

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

**Capacitação da família para a utilização da urgência  
pediátrica: contributos do enfermeiro especialista**

**Ana Rita Revés Gomes**

**Lisboa**  
**2018**



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

**Capacitação da família para a utilização da urgência  
pediátrica: contributos do enfermeiro especialista**

**Ana Rita Revés Gomes**

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Barbosa de Soveral

**Lisboa**  
**2018**



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água  
no mar.*

*Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

## AGRADECIMENTOS

À minha família por todo o amor, apoio incondicional, por tudo o que me ensinou e cuidou de mim.

Aos amigos, a família escolhida pelo coração, que tanto me apoiaram e motivaram.

À professora doutora M. Soveral pela sua mestria, pela motivação, o companheirismo e todos os motivos de reflexão e aprendizagem.

Aos enfermeiros orientadores dos estágios que tanto me inspiraram e contribuíram para um percurso tão enriquecido.

Aos enfermeiros que foram mestres, fonte de admiração e motivação ao longo meu percurso profissional.

A todas as crianças e famílias com quem tive oportunidade de contactar ao longo do meu percurso profissional, que tanto me ensinaram e me inspiraram.

A todos: o meu muito obrigada!

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

% - Percentagem

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

Al. - E outros

APA - American Psychological Association

Art. - Artigo

CCF - Cuidados Centrados na Família

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT - Cuidados Não Traumáticos

CPTAS - Canadian Pediatric Triage Acuity Scale

CR - Constituição da República

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

ECMO - Extra Corporeal Membran and Oxygenation

EE - Enfermeiro Especialista

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

EESCJ - Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IM - Intramuscular

MPS - Modelo de Promoção da Saúde

N.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RN - Recém-nascido

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TIP - Transporte Interhospitalar Pediátrico

UCEN - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIPED - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF- United Nations Children's Fund

VD - Visitação Domiciliária

## RESUMO

A utilização excessiva e inadequada dos serviços de urgência pediátrica, nas últimas décadas, tem constituído uma fonte de preocupação para os profissionais de saúde, gestores, administradores hospitalares e governantes políticos. Na base desta preocupação estão diversos fatores, entre outros, o risco de comprometer a adequada assistência em situações graves face a uma sobrelotação, os escassos recursos humanos, os custos económicos acrescidos, a exposição a riscos epidemiológicos e, ainda, uma utilização inadequada face ao agir em função do superior interesse da criança (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006; Mixão, 2007; Rafael, 2013).

A equidade e o acesso aos cuidados de saúde são uns dos eixos estratégicos do atual Plano Nacional de Saúde (DGS, Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, 2015), o que reflete a pertinência e o cariz atual desta problemática. Assim, no âmbito do presente curso considerou-se como objetivo geral deste relatório dar visibilidade aos contributos do enfermeiro especialista na capacitação da família para a utilização adequada da urgência pediátrica.

A metodologia utilizada para desenvolver as competências exigidas ao EEESCJ foi a realização de estágio em diferentes contextos, recorrendo à prática reflexiva para análise das experiências vividas na prática de cuidados, suportada pela evidência científica e orientada por quadros de referência para a profissão como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os Cuidados Centrados na Família, os Cuidados Não Traumáticos e os documentos orientadores da especialidade. Para tal, entre outras atividades, foram apresentadas uma proposta de articulação de cuidados, uma proposta de visitação domiciliária e formação aos pares.

O presente relatório pretende assim refletir o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família com o intuito da maximização do seu potencial.

**Palavras-chave:** capacitação; família; enfermagem; urgência pediátrica.

## **ABSTRACT**

The excessive and inadequate use of the pediatric emergency services, during the last decades, has become a source of concern to the health professionals, managers, hospital administrators and political leaders. This issue's origin, may have been triggered by the risk of compromising the adequate assistance in severe situations, due to the overcrowding of the pediatric emergency services, insufficient human resources, increased economic costs, exposure to epidemiological risks and inadequate use of the health services regarding the children best interests (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006; Mixão, 2007; Rafael, 2013).

The equity and the access to the health services is one of the National Health Plan's strategical axes (DGS, Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, 2015), which reflects this paradigm's current relevance. Therefore, within this course's scope, it was considered that this report's main goal consists in giving visibility to the contributions of the specialist nurse, in terms of the family's capacitation concerning the adequate use of the pediatric emergency.

The methodology used to develop the referred skills, was achieved after attending the internship and experiencing its different contexts, using the reflexive process to analyse the experiences lived during the health care services practiced. This process was supported by the scientific evidence and guided by reference frameworks, for the profession such as the Nola Pender's Health Promotion Model, the Family Centered Care, the Non-Traumatic Care and the speciality guidance documents. To this end, among other activities, a proposal for articulation of care, a proposal for home visits and peer training were presented.

This report therefore aims to reflect the development of scientific, technical and human skills for the design, management, provision and supervision of specialized nursing care for children, young people and families in order to maximize their potential.

**Keywords:** training, family, nursing, pediatric emergency

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>1 - PROBLEMÁTICA .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>2.1 - Cuidados Centrados na Família.....</b>                                  | <b>19</b> |
| <b>2.2 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....</b>                    | <b>21</b> |
| <b>3 - ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO.....</b>                          | <b>25</b> |
| <b>3.1 - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais .....</b>                       | <b>25</b> |
| <b>3.2 - Cuidados de Saúde Primários .....</b>                                   | <b>31</b> |
| <b>3.3 - Serviço de Internamento de Pediatria .....</b>                          | <b>38</b> |
| <b>3.4 - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário .....</b>                           | <b>42</b> |
| <b>3.5 - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.....</b>                     | <b>46</b> |
| <b>3.6 - Serviço de Urgência Pediátrica.....</b>                                 | <b>51</b> |
| <b>4 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>                                       | <b>57</b> |
| <b>5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>  | <b>62</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>70</b> |
| Apêndice I - Cronograma de Estágio   |           |
| Apêndice II – Evidências Científicas   |           |
| Apêndice III – Protocolo da Scoping Review                                       |           |
| Apêndice IV – Folheto “Sinais de Alarme no Recém-Nascido”                        |           |
| Apêndice V – Sessão de Formação sobre PNSIJ                                      |           |
| Apêndice VI – Proposta de Folha de Registo de VD                                 |           |
| Apêndice VII – Proposta de Articulação de Cuidados                               |           |
| Apêndice VIII – Operacionalização do MPS no Serviço de Internamento de Pediatria |           |
| Apêndice IX – Operacionalização do MPS na UMAD                                   |           |

## INTRODUÇÃO

A procura incessante pelo desenvolvimento do conhecimento e das competências com vista à excelência do cuidar conduziu à frequência do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Um percurso formativo teórico-prático que culmina com a elaboração do presente relatório, elemento de avaliação no âmbito da unidade curricular: Estágio com Relatório que, por sua vez, tem como finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família, com o intuito de obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem e o grau de Mestre.

O relatório deverá perspetivar a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos em confronto com novas aprendizagens, com a análise da prática e com as evidências científicas, tendo assim como linha orientadora uma análise reflexiva que conduza a uma prática baseada na evidência. De acordo com Rycroft-Malone et al. (2004) ao encontro de uma enfermagem avançada, os conhecimentos advêm da investigação, da experiência clínica, da experiência do cliente e do contexto local. Assim, a articulação destas diferentes fontes de evidência constitui um verdadeiro e permanente desafio profissional.

Iniciado o exercício profissional em enfermagem há treze anos atrás, num SUP, inserido numa comunidade manifestamente marcada por carências socioeconómicas e com uma elevada percentagem de utentes sem acesso a médico de família, permitiu uma constatação baseada no conhecimento empírico: uma utilização excessiva e inadequada do serviço de urgência. Esta constatação transformou-se numa inquietação, atendendo ao estágio de desenvolvimento pessoal e profissional e despoletou a necessidade de pesquisar a realidade em termos de evidências científicas. A corroborar esta percepção empírica da prática quotidiana, existe na literatura uma preocupação consensual por vários profissionais e administradores de saúde que vem a ser alvo de estudo há cerca de, pelo menos, duas décadas, continuando a ser uma problemática muito atual.

