, para uma visão centrada na criança e sua família (Cruz & Angelo, 2011). Estas duas orientações para a prática de enfermagem, fazem parte da filosofia dos cuidados pediátricos, constituindo uma base fulcral da interação entre os profissionais de saúde e as famílias, ajudando dessa forma as famílias nas mudanças positivas, originando comportamentos de ajuda e dessa forma, aumentar o processo do *empowerment* (OE, 2015).

Consta nas Competências Específicas do EEESIP, que todos os cuidados prestados à criança devem ser encarados sempre em contexto do binômio criança-família, construindo com ambas as partes uma parceria de cuidar para a promoção da saúde, providenciando a otimização da parentalidade (Diário da República, 2018) e dessa forma contribuir para a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil. Durante a hospitalização, é muito importante para a criança, que os pais continuem a tratar dela (OE, 2015). Baseado neste princípio, podem-se considerar os cuidados centrados na família, como a evolução do conceito, cuidados centrados na pessoa, para a expansão do conceito atual, na qual, a família está integrada em todos os níveis de prestação de cuidados.

Kuo et al. (2011), referem que existem vários conceitos e princípios, que estão interligados nos CCF, como por exemplo a parceria e a participação dos pais, considerando a família como especialista na prestação de cuidados à criança. Tais princípios incluem a partilha de informação, a importância do respeito pelas diferenças, culturas e etnias, a negociação dos resultados esperados pelos profissionais de saúde que devem ser flexíveis e não absolutos.

Estabelecer uma parceria e colaboração entre os profissionais de saúde e as famílias é fulcral neste relacionamento. No entanto, verifica-se que o trabalho em parceria se encontra muitas das vezes no pensamento do enfermeiro, contudo, verificam-se na prática lacunas no desenvolvimento da parceria eficaz com os pais. A parceria está idealizada e estabelecida nos pensamentos, mas não na prática clínica (Mendes & Martins, 2012).

Existem poucas definições sobre os CCF, embora se encontrem várias descrições na literatura científica, verifica-se frequentemente dificuldade na sua plena implementação nos serviços de saúde, por falta de condições necessárias (Shields, 2015). Entre as barreiras e dificuldades observadas para pôr em prática o ideal dos CCF, são referidos por Kuo et al. (2011), a visão do conceito de cuidados centrados na família e as ações específicas de ambos os parceiros, podem estar desencontradas. Esta ausência de sintonia, pode originar discórdias ou até conflitos, maioritariamente por falhas e tensões na comunicação. A família pode ter expetativas diferentes, divergindo das projetadas pelos profissionais. A família pode desejar participar na tomada de decisão, mesmo não sentindo necessariamente a vontade, em aumentar a sua responsabilidade e autonomia. Por outro lado, os pais podem manifestar o desejo da valorização dos seus conhecimentos e de sentirem o reconhecimento do seu papel como verdadeiros parceiros nos cuidados (OE, 2015).

Outra barreira está relacionada à própria estrutura física do serviço e das suas condições, como é referido por Shields (2015), relatando como um dos exemplos as condições para os pais ou cuidadores acompanhantes da criança internada, dormirem no hospital. A não existência de camas para dormir, havendo apenas cadeirões, torna-se extremamente desconfortável, principalmente, em internamentos de vários dias ou até semanas. Este desconforto leva à falta de descanso, que por sua vez compromete a plena função física e mental do acompanhante da criança, diminuindo as capacidades gerais para poder cuidar em plenitude do seu filho, nesta fase tão vulnerável.

O acompanhamento familiar da criança hospitalizada é previsto na legislação portuguesa com idade pediátrica, pela Lei nº 106/2009 de setembro, tendo sido efetuada e sua adaptação, quando ocorreu o alargamento da idade pediátrica para os 18 anos (OE, 2015). Já em 1988 foi preparada por algumas associações oriundas da Europa, a Carta da Criança Hospitalizada, resumindo e reafirmando os direitos das crianças hospitalizadas, referindo, igualmente, a importância do acompanhamento familiar da criança e jovem, independentemente da sua idade e estado de saúde, durante o dia e a noite.

A participação ativa da família nos cuidados à criança é a base para criar uma relação entre a criança, a família e os profissionais de saúde, gerando assim as condições favorecedoras da parceria, entre os atores, assim como a sua cooperação conjunta, criando o ambiente para uma negociação aberta e de parceria de igual. A hospitalização da criança, suscita frequentemente uma crise emocional e de identidade parental, confundindo os pais no seu desempenho de funções, não sabendo por vezes o que podem fazer, ou não fazer (OE, 2015).

A competência de saber comunicar, seja pela forma verbal e não verbal, cria uma real relação de parceria entre profissionais de saúde e a criança, juntamente com a sua família. Construir uma ligação de confiança mútua, através da comunicação, são um pilar indispensável para o êxito da implementação dos CCF, para que a família possa de forma segura participar nos cuidados e nas tomadas de decisão (Cruz & Angelo, 2011). Esta negociação implica a possibilidade de discutir, chegando a acordos, envolvendo interação entre os envolvidos, consensos e decisões, tornando-se um fundamento importante no ajustamento psicológico e social durante a hospitalização (OE, 2015). Constata-se na Carta da Criança Hospitalizada (1988), a importância da equipe de saúde receber formação apropriada para poder responder

às necessidades psicológicas e emocionais da criança e sua família. Saber ouvir e praticar a escuta ativa são ferramentas imprescindíveis.

Para colmatar as dificuldades mais comuns, Shields (2015), refere a necessidade de um maior investimento na educação de toda a equipe multidisciplinar dos diversos serviços, desde as auxiliares de ação médica, enfermeiros e médicos, e técnicos de outras especialidades, não esquecendo as empregadas de limpeza, que passam pelos quartos, interagindo e comunicando com as crianças e suas famílias. Até mesmo as crianças e famílias devem receber ensinamentos e informações sobre as diversas formas de poderem colaborar com a equipe de saúde. Essas informações sobre os direitos e deveres da criança ou jovem e família ou acompanhante, podem ser transmitidos através de folhetos, revistas hospitalares, social media, websites, entre outros.