Retratada esta realidade por uma entidade nacional, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no Relatório de Primavera de 2015 faz referência a um estudo que foi realizado na área metropolitana de Lisboa por Rita Nunes em 2011, o qual refere existir uma utilização injustificada por 49,5% dos utentes ao serviço de urgência pediátrica. Passados dois anos, no Relatório de Primavera de 2017 é constatado que a realidade persiste, mantendo-se uma percentagem elevada de utentes a recorrer aos serviços de urgência, quando poderiam procurar os cuidados de saúde primários.

Sendo a equidade e o acesso aos cuidados de saúde um dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde em vigor (DGS, Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, 2015), torna-se clara a pertinência da atual preocupação. Assim, no âmbito do presente curso considerou-se como a finalidade do presente relatório compreender os contributos do enfermeiro especialista para capacitar a família para a utilização adequada da urgência pediátrica, pelo que se subordina o documento ao tema “Capacitação da família para a utilização da urgência pediátrica: contributos do enfermeiro especialista”.

Para a execução do percurso que contemplasse o desenvolvimento de competências do EEESCJ foi realizado o estágio em seis contextos (Apêndice I), de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros e as necessidades formativas identificadas.

Foram traçados como objetivos gerais:

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, no seu processo de saúde-doença e nas diferentes fases do ciclo de vida e de desenvolvimento;

Desenvolver estratégias que conduzam à capacitação da família com vista à maximização da saúde e tomada de decisão consciente.

Para uma fundamentação conceptual do percurso desenvolvido, inevitavelmente, optou-se pela filosofia de cuidados centrados na criança e família que orienta a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (EEESCJ), de acordo com a orientação da Ordem dos Enfermeiros (2010) no Regulamento de Competências Específicas do EEESCJ. Sendo a capacitação um dos conceitos desta filosofia, considerou-se imprescindível para a fundamentação teórica optar-se também

pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender atendendo a mesmo possibilitar a compreensão dos comportamentos que conduzem à promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Considerando os stressores que estão na base dos comportamentos da família, aquando da utilização dos serviços de urgência pediátrica e da hospitalização, tornou-se oportuna a abordagem dos Cuidados Não Traumáticos, no qual é defendido que devem ser prestados cuidados terapêuticos que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico pela criança e seus familiares (Hockenberry, 2014).

Os referenciais teóricos selecionados para a fundamentação do desenvolvimento de competências inserem-se no paradigma da transformação, no qual a pessoa é considerada como um ser único, tem um papel ativo na promoção da saúde e trabalha em parceria com o enfermeiro para a maximização da sua saúde (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017).

Para dar cumprimento às orientações académicas, o relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a problemática que despoletou o início do trajeto. No segundo capítulo é apresentado o enquadramento conceptual que orientou o percurso e onde são definidos os conceitos centrais do tema. No terceiro capítulo é realizada uma análise reflexiva acerca das atividades realizadas e competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio. No quarto capítulo é realizada uma síntese acerca das competências desenvolvidas. No quinto e último capítulo são realizadas considerações finais em que são espelhadas algumas das mais-valias do percurso, bem como projetos para o futuro. Por fim, estão os apêndices que contêm documentos relativos a atividades relevantes desenvolvidas ao longo do estágio.

Na base da estrutura organizacional do relatório recorreu-se ainda ao “Guia Orientador para a elaboração de Trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações” da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa de 2017. Para as referências bibliográficas e citações recorreu-se à Norma APA (6ª edição).

## 1 - PROBLEMÁTICA

A utilização excessiva e inadequada dos serviços de urgência pediátrica (SUP) tem-se revelado, nas últimas décadas, uma fonte de preocupação para os profissionais de saúde, gestores, administradores hospitalares e governantes. É um facto inquietante pela utilização inadequada dos serviços face ao agir em função do superior interesse da criança, pela exposição a riscos epidemiológicos, pelo risco de comprometer a adequada assistência em situações graves face a esta sobrelotação, e ainda considerando a utilização de escassos recursos humanos, bem como pelos custos económicos acrescidos (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006; Mixão, 2007; Rafael, 2013). Atendendo à inquietação vigente, vários estudos têm sido realizados, tratando-se de uma realidade comum, comprovada pela evidência científica em Portugal e no estrangeiro (Apêndice II).

Em 2004 foi realizado um estudo na região Norte de Portugal com uma grande representatividade, visto que contou com a colaboração de dezanove hospitais, que tinha como objetivos, entre outros, compreender o acesso e a utilização dos cuidados hospitalares em termos da população pediátrica e obter dados sobre a articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários. Emergiram então dados como “notório o grande recurso ao SU e a percentagem reduzida de internamentos resultantes dos episódios de urgência (4%), traduzindo que a grande maioria das situações deveria ser resolvida a nível dos Cuidados de Saúde Primários” (Cruz, 2004, p. 376).

A perceção desta inadequada utilização dos recursos conduziu à necessidade de evidências institucionais e mais um hospital diferenciado a Norte do país desenvolveu um estudo que tinha como objetivo averiguar a adequação das recorrências ao serviço de urgência pediátrica, chegando a conclusões como as admissões no referido serviço não constituírem situações clínicas que representassem verdadeiras urgências e que poderiam ser resolvidas ao nível dos cuidados de saúde primários (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006).

Um estudo realizado na zona Sul do Tejo, o qual tinha, entre outros objetivos, o de caracterizar a utilização de um SUP, revelou que 57% das recorrências foram classificadas como não-urgentes, uma percentagem relevante durante o horário de

funcionamento dos centros de saúde e com alta para o domicílio, o que permite concluir que se trata de situações que se poderiam resolver ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP) (Rafael, 2013).

Em 2015, este foco de atenção na perspectiva dos políticos de saúde é refletido no relatório de primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) o qual, relativamente à realidade da urgência pediátrica, refere que se vive uma procura inadequada e excessiva deste recurso de saúde. No Relatório de Primavera de 2017, a realidade citada é comprovada ao verificar-se uma elevada afluência aos serviços de urgência com situações que poderiam ser resolvidas ao nível dos cuidados de saúde primários.

A realidade europeia vem ao encontro da vivenciada em Portugal: de acordo com dados do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2013), entre 17% e 57% das crianças atendidas nos SUP apresentam problemas que poderiam, também, ser resolvidos ao nível dos CSP (Wolfe & McKee, 2013).

Uma particularidade desta utilização inadequada dos SUP é a população dos recém-nascidos, que recorre na maioria das vezes por situações não urgentes (Garcia, et al., 2016) as quais poderiam ser resolvidas ao nível dos CSP (Ratola, Machado, Almeida, Pio, & Almeida, 2014).

O Plano Nacional de Saúde (2012-2016) classifica esta elevada afluência aos serviços de urgência como um problema complexo (DGS, 2012).

Mediante os dados apresentados, tornou-se imprescindível tentar compreender o que está na origem dos mesmos.

Levesque, Harris, & Russell (2013), procuraram compreender esta questão e constaram a existência de várias dimensões bem como a complexidade do conceito. Foram identificadas cinco dimensões no que concerne à acessibilidade, relativas à necessidade de procurar, obter ou usar os serviços de saúde, são elas: a proximidade (que implica questões como a transparência, o alcance, a informação, o rastreamento); a aceitabilidade (está relacionada com os valores profissionais, normas, aspetos culturais e género); disponibilidade e instalações (em que são considerados aspetos como a localização geográfica, as instalações em si, os horários de funcionamento e mecanismos de consultas); a acessibilidade financeira (implícitos os custos diretos, os custos indiretos e custos de oportunidade) e a adequabilidade (considerada a qualidade técnica e interpessoal, a adequação, coordenação e continuidade) (Ibid).

Ainda neste contexto foram também identificadas as capacidades das populações para recorrerem aos serviços de saúde, também classificadas em cinco dimensões: a capacidade de perceber (consideradas a literacia em saúde, as crenças em saúde, a confiança e as expectativas); a capacidade de procurar (considerados os valores pessoais e sociais, a cultura, o género e a autonomia); a capacidade de alcançar (considerados o ambiente doméstico, os transportes, a mobilidade e o apoio social); a capacidade de pagamento (ponderados aspetos como os rendimentos, a disponibilidade financeira, o capital social e os seguros de saúde) e, por fim, a capacidade de se envolver (categorizadas como o *empowerment*, as informações, a adesão e o apoio ao cuidador) (Ibid). Desta análise da literatura depreende-se que a acessibilidade aos serviços de saúde é efetivamente uma questão que poderá ter influência de diversos fatores.