Contudo, Shields (2015) relembra mais uma questão, que nos leva ao cerne da temática, que é, a necessidade da própria família ser cuidada assim como cada um dos seus elementos. A família não deve ser vista apenas como o acompanhante e o prestador de cuidados da criança. A própria família necessita de apoio e conforto. O atendimento individualizado atendendo às necessidades sentidas de cada elo da família, dando voz a cada elemento, tecendo dessa forma, as condições para que possam ser tomadas as decisões em conjunto, como os modelos referidos, o sugerem. Em muitos estudos efetuados, verifica-se, que estes modelos servem de base da idealização na clínica prática em pediatria, no entanto existem inúmeras lacunas para a implementação integral desta prática assistencial (Cruz & Angelo, 2011).

Cabe ao EEESIP avaliar a capacidade dos pais em lidar com este acontecimento encarado de forma negativa, ou seja, avaliar, a adaptação à nova situação (OE, 2015), nomeadamente, à doença que levou ao internamento e à própria hospitalização. Durante a estadia hospitalar os pais querem e devem continuar a ser pais, e desempenharem o seu papel parental acompanhando o desenvolvimento do filho, e cabe aos enfermeiros, integrados numa equipa interdisciplinar, serem os impulsionadores deste processo, proporcionando orientação e informação, aumentando dessa forma a autoconfiança dos pais, facilitando a sua gestão emocional facilitando organização familiar, em função do internamento (OE, 2015).

Avaliar a família e responder às suas necessidades individuais e no seu complexo, em qualquer contexto de transição na vida, adaptação e mudança na saúde e dinâmica familiar, é um dever nos cuidados de enfermagem. Segundo Paulo et al.

(2010), os pais realçam a importância do afeto na prestação de cuidados por parte dos enfermeiros, para que sintam que os seus filhos estão a ser bem cuidados, tal como eles próprios, se sentem cuidados. O afeto transmite segurança aos pais, por os enfermeiros ajudarem os pais no seu papel parental, em assegurarem alguns aspetos relacionadas com as necessidades afetivas da criança.

A comunicação e a escuta ativa constituem a base para estabelecer elos de ligação e parceria com as famílias, facilitando a sua participação nos cuidados e de igual modo, nas tomadas de decisão, devendo para tal, a informação dada pelo profissional, ser oportuna e completa (Cruz & Angelo, 2011), possibilitando a todos dar a sua opinião e em conjunto planear os cuidados a serem prestados. Ouvir a família, e a criança ou jovem, antes de planear os cuidados e antes de informar e ensinar, dá oportunidade de conhecer a família. A Ordem dos Enfermeiros recomenda como pré-requisito, no seu *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (2015), conhecer a família, considerando as três dimensões propostas pelo Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, que avalia a estrutura, o desenvolvimento e funcionamento da família. Isso possibilita identificar a composição e agregado familiar, percebendo quem faz parte da família da criança ou jovem, avaliando a intensidade da relação entre os vários membros e quem tem maior relação com ela, assim como elaborar o genograma familiar.

Para alcançar e implementar este modelo, é necessário estruturar e definir mudanças nos serviços, objetivando a capacitação da família para favorecer o seu envolvimento no processo do planeamento dos cuidados de saúde. Para que isso possa acontecer, é indispensável investir no relacionamento entre a família e os profissionais de saúde. É incontornável haver uma mudança da ótica dos serviços de saúde e das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, para derrubar, dessa forma, o conflito entre a visão de CCF e o modelo assistencial vigente centrado no profissional. Assim, Cruz & Angelo (2011), recomendam ser mais vantajoso e benéfico, haver mais do que uma simples mudança comportamental da equipe, mas de igual modo, dar ênfase à importância da colaboração, que aceite e reconheça o envolvimento da família nos cuidados prestados à criança. Para tal, é incontornável, conhecer o contexto familiar para poder prestar cuidados centrados à família, envolvendo a parceria entre o profissional de saúde e a família (Arango, 2011). Cada família é única, e é assim que deve ser cuidada.

Para além de informar os pais sobre os tratamentos e cuidados a realizar, a sua abordagem deve ser sempre com o máximo de respeito pela confidencialidade,

suscitando várias questões sobre a parentalidade, salvaguardando-as em cada contexto (OE, 2015).

Os CCF podem contribuir positivamente no *empowerment* da criança e da sua família, melhorando a sua autogestão (Kuo et al., 2011), levando a uma maior satisfação dos cuidados recebidos e um aumento no bem-estar de todos os membros da família (Arango, 2011).

Compete ao EEESIP intervir na manutenção do bem-estar da família ao mais alto nível (Mendes & Martins, 2012), investindo competência técnica nos cuidados prestados, sem nunca esquecer em qualquer dos cuidados prestados, seja em que contexto que for, a essência da enfermagem - cuidar com a visão holística. Responder a cada criança, olhando-a sempre como um ser único, no conjunto do seu complexo ser, formado por um todo na sua inter-relação do corpo, espírito e mente, para a promoção do bem-estar físico e psicológico, jamais, em qualquer momento, esquecer a família.