Especificamente acerca da população pediátrica são apontados como motivos: as crenças dos acompanhantes, relativamente à segurança e confiança dos cuidados prestados nestes serviços, a fácil acessibilidade a recursos e diagnósticos, bem como a perceção de fragilidade da criança (Rodrigues, 2012). Um fator que desencadeia esta procura dos SUP é a perceção de gravidade da doença aguda pelos pais (Wolfe & McKee, 2013) que vai ao encontro do conceito de baixa literacia em saúde, conceito este que também é apontado na base desta procura (Morrison, Schapira, Gorelick, Hoffmann, & Brousseau, 2014; Yin, et al., 2012).

Como orientações para a prática sugere-se a educação para a saúde, com o intuito de informar, esclarecer a família sobre cuidados antecipatórios e nomeadamente acerca da utilização adequada dos recursos de saúde disponíveis (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006; Rodrigues, 2012; Morrison, Schapira, Gorelick, Hoffmann, & Brousseau, 2014; Oliveira, et al., 2010).

O Plano Nacional de Saúde sugere também, como medidas para fazer face a esta realidade, campanhas de educação para a saúde, promoção da linha de Saúde 24, uma melhoria da utilização dos hospitais de dia e uma melhoria da articulação com os cuidados de saúde primários (DGS, 2012).

Sugere-se ainda, decorrente da investigação, que sejam criados programas de formação para famílias sobre a utilização dos recursos de saúde disponíveis, com o intuito de tomarem decisões mais conscientes (Herman & Jackson, 2010).

Decorrente ainda da investigação, em Inglaterra foi criado um plano de aula inovador para alunos com idades entre os 11 e os 14 anos de idade, que entre outros

objetivos, pretendia reduzir o uso inadequado dos serviços de urgência. Comprovou-se que os alunos se tornaram mais conscientes sobre os serviços disponíveis e eram mais propensos a considerar uma ampla gama de opções. Assim, a iniciativa de criar um plano de aula pode constituir um recurso valioso para educar as crianças e as famílias sobre as alternativas disponíveis no acesso aos serviços de saúde (Glasper & Evans, 2012).

Relativamente ainda aos recém - nascidos, é salientada a importância de se investir na educação para a saúde aos pais durante a gravidez e no período neonatal, em ambulatório e através de visitas domiciliares e aconselhamento telefônico. Será de igual importância a aposta na formação dos profissionais de saúde que intervêm de forma mais direta e ativa nos primeiros meses de vida da criança, nomeadamente na maternidade e nos CSP, entre outros, o que enaltece a importância de uma boa articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares (Ratola, Machado, Almeida, Pio, & Almeida, 2014).

## 2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Identificada como problemática a utilização excessiva e inadequada dos serviços de urgência pediátrica e tendo como objeto de estudo os contributos de enfermagem na capacitação da família para a utilização adequada do referido serviço, a promoção da saúde surge inevitavelmente como um dos conceitos centrais da fundamentação teórica. Considera-se então pertinente fazer referência ao conceito em termos de representatividade na realidade portuguesa.

O Estado Português assume a saúde como um bem prioritário dos seus cidadãos legislando, em 1976, na Constituição da República (CR), que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (CR, art. 64º, n.º1), acrescentando a garantia “do acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação” (República Portuguesa, 1976, artº64, nº3, alínea a).

O conceito de promoção da saúde, como um processo de capacitação da comunidade para agir de forma dinâmica em prol da melhoria da sua qualidade de vida e saúde, difunde-se internacionalmente e ganha um foco de destaque nas conferências de Otawa (1986), de Adelaide (1988), de Sunsdalle (1991), de Bogotá (1992) e Jacarta (1997).

Entretanto, novamente em Portugal, no ano de 1990, é emitida a Lei de Bases da Saúde que reforça o valor da promoção da saúde, no capítulo I, base II, alínea a) afirma que “a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado” (República Portuguesa, 1990). Nas políticas de saúde emitidas *a posteriori*, nomeadamente nos Planos Nacionais de Saúde, a promoção da saúde continuou a ser uma das prioridades com vista à obtenção de ganhos em saúde. O atual Plano Nacional de Saúde mantém a visão dos planos anteriores com o intuito da maximização de ganhos em saúde através da integração de esforços dos diferentes sectores da sociedade, da potencialização de estratégias baseadas na cidadania, na promoção da equidade e melhoria da acessibilidade, na qualidade e políticas saudáveis (DGS, 2015).

No âmbito da profissão de enfermagem, a promoção da saúde constitui, inevitavelmente, um foco de elevada atenção pelo que, no código deontológico emitido

pela OE, no artigo 101º que se refere ao dever do enfermeiro para com a comunidade, afirma que:

“o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido;

b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;

c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (OE, 2015, p. 78).

Ao encontro da problemática identificada, a utilização excessiva e inadequada dos serviços de urgência pediátrica, torna-se importante esclarecer o conceito de urgência para posteriormente compreender as intervenções do EEESCJ que possam contribuir para a capacitação da família na utilização adequada deste recurso. De acordo com o Despacho n.º 18459/2006 (República Portuguesa, 2006) por emergência e urgência médica é entendida "a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais". Atendendo a que a definição é um pouco restritiva, o Plano Nacional de Saúde refere ser importante fazer a diferenciação entre estes dois conceitos, defendendo que a urgência é uma situação clínica que exige uma intervenção médica num curto espaço de tempo, no entanto não implica uma ameaça imediata à saúde ou à vida da pessoa, o que em caso de emergência se verifica (DGS, 2014).

O mesmo plano defende que é mais importante a definição de doença aguda não urgente, identificando a doença aguda como uma situação clínica de instalação súbita ou num curto espaço de tempo que se pode revelar emergente, urgente ou não urgente. Nesta última situação, não se verifica uma necessidade de intervenção médica num curto espaço de tempo e, como tal, não requer uma abordagem pelos serviços de urgência (Ibid).

De acordo com o Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012), são propostos alguns princípios estruturantes que reconhecem que os serviços de urgência têm como missão atender as situações urgentes e que a resolução das situações agudas não urgentes compete aos CSP. Sugere também que

os CSP devem garantir a acessibilidade destas situações através de mecanismos rápidos não programados (DGS, 2012).

Esta realidade de acesso aos serviços de urgência como o primeiro recurso aos serviços de saúde constitui um foco de atenção pelos governantes do nosso país, pelo que um dos eixos estratégicos do atual Plano Nacional de Saúde é a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde (DGS, 2015) em que a capacitação dos cidadãos toma um papel de destaque na gestão e responsabilidade da sua saúde e no impacto das suas escolhas. Assim defende que deve ser fomentada uma cultura de promoção da saúde que vise a capacitação dos cidadãos através de educação para a saúde com o intuito de promover a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde, contribuir para que se adotem papéis mais proactivos no funcionamento do Sistema de Saúde, com base na responsabilização e autonomia individual e coletiva, facilitando a consciencialização da importância das ações de promoção da saúde, bem como dos custos que advêm da utilização dos serviços (Ibid). Assim, no âmbito do presente curso, considera-se pertinente analisar os contributos do EEESCJ para a capacitação da família na utilização da urgência pediátrica, tendo como referenciais a filosofia de Cuidados Centrados na Família, os Cuidados Não Traumáticos e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

## **2.1 - Cuidados Centrados na Família**

Na atualidade, a orientação dos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem assenta na filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), a qual assume como beneficiário dos cuidados o binómio a criança e família (OE, 2010). Nesta perspetiva é importante esclarecer estes dois conceitos. Entende-se por criança "... todo o ser humano com menos de dezoito anos" (UNICEF, 1990, p. 6) e "...em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso" (OE, 2010, p. 1).

O conceito de família pode ser um conceito complexo de definir por não existir uma definição universal, mas esclarecido de acordo com quadros de referência individuais, valores ou disciplina e perspetivado como "o que cada pessoa considera que é" (Hockenberry, 2014, p. 49). É importante realçar que, independentemente da

definição, para que a criança tenha um desenvolvimento harmonioso e saudável necessita de estar integrada numa família pois, à luz da filosofia dos Cuidados Centrados na Família, esta é considerada como uma constante na vida da criança (Hockenberry, 2014).

De acordo com o *Institute for Patient-And Family-Centered Care* (Johnson, et al., 2008), o papel da família é reconhecido como vital, é encorajada a colaboração entre a criança, o jovem e a sua família, e os profissionais de saúde. Reconhece também que a família é essencial ao bem-estar da criança e do jovem, sendo um aliado crucial à qualidade e segurança dos cuidados.

Os quatro conceitos centrais dos CCF são: a Dignidade e o Respeito pelos valores, crenças, contextos socioculturais, perspetivas e escolhas da criança, do jovem e família; a Partilha de Informação que assenta sobre os princípios de uma comunicação terapêutica que preconize a partilha de informação entre os profissionais de saúde e a criança, o jovem e família; a Participação que está relacionada com a participação da criança, do jovem e família nos cuidados e nos processos de tomada de decisão, de acordo com as suas escolhas; e a Colaboração que pressupõe o envolvimento da criança, do jovem e família na criação de programas, políticas institucionais e também na mudança de práticas ao nível dos cuidados (Ibid).

No âmbito do presente trabalho há que realçar a importância de um dos conceitos básicos dos CCF: a **capacitação**. De acordo com esta filosofia de cuidados, os profissionais promovem a capacitação da família “através da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e família” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11). Assim, um dos objetivos dos cuidados de enfermagem será o de capacitar a família, criando meios e oportunidades para que a mesma desenvolva conhecimentos, competências para uma tomada de decisão consciente acerca da utilização adequada dos recursos de saúde.

Considerando a educação para a saúde como um dos meios de eleição para a intervenção do enfermeiro na capacitação da criança e família para a utilização da urgência pediátrica, é de salientar que a educação para a saúde se caracteriza por ser uma intervenção que tem como intuito promover informação que contribua para a tomada de decisão mais informada e consciente. Este processo envolve vários componentes-chaves, nomeadamente o uso de estratégias de ensino-aprendizagem;

a manutenção do controlo voluntário dos aprendizes sobre a decisão de mudar, ou não, as suas ações e visa a mudança de comportamento para a melhoria do estado de saúde (Edelman & Mandle, 2002).

Sendo a educação para a saúde uma das intervenções do escopo de ação do enfermeiro especialista, que contribui para a maximização da saúde da criança e família, indo ao encontro da filosofia de Cuidados Centrados na Família, e o paradigma atual da enfermagem que preconiza uma intervenção de cuidados personalizados, considerou-se pertinente abordar a educação para a saúde à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a desenvolver no seguinte subcapítulo.

Assumindo que as causas que levam os pais a recorrer ao serviço de urgência são considerados stressores, torna-se pertinente a abordagem dos Cuidados Não Traumáticos (CNT), o qual defende que as intervenções dos profissionais têm como finalidade a eliminação ou minimização do desconforto psicológico e físico pela criança e família em qualquer contexto de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com esta filosofia de cuidados, em que as intervenções dos profissionais de saúde são em prol do superior interesse da criança, visando sobretudo “não causar dano” (Hockenberry & Wilson, 2014), é de salientar a atuação do enfermeiro que privilegie uma intervenção preventiva; uma abordagem psicológica que preconize a compreensão da família e dos seus comportamentos, que vise promover informação à família de acordo com as suas necessidades e que proteja a criança à exposição a riscos, sejam estes epidemiológicos ou psicológicos. Um dos princípios orientadores dos CNT é a promoção da sensação de controlo, a qual poderá ser facilitada através da informação fornecida pelo enfermeiro.

## **2.2 - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

No contexto dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, seguindo a tendência das políticas de saúde nacionais e internacionais, a visão da promoção da saúde assume um papel de destaque ao nível

do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, quando é defendido que

“...todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de Enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios da proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011).

Ao encontro destes pressupostos e para dar suporte ao percurso formativo da capacitação da família houve a necessidade de optar por um modelo, tendo a escolha incidido sobre o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. Este modelo surgiu como uma proposta para integrar a enfermagem às ciências comportamentais, através da análise de fatores que desencadeiam os comportamentos promotores de saúde, explorando a vertente biopsicossocial (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Para uma melhor compreensão do modelo torna-se pertinente a definição de conceitos, os conceitos centrais de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem (Fawcett, 1984).

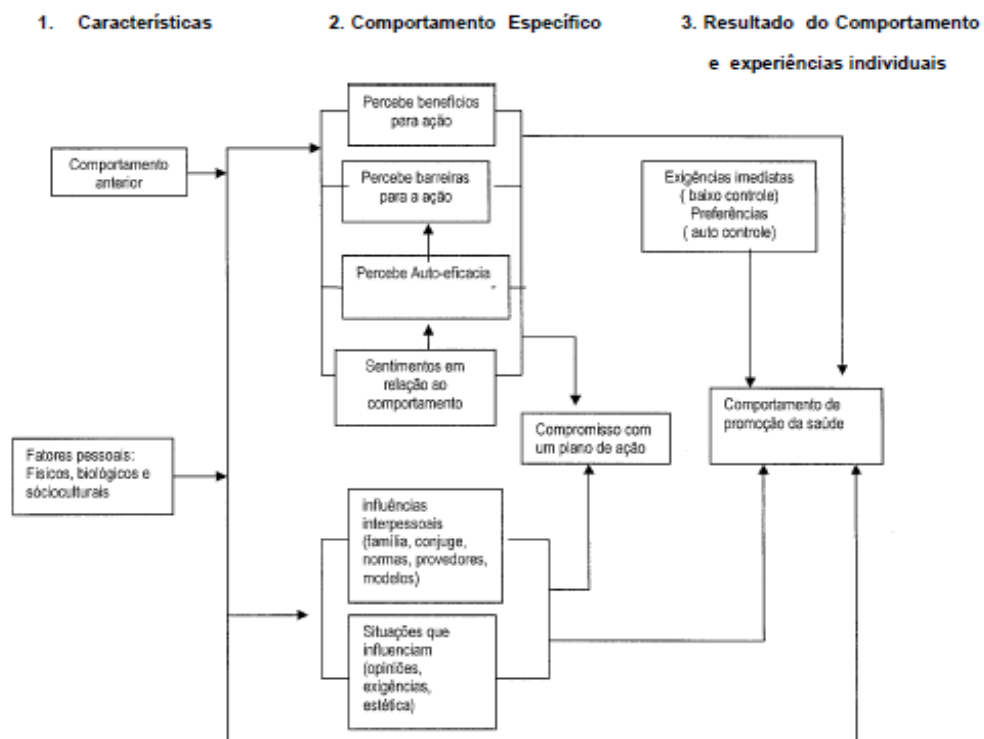
O conceito **saúde** é observado numa perspectiva positiva e dinâmica, que vai muito além do conceito de “ausência de doença”, na qual todas as pessoas o pretendem alcançar, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de estratégias e capacidades para a promoção do mesmo. É aplicável à pessoa em contexto individual, à família e à comunidade, tendo em consideração aspetos como a idade, etnia e cultura numa perspectiva holística (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

O conceito de **pessoa** é determinado como aquele que tem capacidade para tomar decisões, resolver problemas, e mudar comportamentos de saúde (Ibid).

O conceito de **ambiente** deve ser observado com o resultado entre a pessoa e o recurso aos cuidados de saúde (Ibid).

Por fim, o conceito de enfermagem é considerado no âmbito das intervenções/estratégias que a promoção de comportamentos de saúde, enfatizando o autocuidado (Ibid).

Para uma melhor compreensão do Modelo, expõe-se o seguinte diagrama:



Fonte: Victor, Lopes, & Ximenes, 2005.

O MPS é composto por três componentes principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento específico que se pretende alcançar e o resultado do comportamento de promoção da saúde desejável. Os componentes estão divididos, por sua vez, em variáveis (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

As **características e experiências individuais** são únicas e influenciam as ações subsequentes. Contém duas variáveis: o comportamento anterior, o qual deve ser mudado; e fatores pessoais que se subdividem em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade e equilíbrio), psicológicos (autoestima, automotivação, percepção do estado de saúde) e socioculturais (etnia, educação e nível socioeconómico) (Ibid).