A enfermagem é uma área que está em constante evolução e desenvolvimento e é fundamental acompanhar este processo de forma consciente. A pesquisa da melhor evidência científica, possibilitando dar continuidade à nossa própria aprendizagem para alcançar novos conhecimentos e melhorar a nossa prática clínica, são fundamentais para crescermos na enfermagem. Objetivando este crescimento é necessário parar, refletir e analisar a nossa prática clínica de forma crítica, sendo autocríticos, sinceros e humildes sobre a nossa própria prestação de cuidados levando-nos à conclusão do que efetivamente já somos capazes de praticar, assim como avaliar os aspetos que necessitam ainda de mais atenção e reflexão da nossa parte. A Enfermagem é um processo de aprendizagem contínua, desde que começamos a licenciatura até sempre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, P. (2011). Family-Centered Care. *Academic Pediatrics*. 11 (2), 97-99.
- Cruz, A., & Angelo, M. (2011). Cuidado Centrado na Família em Pediatria: Redefinindo os Relacionamentos. *Ciências Cuidado e Saúde*, 10 (4), 861-865.
- Duarte, E. L., & Zordan, E. P. (2016). Nascimento do primeiro filho: transição para a parentalidade e satisfação conjugal. *Revista Perspectiva*, 40 (152), 65-76.
- Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa:IAC.
- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170.
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2011). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and child health journal*, 16 (2), 297-305.
- Martins, C. A., Abreu, W. J. C. P., & Figueiredo, M. C. A. B. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (2), 121-131.
- Martins, C. A., Abreu, W. J. C. P., & Figueiredo, M. C. A. B. (2017). *Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem*. Atas da CIAIQ do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, sobre Investigação Qualitativa. Espanha: Universidade de Salamanca.
- Meleis, A.I. (2010). *Transition Theory. Middle-Range and Situation-Specific. Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática*, 1(8). Lisboa:OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa:OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018*. Lisboa: OE.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). O Lugar do Afeto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico.

Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 70-81.

Shields, L. (2015). What is family-centered care? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3 (2), 139-144.

Shields, L., & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 35 (1), 50-58. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01821.x

Zornig, S.M.A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2), 453-470.

**Apêndice XXII – Póster para o serviço de Urgência Pediátrica:
Febre...Não é uma doença**

FEBRE

...NÃO É UMA DOENÇA

A febre ajuda a combater as infecções.

Quando se trata de uma situação mais grave, existem sempre outros sintomas.



Se a criança está com febre deve:

- oferecer água ou leite
- adequar a roupa à sensação de frio ou calor

Medique a febre apenas quando mede:

- **Retal = ou $> 38^{\circ}\text{C}$** (método mais rigoroso)
- **Axilar = ou $> 37.6^{\circ}\text{C}$**
- **Timpânica = ou $> 37.8^{\circ}\text{C}$** (a partir dos 3 anos de idade)
- **Oral = ou $> 37.6^{\circ}\text{C}$** (só a partir dos 5 anos de idade)

FONTE: DGS(2018)* - PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA
REALIZADO POR: RAQUEL EVORA ANDRADE ALVES - ALUNA DO 10º CMEESP - ESEL;
ORIENTADORA DE CURSO: PROFESSORA DOUTORA PAULA DIOGO;
ORIENTADORA DE SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA: ENFª MARTA PEREIRA
JANEIRO 2020

Apêndice XXIII – Folheto para a Urgência Pediátrica:

Febre...Não é uma doença

Sinais de alarme

- Sonolência excessiva
- Incapacidade em adormecer
- Aparência de sofrimento
- Irritabilidade e/ou gemido contínuo
- Choro inconsolável
- Dor
- Aparecimento de manchas no corpo nas primeiras 24-48h de febre
- Cansaço, respiração rápida
- Vômitos repetidos nos intervalos das refeições
- Recusa alimentar mais de 12h
- Sede acentuada
- Tremores intensos durante a subida da temperatura
- Labios/unhas roxas
- Dor ou dificuldade em mexer um membro do corpo
- Alteração na marcha
- Alterações na urina (turva, e/ou mau cheiro)
- Febre durante mais de 5 dias completos

Na presença de um ou mais destes sintomas, deve procurar um serviço de saúde.

Medique a febre apenas quando mede:

Retal = ou > 38°C
método mais rigoroso

Axilar = ou > 37,6°C
método prático mas não tão fiável

Timpânica = ou > 37,8°C
método de medir no ouvido, só a partir dos 3 anos de idade

Oral = ou > 37,6°C
método utilizado apenas a partir dos 5 anos de idade

Como dar o medicamento em caso de febre:

- Utilizar de preferência o paracetamol respeitando sempre a dosagem prescrita pelo médico ou de acordo com a dosagem recomendada no folheto.
- O intervalo entre 2 tomas seguidas, não deve ser inferior a 4 horas.
- Não deve dar o ibuprofeno em caso de alergia, em bebés com menos de 6 meses de vida, assim como no caso de varicela e casos de diarreia e vômitos moderados ou graves.
- O antipirético deve considerar-se eficaz, se baixar a temperatura de 1,0° a 1,5°C no espaço de 2 a 3 horas.
- O antipirético deve aliviar o desconforto da criança. A temperatura acaba por geralmente baixar de forma natural, passado algumas horas, voltando a subir, até passar a doença.

TOME NOTA

- A febre é um sintoma e não uma doença, sendo uma das defesas do organismo para combater infeções.
- Os medicamentos contra a febre (antipiréticos), não encurtam a duração da febre.
- Na fase da subida da temperatura não se aconselham medidas de arrefecimento tais como: banhos, compressas frias e húmidas, álcool. Estas medidas não ajudam a controlar a doença, nem contribuem para o bem-estar da criança.
- É muito importante estar atento aos "sinais de alerta", ao estado geral da criança e aos bebés com menos de 3 meses de vida.
- Se a criança apresenta algum dos "sinais de alerta", deve recorrer aos cuidados de saúde, independentemente do número de dias de febre.
- As viroses são os principais causadores de febre, podendo a febre persistir, em média até 4 dias.

SE TIVER DÚVIDAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO, LIGUE PARA O CENTRO DE CONTACTO

SNS24
808 24 24 24

FEBRE...