Por sua vez, os **sentimentos e conhecimentos específicos sobre o comportamento** que se pretende alcançar é o elemento central do diagrama, coincidindo com o cerne da intervenção de enfermagem, pois estes podem ser modificáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Subdividem-se em seis variáveis, nomeadamente: percebe benefícios para a ação refere-se às representações mentais positivas que reforçam as consequências relativamente à adoção de um novo

comportamento; percebe barreiras para a ação diz respeito às percepções negativas sobre o comportamento, encaradas como dificuldades e custos pessoais; percebe auto-eficácia é a capacidade pessoal de fazer um julgamento acerca da sua organização e capacidade de execução de ações; sentimentos em relação ao comportamento concerne às reações emocionais que podem ocorrer antes, durante e após o comportamento, podendo ser positivas, negativas, agradáveis ou desagradáveis; as influências interpessoais referem-se à influência que outras pessoas podem desenvolver sobre o comportamento por exemplo, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais; e as influências situacionais, em que o ambiente poderá facilitar ou dificultar os comportamentos de saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O último componente, **resultado do comportamento** subdivide-se em três variáveis: compromisso com um plano de ação onde são estabelecidas ações que possibilitam o indivíduo a manter-se no comportamento de saúde desejado; exigências e preferências no qual é contemplado o controlo reduzido de que as pessoas têm sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas atendendo contingências ambientais; comportamento de promoção da saúde, comportamento que demonstra o resultado da aplicação do MPS (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Relativamente ao âmbito do trabalho, o enfermeiro poderá contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos da família acerca de comportamentos promotores da saúde, para a adoção de meios e estratégias que permitam a família sentir-se capacitada, mais segura e autoconfiante nos cuidados parentais e, conseqüentemente, para uma tomada de decisão consciente acerca da utilização dos recursos de saúde.

Desta forma, no âmbito do percurso prático, ir-se-á explorar os contributos do enfermeiro especialista para a capacitação da família nos diferentes contextos de estágio.

### **3 - ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO**

No contexto deste percurso formativo a unidade curricular: estágio com relatório decorreu em seis contextos distintos, que se apresentam em seguida com o foco principal no desenvolvimento de competências como futura enfermeira especialista. Saliencia-se que se privilegiou enquanto metodologia a análise reflexiva suportada na revisão da literatura (Apêndice II e III) e experiência profissional.

#### **3.1 - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

O fato do percurso de estágio ter início pela Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), teve o intuito de começar o desenvolvimento de competências para EEESCJ pelo início do ciclo de vida, para promover um contacto privilegiado com o recém-nascido e com as primeiras necessidades da família numa fase de transição para a parentalidade.

Foi então traçado como objetivo específico desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao prematuro/recém-nascido doente ou com necessidades especiais e sua família.

Para dar cumprimento ao objetivo supramencionado foram planeadas e implementadas as seguintes atividades: observação da intervenção do enfermeiro especialista; pesquisa bibliográfica que contemplasse a evolução de conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento no período neonatal; prestação de cuidados ao prematuro/RN, inicialmente com supervisão; utilização de estratégias de comunicação adequadas à família e ao RN; participação nas estratégias de atuação adotadas pela equipa de enfermagem direcionadas para os cuidados centrados na família e para os cuidados não traumáticos; participação nas intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade e vinculação; compreensão da articulação entre a unidade e os serviços de apoio ao prematuro/RN e sua família; envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao prematuro/RN; desenvolvimento de estratégias promotoras da capacitação utilizadas pela equipa.

Para contextualizar o local de estágio há a referir que se trata de uma unidade de cuidados especiais neonatais, com quatro incubadoras e quatro berços, que visa a prestação de cuidados a recém-nascidos após as trinta e três semanas de gestação

e até aos vinte oito dias de vida. O acesso dos RN à presente unidade é realizado por encaminhamento do Bloco de Partos, Serviço de Obstetrícia, Urgência Pediátrica, Consulta Externa ou de outras instituições hospitalares, por prematuridade, hiperbilirrubinemia, risco infeccioso, má progressão ponderal, sépsis neonatal e asfixia.

A equipa médica é constituída pelos pediatras da instituição, que dão apoio às diferentes valências do departamento da saúde da criança e dos quais ficam dois responsáveis pela unidade e os restantes dão apoio ao nível da urgência interna. Em caso de necessidade é também solicitado o apoio da assistência social e da psicologia. É importante existir o reconhecimento das competências de cada elemento da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados ir ao encontro do superior interesse da criança e da família.

Fazem parte da equipa as assistentes operacionais e as secretárias de piso.

A equipa de enfermagem é constituída por doze elementos, dos quais nove são detentores do título de especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Nela, observa-se preocupação pela excelência do cuidar, na partilha de saberes em prol da melhoria e uniformização das práticas, atenção à articulação dos cuidados e reflexão partilhada de evidências científicas que tentam colocar em prática, o que vai ao encontro do que a Ordem dos Enfermeiros (2010) defende como a *performance* do especialista, traduzida por cuidados numa perspetiva de enfermagem avançada, em que estão implícitas a segurança e a competência na resposta às necessidades da criança e família.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é o método de enfermeiro responsável, ou seja, o enfermeiro fica responsável pelos cuidados globais aos RN atribuídos, com o intuito de promover uma abordagem holística. Na distribuição dos RN tenta-se que o enfermeiro que ficou previamente com os mesmos fique responsável nos turnos seguintes atendendo a um reforço da relação terapêutica e o mesmo ir ao encontro de uma abordagem centrada na família.

A assunção do papel parental é um processo que transcende o incorporar da designação de pai ou mãe aquando do nascimento de um filho. É um processo que pressupõe transições (Cardoso, Silva, & Marín, 2015). São vividas mudanças nos papéis enquanto pessoa, ser individual e enquanto elemento de uma família, que podem ser influenciadas pelas características individuais da criança, dos pais - desejo de ser pai/ mãe, experiências anteriores, relação entre o casal, nível de educação e idade dos pais - e das redes sociais em que se encontram envolvidos (Belsky, 1984).

A preparação para a parentalidade poderá iniciar-se durante a gravidez, com a construção de ideais, conceitos, com o empreendimento de ações na preparação para ser pai ou mãe, através da interiorização de expectativas da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos parentais adequados e inadequados (Tavares, 2014). E ainda, é considerado o assumir das responsabilidades deste novo papel que contempla um conjunto de ações que visam a integração de um recém-nascido na família e otimizam o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (OE, 2011). Esta transição para a parentalidade é um foco de atenção sensível aos cuidados de enfermagem (International Council of Nurses, 2011; Colaço, 2016), e no âmbito da especialidade de enfermagem de saúde da criança e do jovem toma um papel de destaque.

A admissão de um RN/prematuro na UCEN, por norma, é um acontecimento imprevisto, que não estaria nas expectativas dos pais, longe do sonho do bebé idealizado e do desfrutar desta transição de uma forma natural. É notório na intervenção da equipa de enfermagem o empenho que dedica ao acolhimento aos pais neste momento de vulnerabilidade. Embora as competências desenvolvidas pela perícia no âmbito da relação terapêutica e designadamente no acolhimento, foi deveras importante a observação da intervenção do enfermeiro especialista neste âmbito de ação específico de cuidados, servindo como um modelo e uma referência para a integração nas práticas da unidade e na linguagem da equipa.

É importante a abordagem centrada na família, ao encontro do princípio da dignidade e respeito, compreendendo as expectativas face à parentalidade, os receios, as crenças culturais e espirituais, os conhecimentos que detém acerca dos cuidados ao RN e, concomitantemente, avaliando as habilidades e atitudes implicadas neste processo, o que também vai ao encontro do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Na transição para a parentalidade este princípio é elementar no início do desenvolvimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e para a prestação de cuidados numa abordagem holística. Como exemplo, na UCEN verifica-se uma população-alvo marcada pela multiculturalidade, como tal é importante haver uma sensibilização da equipa para um cuidar culturalmente sensível que vai ao encontro do defendido no Código Deontológico quando refere que o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2015, p. 3). Decorrente de situações vividas no estágio, internamentos de RN de etnia

cigana ou de ascendência africana, verificava-se empiricamente uma maior responsabilização e presença da mãe para os cuidados parentais, não sendo demonstrado interesse pelos pais na participação, sendo algo característico de ambas as culturas, pelo que foi respeitado.

Relativamente à partilha de informação, é importante que o enfermeiro comunique com os pais de forma clara, com informações completas, oportunas e precisas, com o intuito de dar oportunidade à participação nos cuidados e na tomada de decisões (Johnson, et al., 2008). No âmbito deste princípio, atendendo à especificidade da área, houve necessidade de um maior investimento no desenvolvimento de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica que conduzisse a uma prática baseada na evidência científica e, como tal, contribuir para a partilha de informação aos pais de forma segura e atualizada. Contudo, na transmissão de informação foi sempre tido em conta, o nível sociocultural, a disponibilidade e o apelo dos pais para haver esta partilha de informação.

Acerca da participação nos cuidados, os pais são encorajados e apoiados a participarem progressivamente nos cuidados (Ibid). O ambiente das unidades de neonatologia, pelo aparato tecnológico em torno dos RN/prematuros, pelo próprio ambiente desconhecido, associado ao medo e ansiedade vivida numa fase de maior vulnerabilidade, por vezes intimida os pais de uma fácil aproximação. Cabe então ao enfermeiro desmistificar o ambiente, reforçar a importância da vinculação e da promoção do contacto pais-filho. Verificou-se, especificamente, num RN de menor idade gestacional um enorme receio na participação dos cuidados pelos pais, como tal incentivou-se ao contacto progressivo para diminuição do receio através da mudança de fralda, do pegar ao colo e da promoção do aleitamento, respeitando a necessidade e vontade dos pais. Nesta prestação de cuidados foram desenvolvidas estratégias para promover o contacto físico pais/RN, foi promovida a amamentação e negociado o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, critérios que vão ao encontro do desenvolvimento da unidade de competência “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” contemplada no Regulamento de competências do EEESCJ (OE, 2010, p. 5).

No que respeita à colaboração, é defendido pela filosofia de cuidados centrados na família que os pais, profissionais de saúde e líderes de cuidados colaborem no desenvolvimento de políticas e programas, bem como na sua

implementação e avaliação, melhoria de instalações, investigação entre outros (Ibid). Relativamente a este princípio observou-se na equipa uma elevada abertura para receber sugestões dos pais para a melhoria dos cuidados, tal como se nota uma preocupação na capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao RN de forma autónoma, com a finalidade de promover a parentalidade.

O processo de capacitação dos pais é tido em conta desde a admissão do RN na unidade, tendo como foco de cuidados a promoção da parentalidade, a par disto inevitavelmente surge o conceito de preparação para a alta hospitalar. Neste processo o enfermeiro especialista detentor de competências diferenciadas na avaliação das necessidades da família e do RN possui um papel privilegiado pois, de acordo com o Regulamento de Competências o EEESCJ, “avalia o desenvolvimento da parentalidade e demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo” (OE, 2010, p. 5). Para contribuir para a promoção da parentalidade, através da capacitação dos pais para prestação de cuidados de forma autónoma, para a redução da ansiedade e o desenvolvimento da autoconfiança, a educação para a saúde toma um papel de relevância.

Deve ser salientado que a educação para a saúde se caracteriza por ser uma intervenção que tem como intuito prover informação que contribua para a tomada de decisão mais informada e consciente. Este processo envolve vários componentes-chaves, nomeadamente o uso de estratégias de ensino-aprendizagem; os aprendizes mantêm o controlo voluntário sobre a decisão de mudar, ou não, as suas ações e visa a mudança de comportamento para a melhoria do estado de saúde (Edelman & Mandle, 2002). Este conceito de educação para a saúde vai ao encontro do que é defendido pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, no qual são consideradas as características e experiências individuais, que incluem o comportamento anterior (a ser mudado) e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais); os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento e o resultado do comportamento (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002; World Health Organization, 2017).

De acordo com as evidências científicas explanadas no enquadramento teórico e ao encontro da problemática identificada verifica-se uma recorrência significativa de RN ao serviço de urgência pediátrica por motivos não urgentes, no qual são apontadas como medidas para evitar tal acontecimento apostar na educação para a saúde com o intuito de informar, esclarecer a família acerca de cuidados antecipatórios e sobre a

utilização adequada dos recursos de saúde disponíveis (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado, & Rodrigues, 2006; Oliveira, et al., 2010; Rodrigues, 2012; Morrison, Schapira, Gorelick, Hoffmann, & Brousseau, 2014).

A prestação de cuidados ao RN iniciou-se com supervisão e progressivamente, de forma mais autónoma, coincidente com o desenvolvimento de competências. Neste processo de cuidados, além de incentivada a participação dos pais, foram avaliadas as suas necessidades para que a intervenção fosse mais personalizada. Foram prestados cuidados de higiene ao recém-nascido, quando os pais se sentiam mais confiantes promovia-se que os mesmos prestassem tal cuidado, com supervisão ou apoio de acordo com a sua necessidade. Tal como este cuidado, a mudança da fralda, o incentivo ao contacto, os cuidados ao coto umbilical, a promoção de medidas de conforto, como a diminuição do ruído, da luminosidade, de adoção de posição de conforto e segurança no leito foram realizados, incentivando os pais a participarem nestes cuidados e verificando-se intervenções com sucesso. A realização destes cuidados e progressiva parceria dos mesmos pressupôs a partilha de informação e validação da aquisição de conhecimentos.

Relativamente à amamentação, a equipa tem um projeto designado “excelência no amamentar” em que, de acordo com as orientações da World Health Organization (2017), é incentivado o aleitamento materno atendendo aos seus benefícios, como tal é prestado o apoio às mães neste processo. É de enorme relevância o apoio, partilha de informação e esclarecimento de mitos e dúvidas para que se revele com sucesso. No entanto, podendo não ser a opção dos pais, é importante informar acerca dos benefícios do aleitamento materno, isentando esta comunicação de juízos de valor, para que os pais possam tomar uma decisão de forma consciente.

Tal como é sugerido por Beck, Ganges, Goldman, & Long (2004), na prática verifica-se que a equipa de enfermagem durante o internamento na unidade incide na instrução dos pais acerca dos cuidados ao RN, às necessidades do mesmo e após o período neonatal, a importância de manter o RN aquecido e protegido contra a infeção, o banho, os cuidados com o coto umbilical, a necessidade de vacinação, a amamentação, os sinais de alerta de doença, entre outros.

Além da prestação contínua de cuidados, tive a oportunidade de participar numa reunião de alta em que se validaram aprendizagens e esclareceram dúvidas dos pais. Foi um momento deveras enriquecedor, que enaltece esta perspetiva de

cuidados centrados na família, a importância da aquisição de competências dos pais e a contribuição para a capacitação dos mesmos. Acerca dos sinais de alerta de doença verificou-se que a mãe tinha várias dúvidas, motivo pelo qual até decidiu fazer apontamentos para não se esquecer das informações transmitidas e sentir maior segurança. Mediante este facto e indo ao encontro do tema do projeto decidi construir um folheto como suporte informativo para fornecer aos pais com o intuito de os alertar acerca dos sinais e sintomas de doença que constituem sinais de alarme no RN e orientar para os serviços de saúde a que recorrer (Apêndice IV).

Relativamente à alta, outro aspeto importante observado nesta unidade foi o envio da notícia de nascimento, de acordo com o contemplado em Diário da República, e da carta de alta de enfermagem para os cuidados de saúde primários, de forma a promover a articulação dos cuidados e a maximização da saúde da criança. Tal como é defendido na literatura esta última medida de articulação de cuidados é diversas vezes sugerida como uma forma de diminuição das recorrências aos serviços de urgência inadequadamente.

Um aspeto a enaltecer, que é aplicável às diferentes realidades de cuidados, tão enraizado nesta cultura na Neonatologia, é a abordagem dos cuidados não traumáticos. Em todo e qualquer procedimento a intervenção dos enfermeiros é exímia e inspiradora ao tentarem minimizar o desconforto do RN e dos pais.

### **3.2 - Cuidados de Saúde Primários**

Ao encontro do requisito da Ordem dos Enfermeiros de que uma das experiências na formação para enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem deva ser realizada em contexto de cuidados de saúde primários, a que acresce a minha experiência profissional ser, sobretudo, em contexto de urgência pediátrica, surgiu a necessidade de desenvolver competências especializadas na avaliação do desenvolvimento da criança em contexto de vigilância de saúde e na área da vacinação infantil. O facto de ser escolhido como o segundo local de estágio teve o intuito de uma abordagem à criança e família na continuidade do ciclo de vida e numa perspetiva da saúde.

A evidência científica aponta como uma das estratégias para melhorar o acesso aos SUP a sua articulação mais eficiente com os cuidados de saúde primários (Cruz,

2004; Rodrigues, 2012; Ratola, Machado, Almeida, Pio, & Almeida, 2014), pelo que, para uma melhor compreensão da realidade, se considerou-pertinente a escolha de um local de estágio que se articulasse com a urgência pediátrica onde desempenho a minha atividade profissional.