...NÃO É UMA DOENÇA

FONTE: DGE (2018) - PROCESSO ASSISTENCIAL
INTEGRADO DE FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM INFÂNCIA
DEBILITADA
REALIZADO POR: RAQUEL VORA ANDRADE ALVES
SUSANADO QUEMEXTER-PTSL
MIRIAM QUEMEXTER-PTSL
DOUTORAPULADIDGO
ORIENTADO PELA SUPERVISORA DE ENFERMAGEM
TRICKENHART APERTURA
JANUÁRIO 2020

Apêndice XXIV – Guia para prática da Promoção da Saúde em contexto da Urgência Pediátrica



Guia para a prática da Promoção da Saúde em contexto da Urgência Pediátrica

Realizado por: Raquel Évora Andrade Alves – Aluna do 10.º CMEFESIP – ESEL; Orientadora de Curso: Professora Doutora Paula Diogo; Orientadora de serviço: Enfa Marta Pereira
Serviço de Urgência Pediátrica – Hospital Santa Maria
Fevereiro 2020

Introdução

Segundo Silva, Cestari, Maia, Oliveira & Barbosa (2013), o enfermeiro é o profissional que vivencia de forma mais próxima as situações, podendo aproveitar as oportunidades e desenvolver estratégias de promoção da saúde, sendo um educador em saúde. Vários autores destacam a importância da educação em saúde, como uma ação primordial do enfermeiro no cuidado à criança, ao jovem e à família. Salientam o benefício de associar ao cuidar, a educação para a saúde, possibilitando desta forma a mudança e a diversificação dos conhecimentos, facilitando a construção e adaptação às necessidades de cada um (Silva et al., 2013), e a cada situação individualmente.

A História da Promoção da Saúde

1978

- Conferência Internacional de Alma-Ata – declaração que contempla a necessidade urgente de promover a saúde de todos os povos a nível mundial, considerando os Cuidados de Saúde Primários como alicerce para alcançar essa meta (OMS, 1978).

1986

- Carta de Ottawa – Descreve a importância da melhoria da informação, englobando a educação para a saúde, na capacitação das competências das pessoas para a sua aprendizagem, que ocorre durante toda a vida (OMS, 1986)

1997

- Proporcionar o acesso à educação e informação, são fulcrais para alcançar uma participação adequada (OMS, 1997).

2011

- Em Portugal as experiências de participação no âmbito dos serviços de saúde ainda se encontram em fase principiante, comparativamente com outros países (Seraponi & Sesma, 2011).

2011

- O **hospital** não pode apenas ser visto meramente como um espaço direcionado à cura, dedicado ao tratamento, distanciado da abordagem e implementação efetiva da **Promoção da Saúde** (Silva, Pinheiro, Souza & Moreira, 2011).

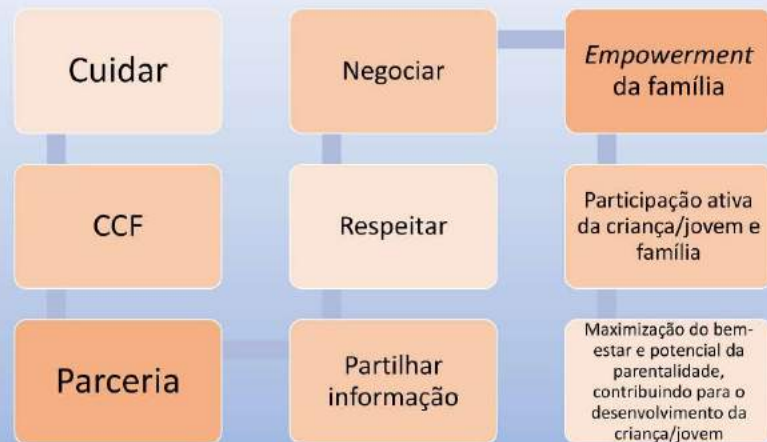
2019

- Prioridade é perspetivar a prevenção da doença e a promoção da saúde, ao contrário do paradigma convencional, focado essencialmente na cura e tratamento da doença (DGS, 2019)..

Os **profissionais de saúde são os elementos chave** para incrementar a literacia em saúde, e constituem o pilar para promover a saúde nos vários contextos de serviços de saúde e estádios do ciclo de vida.

A **Literacia em Saúde** é fulcral para a **Promoção da Saúde**, havendo necessidade da disseminação de conhecimento, permitindo melhores escolhas de saúde e seus serviços (DGS, 2019).