A escolha específica da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em questão deveu-se a dois fatores: ser uma UCSP com uma consulta de enfermagem de saúde infantil organizada por enfermeiras especialistas, que decorre cinco dias por semana, o que *a priori* contribuiria para um enriquecimento das experiências e ter uma área de afluência que dá cobertura a uma população multicultural, com problemas de ordem social e económica, o que contribuirá para um melhor conhecimento transferível para outro contexto e para uma mobilização efetiva de conhecimentos e recursos, tão imprescindível no processo de formação como enfermeira especialista. Foram então traçados como objetivos específicos: desenvolver competências de enfermeira especialista na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e desenvolver estratégias promotoras da capacitação da família com vista à maximização da saúde e tomada de decisão consciente.

A presente UCSP iniciou a sua atividade em Março de 2007. Tem uma população de 36 190 utentes, dos quais 19 891 têm médico de família, 16 257 não têm médico de família e 42 não têm médico de família por opção. A equipa de profissionais é constituída por 16 enfermeiros, 11 médicos de medicina geral e familiar, 1 interno de medicina, 9 administrativos e 6 assistentes operacionais (Ibid). Sempre que necessário pode ser solicitado o apoio de fisioterapia, terapia da fala, higiene oral, psicologia, assistência social e nutrição que pertencem à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em questão.

A UCSP está organizada por valências, nomeadamente consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, sala de vacinação, consulta de enfermagem de saúde materna, consulta de planeamento familiar, sala de tratamentos, consulta de diabetes, consulta de hipertensão, gabinetes de consultas médicas, e dispõe do serviço de atendimento complementar.

Relativamente à consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, a equipa de enfermagem era constituída por quatro elementos, atualmente apresentam-se no ativo dois (ambas especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem), atendendo a que um dos elementos está de licença de maternidade e o quarto

elemento se reformou. Por ser um número de enfermeiros muito escasso face ao número de utentes, por vezes, é necessário o apoio de colegas de outras valências.

A distribuição dos utentes pediátricos é feita pelas enfermeiras de acordo com as equipas que constituem com os médicos. Os utentes que não têm médico são inicialmente atribuídos de forma aleatória e tenta-se que posteriormente sejam sempre seguidos pela mesma enfermeira.

Tal como é defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2011), a abordagem na consulta de enfermagem é realizada de acordo com a filosofia de cuidados centrados na família, com o intuito de promover a maximização da saúde.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) é a política de saúde orientadora das consultas de vigilância de saúde da criança e jovem. A sua constante aplicação tem contribuído para garantir cuidados eficazes e adequados (DGS, 2013). Tem sofrido modificações desde o primeiro programa-tipo de atuação para fazer face à necessidade de melhorar os padrões de qualidade, refletindo as novas evidências científicas e novas morbilidades - incluídas nos conteúdos das ações de saúde - e, ainda, atribuir uma maior pertinência aos problemas de saúde previamente identificados (Ibid).

O contato de uma forma mais estreita com o PNSIJ permite afirmar que, através da aprendizagem experiencial ao longo das consultas, o mesmo se revela um instrumento fundamental que, além de contribuir com o que foi supramencionado, permite uma mais fácil integração dos profissionais e uma uniformização dos critérios na vigilância de saúde.

Atendendo à escassez de enfermeiros na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, sendo por vezes necessária a colaboração de enfermeiros que desempenham funções noutras valências, foi sugerido que, a partir do diagnóstico da necessidade, orientasse uma ação formativa acerca do PNSIJ, contemplando as novas orientações e as políticas e recomendações acrescidas pelas enfermeiras da consulta e enfermeira chefe. Considerou-se o desafio bastante pertinente e oportuno, como meio de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da formação que vai ao encontro do que é defendido pela Ordem dos Enfermeiros no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista (2010), quando afirma que o enfermeiro especialista promove formação em momentos oportunos, contribui para a aprendizagem, desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e deverá avaliar o impacto da formação. Como tal, foi realizada uma

sessão de formação à equipa de enfermagem, com planeamento prévio e avaliação (Apêndice V).

Tal como era expectável, a realização do estágio na UCSP proporcionou a oportunidade de acompanhar e participar na realização de muitas consultas de vigilância de saúde de crianças em todas as faixas etárias. Inicialmente a observação da intervenção do enfermeiro especialista foi deveras útil para a integração e, ao longo de todo o percurso, serviu como meio de reflexão acerca da importância do desempenho do mesmo neste âmbito de cuidados e como modelo para o desenvolvimento de competências. Na fase de integração também foi imprescindível o aprofundamento de conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento da criança para suportar uma prática baseada na evidência, que ao encontro do regulamentado pela OE no que concerne às competências comuns do EE “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010, p.10).

A necessidade de desenvolver conhecimento surge também com o intuito de contribuir para uma prática segura que permita um julgamento clínico e uma tomada de decisão conscientes, fundamentais à intervenção de um enfermeiro especialista que, na realização das consultas terá de transmitir segurança e confiança à família para contribuir para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, competência preconizada pela OE na qual o EEESCJ deve “demonstrar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” (OE; 2010, p.5).

A observação da intervenção do EE e a colaboração nas consultas contribuiu para uma progressiva autonomia. Uma das competências desenvolvidas, diria maiores, ao longo deste processo, foi “avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem” (ibid). Para tal, além dos conhecimentos desenvolvidos, como um recurso importante na avaliação do desenvolvimento da criança até aos 5 anos de idade, é de salientar a utilização da escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, cuja utilização é preconizada pelo PNSIJ (DGS, 2013). Esta permite uma orientação e uniformização dos parâmetros a avaliar nas diferentes idades-chaves. A utilização desta escala de avaliação também contribui para que haja uma especial atenção para desenvolver a criatividade e as estratégias para incentivar a criança a participar nas atividades, sobretudo, através de comunicação, brincadeira e jogos.

A realização sistemática das consultas contribuiu para uma melhor aplicabilidade da mesma, na utilização das estratégias e na gestão do tempo. Para a

promoção da saúde e eficácia na avaliação do desenvolvimento da criança é de extrema importância que se desenvolvam e inevitavelmente sejam demonstradas “...habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” (OE, 2010, p.5). A realização das consultas nas diferentes idades-chaves permitiu uma constante adaptação e desenvolvimento da competência referida. Ainda no que concerne à comunicação, e atendendo ao contexto da comunidade onde a UCSP está inserida, revela-se importante que o EE esteja desperto para a importância de “comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas e apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (OE,2010, p.3).

A primeira consulta do recém-nascido teve um elevado impacto na aprendizagem experiencial, atendendo a ser um momento privilegiado para um conhecimento mais extenso da família e das suas necessidades. Nesta primeira consulta é realizada a avaliação do RN, o teste Guthrie e é realizada uma entrevista de saúde à família que, tendo como intuito fazer uma avaliação familiar, contempla aspetos como a sua composição, necessidades, recursos, conhecimentos e expectativas acerca desta fase do ciclo de vida.

Das diferentes consultas realizadas, constatou-se uma elevada necessidade de informação por parte da família, nomeadamente acerca dos cuidados de puericultura, de amamentação, da confirmação acerca do desenvolvimento saudável dos filhos, entre outros aspetos. Neste contexto, é de enaltecer a importância dos cuidados antecipatórios preconizados pelo PNSIJ (DGS,2013) e também pelo Regulamento de competências do EEESCJ quando defende que o EE “transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” (OE, 2010, p.5). A transmissão destas orientações à família contribui para a promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação para a parentalidade e proteção da criança e jovem. Embora seja dada ênfase no seguimento da consulta do RN, este tipo de cuidados são recomendados em qualquer idade, sendo o conhecimento e as experiências dos pais valorizadas, pois constituem um foco de intervenção, quer à luz da filosofia de cuidados centrados na família, quer através das orientações do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

No âmbito dos cuidados antecipatórios e ao encontro de um dos elementos do tema do presente relatório - a capacitação da família - a educação para a saúde assume um papel de destaque, contribuindo diretamente para a maximização da

saúde e, conseqüentemente, para uma melhoria dos conhecimentos em saúde e utilização dos recursos na comunidade, especificamente da urgência pediátrica. É de salientar que ao nível das consultas de saúde infantil a educação para a saúde deverá ser centrada nas necessidades individuais da criança e família.