Acolher a criança e a família em contexto pediátrico

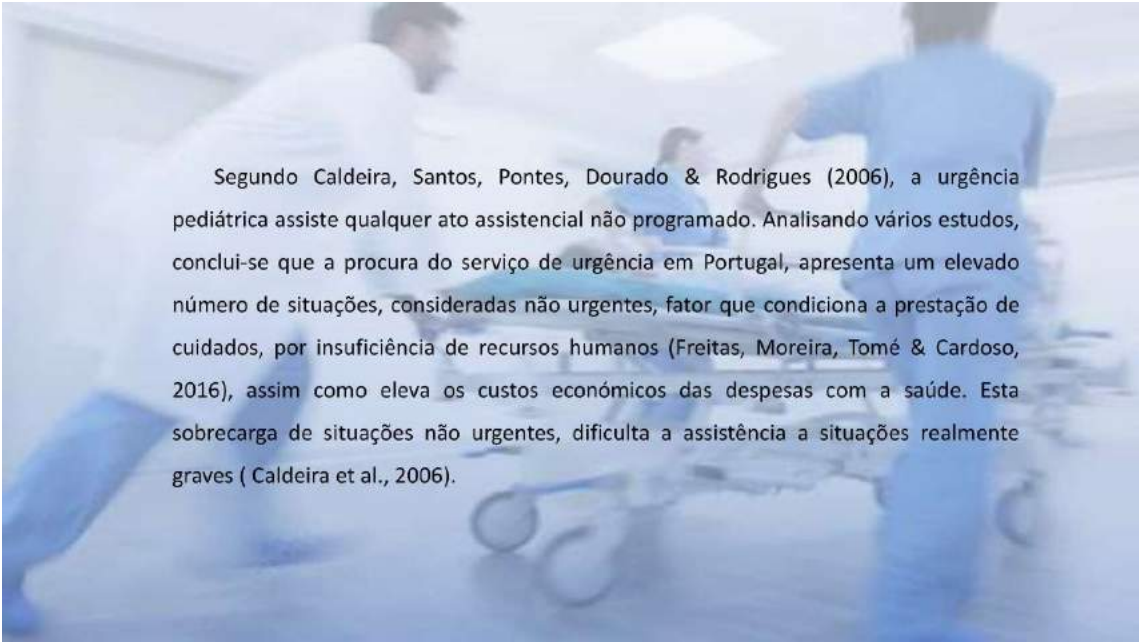


Filosofia dos cuidados pediátricos

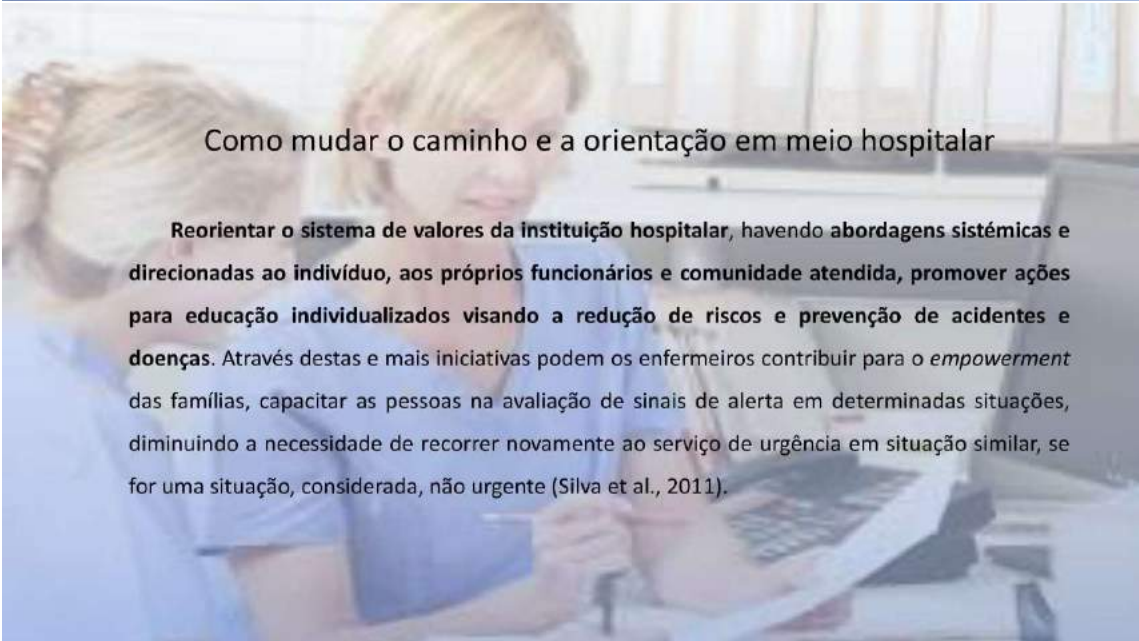


Durante a hospitalização, é muito importante para a criança, que os pais continuem a tratar dela (OE, 2015).

O ambiente hospitalar é considerado por muitos como sendo um local frio e técnico, podendo-se quebrar este estigma, através de ações de formações, tornando este espaço mais humanizado e transformador, servindo até para favorecer a própria mudança e visão de concepções, enraizadas por muitos anos. Este contributo pode ampliar os saberes e fazeres, ampliando as alternativas de qualidade de vida individual e da população. Por conseguinte, é expetável, a extrema necessidade de implementar esta estratégia em meio hospitalar (Silva et al., 2013).



Segundo Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues (2006), a urgência pediátrica assiste qualquer ato assistencial não programado. Analisando vários estudos, conclui-se que a procura do serviço de urgência em Portugal, apresenta um elevado número de situações, consideradas não urgentes, fator que condiciona a prestação de cuidados, por insuficiência de recursos humanos (Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016), assim como eleva os custos económicos das despesas com a saúde. Esta sobrecarga de situações não urgentes, dificulta a assistência a situações realmente graves (Caldeira et al., 2006).



Como mudar o caminho e a orientação em meio hospitalar

Reorientar o sistema de valores da instituição hospitalar, havendo abordagens sistémicas e direcionadas ao indivíduo, aos próprios funcionários e comunidade atendida, promover ações para educação individualizados visando a redução de riscos e prevenção de acidentes e doenças. Através destas e mais iniciativas podem os enfermeiros contribuir para o *empowerment* das famílias, capacitar as pessoas na avaliação de sinais de alerta em determinadas situações, diminuindo a necessidade de recorrer novamente ao serviço de urgência em situação similar, se for uma situação, considerada, não urgente (Silva et al., 2011).

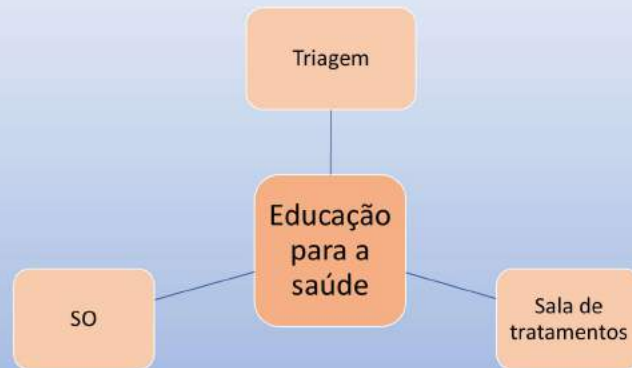


A **Direção Geral de Saúde (2019)**, desenvolveu o **Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde**, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de interação com as pessoas, contribuindo desta forma para a melhoria dos níveis de literacia em saúde. Através deste plano, pretende-se que a população adquira maior autonomia e consciência para adquirirem um nível de reflexão crítica nas suas escolhas e tomadas de decisão. Isto permite, otimizar a utilização das competências individuais de forma que a pessoa compreenda, assimile e aplique a informação e serviços disponíveis. Considera-se o termo “Literacia em Saúde” e o seu desenvolvimento, um alicerce e da responsabilidade dos profissionais de saúde na educação para a saúde, em todos os contextos.

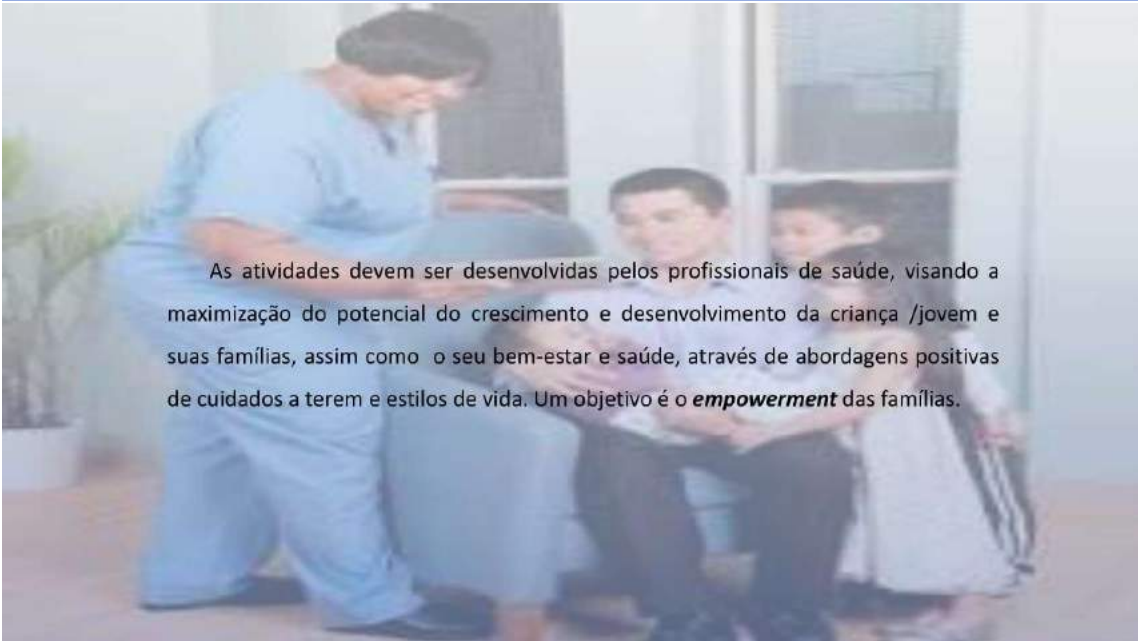
Para elaboração de cartazes e material informativo escrito a DGS (2019) recomenda:

- Utilizar linguagem acessível
- Evitar o uso de jargões e acrónimos
- Colocar frases e parágrafos curtos
- Utilizar espaçamento adequado, evitando texto corrido e extenso
- Utilizar recursos visuais para facilitar a leitura das principais mensagens
- Privilegiar as informações mais relevantes
- Escrita e leitura simplificada para acesso a toda a população.

Educação para a Saúde nas diferentes valências do serviço de urgência Pediátrica



As atividades devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, visando a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento da criança /jovem e suas famílias, assim como o seu bem-estar e saúde, através de abordagens positivas de cuidados a terem e estilos de vida. Um objetivo é o **empowerment** das famílias.



Referências Bibliográficas

- Caldéira, T., Santos, G., Pontes, E., Donado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 11(37),1-4.
- Cruz, A.C. & Angelo, M. (2011). Crianças Centrados na Família em Pediatria: Redefinindo os Relacionamentos. *Ciências Cuidado e Saúde*, 10(4), 861-865.
- Diário da República (2018), 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018. Regulamento nº422/2018, *Ordem dos Enfermeiros*, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*, Direção-Geral da Saúde.
- Ferreira, A.C., Moreira, A.R., Tomé, S. & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136-140.
- Mezides, R., Figueiredo, J.C.A. & Sacardo, D.P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, V40, n.108, p.190-203.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parentia nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática. Série1 a 8.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1997). *The World Health Report 1997. Conquering Suffering, Enriching Humanity. Report of the Director-General*, Geneva.
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679-680.
- Serpioni, M. & Nehm, D. (2012). A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. SOCIOLOGIA ONLINE*, 2, abril.
- Shields, L. (2015). What is family-centred care? *European Journal for Person Centred Healthcare*, 3 (2), 139-144.
- Shields, L. & Mohay, H. (2001). *John Bentley and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital*. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 50-58. doi:10.1046/j.1265-2648.2001.01821.x
- Silva, A.N.S., Cestari, V.R.F., Maia, G.A., Oliveira, M.C.S. & Barbosa, I.V. (2013). Evidências das Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde em ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Cidade de Natal, Brasil.
- Silva, M.A.M., Pinheiro, A.K.B., Souza, A.M.A. & Moreira, A.C.A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 596-599.
- Fonte de imagens : APP Image Downloader

Apêndice XXV – Documento: Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica

10.º Curso de Mestrado de Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria

Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica



Raquel Évora Andrade Alves

n.º 8895

Lisboa

Fevereiro 2020

Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional de Alma-Ata, na qual foi criada uma declaração que contempla a necessidade urgente de promover a saúde de todos os povos, a nível mundial, considerando os Cuidados de Saúde Primários como alicerce para alcançar essa meta. Através da intervenção efetiva da população, ao determinar prioridades, tomar decisões, assim como planejar e implementar estratégias com o objetivo de obter melhor saúde, será a intenção do desenvolvimento de uma promoção evolutiva para a saúde. A participação individual e coletiva, no planeamento e na sua execução, deve ser vista como um direito e um dever (OMS, 1978). Esta ideia é reforçada na Carta de Ottawa, resultante da primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, que descreve a importância da melhoria da informação, englobando a educação para a saúde, na capacitação das competências das pessoas para a sua aprendizagem, que ocorre durante toda a vida (OMS, 1986). Proporcionar o acesso à educação e informação, são fulcrais para alcançar uma participação adequada (OMS, 1997). Esta dimensão da participação remete à possibilidade da escolha, neste caso, à tomada de decisão (Mendes, Fernández & Sacardo, 2016). A retórica política dos direitos individuais e coletivos não tem tido o acompanhamento adequada nas implementações de práticas efetivas. Em Portugal as experiências de participação no âmbito dos serviços de saúde, ainda se encontram em fase principiante, comparativamente com outros países, tais como o Reino Unido, Canada ou nos Países Escandinavos face à sua implementação efetiva (Serapioni & Sesma, 2011).

Os cuidados de Saúde Primários constituem um lugar privilegiado alicerçando a educação em saúde para fomentar a promoção da saúde, constituindo o hospital historicamente um espaço dedicado ao tratamento e cura da doença, distanciando-se da abordagem e implementação efetiva da promoção da saúde. Qualquer espaço onde a criança ou o jovem se possam encontrar, seja nos cuidados de saúde primários, hospitais, cuidados continuados, escola e comunidade tem de ser considerado como um espaço para aproveitar a oportunidade em que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), colabora em parceria com os vários contextos, assim como os outros profissionais de saúde nas equipas multidisciplinares. Esta articulação permite ter uma visão ampla do mundo envolvente da criança, viabilizando uma avaliação e intervenção para a promoção da saúde nos vários contextos. A prestação de cuidados contempla a criança saudável e doente,

proporcionando educação para a saúde, atendendo às necessidades e contextos individuais de cada situação e a mobilização de recursos que forneçam suporte à família, quando necessário, contribuindo para o seu desenvolvimento adequado.

Estabelecer elos e parceria com as famílias, facilitando a sua participação nos cuidados e de igual modo, nas tomadas de decisão, através da comunicação e a escuta ativa constituem a base para a transmissão da informação dada pelo profissional, de forma oportuna e completa (Cruz & Angelo, 2011). Esta partilha possibilita a todos dar a sua opinião e em conjunto planear os cuidados a serem prestados. Ouvir os pais ou cuidadores, e a criança ou jovem, antes de planear os cuidados e antes de informar e ensinar, dá oportunidade de conhecer a família.

Segundo Silva, Cestari, Maia, Oliveira & Barbosa (2013), o enfermeiro é o profissional que vivencia de forma mais próxima as situações do estado de saúde das crianças e famílias, podendo aproveitar as oportunidades e desenvolver estratégias de promoção da saúde, sendo um educador em saúde. Vários autores destacam a importância da educação em saúde, como uma ação primordial do EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e à família. Salientam o benefício de associar ao cuidar, a educação para a saúde, possibilitando desta forma a mudança e a diversificação dos conhecimentos, facilitando a construção e adaptação às necessidades de cada um (Silva et al., 2013), e a cada situação, individualmente.

O conceito promoção da saúde traz como princípios orientadores, um conjunto de princípios éticos, tais como: a vida, a equidade, a solidariedade e a cidadania, para além da importância de estabelecer parcerias por meio de cooperação (Silva, et al., 2013). Para além de informar os pais sobre os tratamentos e cuidados a realizar, a sua abordagem deve ser sempre com o máximo de respeito pela confidencialidade, suscitando várias questões sobre a parentalidade, salvaguardando-as em cada contexto (OE, 2015).

Compete ao EEESIP intervir na manutenção do bem-estar da família ao mais alto nível (Mendes & Martins, 2012), investindo competência técnica nos cuidados prestados, sem nunca esquecer em qualquer dos cuidados prestados, seja em que contexto que for, a essência da enfermagem - cuidar com a visão holística. Responder a cada criança, olhando-a sempre como um ser único, no conjunto do seu complexo ser, formado por um todo na sua inter-relação do corpo, espírito e mente, para a

promoção do bem-estar físico e psicológico, jamais, em qualquer momento, esquecer a família.

Entre os vários modelos de enfermagem, destacam-se o modelo de Parceria nos Cuidados de Anne Casey, que identifica claramente o contributo significativo dos pais e o modelo de Cuidados Centrados na Família (Shields & Mohay, 2001), conduzindo a visão centrada na doença, para uma visão centrada na criança e sua família (Cruz & Angelo, 2011). Estas duas orientações para a prática de enfermagem, fazem parte da filosofia dos cuidados pediátricos, que constitui a base da interação entre os profissionais de saúde e as famílias, ajudando as famílias nas mudanças positivas, originando comportamentos de ajuda e dessa forma, aumentar o processo do *empowerment* (OE, 2015).

Baseado nestes princípios, consta, nas Competências Específicas do EEESIP, que todos os cuidados prestados à criança devem ser encarados sempre em contexto do binómio criança-família, construindo com ambas as partes uma parceria de cuidar para a promoção da saúde, providenciando a otimização da parentalidade (OE, 2018) e dessa forma contribuir para a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil. Durante a hospitalização, é muito importante para a criança, que os pais continuem a tratar dela (OE, 2015).

Segundo Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues (2006), a urgência pediátrica assiste qualquer ato assistencial não programado. Analisando vários estudos, conclui-se que a procura do serviço de urgência em Portugal, apresenta um elevado número de situações, consideradas não urgentes, fator que condiciona a prestação de cuidados, por insuficiência de recursos humanos (Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016), assim como eleva os custos económicos das despesas com a saúde. Esta sobrecarga de situações não urgentes, dificulta a assistência a situações realmente graves (Caldeira et al., 2006).

Segundo os autores Freitas et al., (2016) as situações de atendimento mais frequentes nos serviços de urgência pediátrica são nasofaringite, gastroenterite de origem presumível infecciosa, amigdalite aguda, náuseas e vômitos, assim como a febre sem foco (Caldeira et al., 2006). Isto demonstra claramente, falta de esclarecimento e literacia na maioria da população. Os mesmos autores defendem que, a prática de educação para a saúde, poderá contribuir para a redução das idas não urgentes ao SU hospitalar.

As formas de referenciação hospitalar, tais como o recurso do médico de família e o SNS24, ainda constituem um baixo nível de procura, sobrepondo-se a procura direta aos serviços de urgência (Freitas et al., 2016). Esta sobre utilização dos SU pediátricos, deve-se a fatores sociais, culturais e do próprio sistema de saúde, considerando-se a baixa literacia em saúde um fator, desencadeante à utilização indevida a este tipo de serviços de saúde (Rodrigues, 2018). A sensibilização da população constitui um alicerce importante, através da educação para a saúde, em forma de campanhas e ensinamentos em todos os setores de serviços de saúde (Caldeira et al., 2006). O elemento chave para a educação para a saúde, é o desenvolvimento de informação adaptada aos níveis sociais e culturais e individuais, desmontando crenças erradas, transmissão de informação beneficiando a mudança de atitude e comportamentos, através de disponibilizar instruções claras, motivadoras e promotoras da autoconfiança (Rodrigues, 2018).

Existem vários estudos que revelam, que na maioria dos serviços hospitalares, os profissionais de saúde, acreditam, não dispenderem de tempo suficiente, nem terem condições para desempenharem atividades que promovam a saúde. Isto significa que deve haver mais investimento na educação dos profissionais de saúde, preparando-os para uma adoção de novos desafios, elaborando estratégias visando promover a saúde, para além de tratamento e cura de uma determinada enfermidade, sendo importante que o próprio profissional acredite na efetividade e que entenda a transversalidade da presença da promoção da saúde nos vários setores de saúde (Silva et al., 2011).

As estratégias básicas para a promoção da saúde, são apoiadas por cinco áreas prioritárias, nomeadamente: formar uma política pública saudável, gerar ambientes promotores de saúde, encorajar a ação comunitária para a promoção da saúde, desenvolver capacidades pessoais e reorientar os serviços de saúde (DGS, 2019). O ambiente hospitalar é considerado por muitos como sendo um local frio e técnico, podendo-se quebrar este estigma, através de ações de formações, tornando este espaço mais humanizado e transformador, servindo até para favorecer a própria mudança e visão de conceções, enraizadas por muitos anos. Este contributo pode ampliar os saberes e fazeres, ampliando as alternativas de qualidade de vida individual e da população. Por conseguinte, é expetável, a extrema necessidade de implementar esta estratégia em meio hospitalar (Silva et al., 2013).

A Direção Geral de Saúde (2019), desenvolveu o *Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde*, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolverem estratégias de interação com as pessoas, contribuindo desta forma para a melhoria dos níveis de literacia em saúde. Através deste plano, pretende-se que a população adquira maior autonomia e consciência para adquirirem um nível de reflexão crítica nas suas escolhas e tomadas de decisão. Isto permite, otimizar a utilização das competências individuais de forma que a pessoa compreenda, assimile e aplique a informação e serviços disponíveis. Considera-se o termo “Literacia em Saúde” e o seu desenvolvimento, um alicerce fundamental, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos.

O aumento da compreensão dos cuidadores e acompanhantes das crianças, que recorrem ao serviço de urgência pediátrica, pode reduzir de forma significativa, a utilização indevida aos serviços de urgência. A perceção dos sintomas e ou doença, por parte dos cuidadores, deve ser foco da intervenção de educação para a saúde, explicando e formando em meio hospital sobre a situação clínica, para contribuir dessa forma para um maior conhecimento dos pais, capacitando-os, de forma a avaliarem a situação de forma diferente numa próxima situação.

Segundo Silva et al., (2011), é fundamental que haja mudança de crenças e filosofias nos cuidados hospitalares, transcendendo o mero desenvolvimento de estratégias ou o uso tecnológico nos cuidados, abrangendo uma visão do mundo das pessoas que fazem parte deste processo. Existem várias formas de poder investir na educação para a saúde em contexto de SU pediátrico, assim como noutros contextos hospitalares. **Reorientar o sistema de valores da instituição hospitalar, havendo abordagens sistémicas e direcionadas ao indivíduo, aos próprios funcionários e comunidade atendida, promover ações para educação individualizados visando a redução de riscos e prevenção de acidentes e doenças.** Através destas e mais iniciativas podem os enfermeiros contribuir para o *empowerment* das famílias, capacitar as pessoas na avaliação de sinais de alerta em determinadas situações, diminuindo a necessidade de recorrer novamente ao serviço de urgência em situação similar, se for uma situação, considerada, não urgente.

Para a elaboração de cartazes e material informativo escrito, a DGS (2019) recomenda:

- Utilizar linguagem acessível
- Evitar o uso de jargões e acrónimos
- Colocar frases e parágrafos curtos
- Utilizar espaçamento adequado, evitando texto corrido e extenso
- Utilizar recursos visuais para facilitar a leitura das principais mensagens
- Privilegiar as informações mais relevantes
- Escrita e leitura simplificada para acesso a toda a população.

As atividades que podem ser desenvolvidas em contexto hospitalar, neste caso no serviço de urgência pediátrica, durante a triagem, na sala dos tratamentos e nos casos de necessidade de internamento no SO, devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, visando a maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e suas famílias, assim como o seu bem-estar e saúde, através de abordagens positivas de cuidados a terem e estilos de vida saudáveis. Um objetivo é o *empowerment* das famílias. O hospital não pode apenas ser visto meramente como um espaço direcionado à cura, deve ser visto como um local que promove a saúde (Silva, Pinheiro, Souza & Moreira, 2011).

Referências Bibliográficas

- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37),1-4.
- Cruz, A.C., & Angelo, M. (2011). Cuidados Centrados na Família em Pediatria: Redefinindo os Relacionamentos. *Ciências Cuidado e Saúde*, 10(4), 861-865.
- Direcção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. DireLisboa: DGS.
- Freitas, A.C., Moreira, A.R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136-140.
- Mendes, R., Fernández, J.C.A., & Sacardo, D.P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 40(108), 190-203.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (6), 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia orientador de boa prática*. Série1(8).
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento nº422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República 2ª Série – nº133-12 de julho de 2018*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa. *1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (1997). Tee World Health Report 1997. *Conquering, Suffering, Enriching Humanity. Report of the Director-General*. Geneva.
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679-680.
- Serapioni, M. & Selma, D. (2012). A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados

preliminares de um estudo comparativo. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. SOCIOLOGIA ON LINE*, 2, abril.

Shields, L. & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 35 (1), 50-58. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01821.x

Silva, A.N.S., Cestari, V.R.F., Maia, G.A., Oliveira, M.C.S., & Barbosa, I.V. (2013). *Evidências das Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde em ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa*. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Cidade de Natal, Brasil.

Silva, M.A.M., Pinheiro, A.K.B., Souza, A.M.A., & Moreira, A.C.A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64(3), 596-599.