A realização das consultas de saúde infantil permitiu o contacto com meios de realização de registos diferentes das experiências anteriores. Relativamente ao registo informático, o programa utilizado é o Sclinic® em que os registos de enfermagem contemplam a nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No âmbito do estágio e da exploração do programa foi interessante constatar que é contemplado como um foco de intervenção: o comportamento de procura de saúde. De acordo com o manual da CIPE versão 2, o comportamento de procura de saúde é caracterizado por “forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de recorrer e conseguir assistência de outros” (International Council of Nurses, 2011). O referido comportamento pode ser demonstrado ou não demonstrado e, de acordo com o diagnóstico, serem estabelecidas intervenções de enfermagem que permitam avaliar o comportamento da procura de saúde; avaliar o conhecimento da comunidade para promover o comportamento da procura de saúde; avaliar o potencial para melhorar o conhecimento. Atendendo ao tema do relatório, foi discutido com a enfermeira orientadora a importância da avaliação deste comportamento para um melhor conhecimento das necessidades da família na procura e no acesso aos cuidados de saúde.

A experiência anterior com os Boletins Individuais de Saúde, em contexto de urgência pediátrica, era essencialmente a de consulta de dados. Neste contexto foi possível uma exploração dos mesmos, onde é então vivenciada a importância da realização dos registos como forma de documentação da evidência do crescimento e desenvolvimento da criança, em que o enfermeiro tem uma intervenção ativa. Ainda sobre este documento são alertadas as famílias acerca das orientações antecipatórias acerca das idades-chaves contempladas pelo PNSIJ que se encontram no boletim.

De acordo com o PNSIJ deverá ser promovida a harmonização das consultas de vigilância de saúde com o esquema cronológico contemplado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV), com o intuito de reduzir as deslocações aos serviços de saúde (DGS, 2013). Durante o estágio constatou-se que esta orientação era tida

em conta nas consultas, quer pela verificação e atualização do calendário vacinal, quer pela informação transmitida à família. Houve oportunidade de um desenvolvimento de conhecimentos e competências acerca do PNV e aplicabilidade do mesmo. Neste contexto de cuidados, é de referir a abordagem do EE centrada nos cuidados não traumáticos, utilizando estratégias que visem proporcionar o menor impacto doloroso à criança, como a distração, a contenção pelos pais, a utilização de chupeta e a amamentação.

A principal dificuldade neste campo são os esquemas de vacinação alternativos, para tal foi consultado o PNV, discutida e avaliada situação a situação com a enfermeira orientadora.

Na sociedade atual vivem-se movimentos antivacinais que não vão ao encontro da realidade vivida na presente UCSP, no entanto, por constituir um tema de preocupação no âmbito da saúde da criança e no contexto saúde pública, foi um tema alvo de reflexão com a enfermeira orientadora, no qual foi discutida a importância de se transmitir a informação à família, os benefícios e riscos acerca do ato vacinal para que as famílias possam tomar decisões conscientes.

Tal como é recomendado pelo PNSIJ e pela OE, a visitação domiciliária (VD) é considerada como um elemento de excelência na vigilância e promoção da saúde, particularmente nos primeiros dias após a alta da maternidade, em casos de doença crónica ou prolongada e em situações de crianças e famílias identificadas como de risco.

A realização de visitação domiciliária constituía uma das atividades planeadas para o desenvolvimento de competências. Atendendo à escassez de recursos humanos não foi possível realizá-la, pelo que esta atividade não se cumpriu. Visto ser uma mais-valia para a promoção da saúde, na sequência de discussão com a enfermeira orientadora, foi elaborado um documento que reforça a importância da VD e criada uma folha como modelo de proposta para registos (Apêndice VI).

Durante o estágio também não foi possível a realização de atividades no âmbito da saúde escolar, pela equipa se encontrar inserida noutra unidade do ACES, no entanto, aquando da avaliação da criança e do jovem, sempre que detetada alguma situação que requeresse a intervenção da equipa de saúde escolar procedia-se à referenciação.

Neste âmbito de cuidados, o enfermeiro, no caso particular o EE, quer pelo número elevado de utentes sem médico de família, quer por se tratar de uma

população com elevadas carências socioeconómicas, exprime uma preocupação acrescida na vigilância de saúde da sua população alvo, assumindo o papel de advogado do utente. Neste seu papel tenta contribuir para a maximização da saúde, articulação dos cuidados e encaminhamento das crianças para outros elementos da equipa multidisciplinar, para outras instituições ou, em caso de risco, para o Núcleo de Apoio de Criança e Jovem em Risco.

Tal como é defendido pelas diferentes evidências científicas, políticas de saúde, e já referido, a articulação de cuidados entre os cuidados de saúde primários e o hospital contribui para a melhor utilização dos recursos de saúde. Assim, no âmbito do presente trabalho considerou-se oportuno apresentar uma proposta de articulação dos cuidados (Apêndice VII) contributiva para a melhoria da acessibilidade e capacitação da família para a utilização da urgência pediátrica.

### **3.3 - Serviço de Internamento de Pediatria**

Para dar continuidade ao percurso formativo, agora em contexto de internamento, a opção pelo local de estágio incidiu sobre um serviço que proporcionasse um leque de aprendizagens diversificado, permitindo também um contato com crianças com doença crónica e em cuidados paliativos.

O serviço, em questão, é um internamento de pediatria médica com subespecialidade em doenças respiratórias. Conta com uma história de quarenta anos de existência, com um elevado investimento pela equipa de enfermagem e médica no progresso do conhecimento, mobilização de recursos, desenvolvimento de competências que têm contribuindo para a melhoria da assistência e cuidados à criança. O serviço divide-se em duas valências, a enfermaria e o hospital de dia. A enfermaria tem um total de doze camas, admite a criança até aos 17 anos e em caso de doença crónica pode ir até aos 21 anos. O hospital de dia permite o acompanhamento, em ambulatório, da criança com doença crónica ou tratamento em situação aguda que não justifique internamento. Tal como é defendido no 1º artigo da carta da criança hospitalizada “a admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (IAC, 1998, p. 2).

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiras, médicos, assistentes operacionais, educadoras de infância, psicóloga, assistente social, dietista e secretárias de piso. Especificamente, a equipa de enfermagem é constituída por treze enfermeiras, das quais seis elementos com especialidade, quatro em enfermagem de saúde da criança e do jovem e duas em enfermagem de reabilitação. A partilha de diferentes saberes especializados é observada pela equipa como uma mais-valia para os cuidados, contribuindo para a reflexão, facilitando a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. A prestação de cuidados é orientada pela filosofia de cuidados centrados na família, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010). Por sua vez, a metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é a de enfermeiro responsável, com o intuito de contribuir para um cuidar individualizado e holístico.

Para a realização do estágio foi traçado como objetivo específico: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e família com doença crónica e ou em cuidados paliativos em contexto de internamento.

O fato do estágio ter coincidido com uma época sazonal muito propensa a internamentos por problemas respiratórios permitiu o contato com um elevado número de crianças com doença aguda e doença crónica, e suas famílias. Durante este período houve a possibilidade de prestar cuidados a crianças com bronquiolite, pneumonia, crise asmática, anafilaxia, fibrose quística, síndrome de Werdnig Hoffmann, paralisia cerebral, entre outros.

Os processos de doença e hospitalização podem surgir como eventos inesperados para a família, implicando uma dificuldade na adaptação parental, na qual os pais podem questionar-se acerca da sua identidade, sobre o que podem ou não fazer e o que os profissionais esperam que eles façam (OE, 2015). De acordo com o Regulamento de competências específicas do EEESCJ é da responsabilidade destes enfermeiros promover a adaptação à parentalidade no contexto de saúde e doença, pelo que deverão ter uma intervenção que contribua para o desenvolvimento de conhecimentos e aprendizagem de habilidades que capacitem os pais a gerir da melhor forma o regime terapêutico dos filhos (Ibid).

A observação da intervenção do enfermeiro especialista, durante todo o estágio foi deveras importante, pois constituiu um meio de aprendizagem e de reflexão em confronto com a teoria.

Sendo a capacitação, um dos elementos fundamentais da filosofia de cuidados

centrados na família, foi inicialmente possível observar e posteriormente contribuir para a capacitação da família, em contexto de doença aguda e doença crónica. Destaco, assim, a intervenção em duas famílias de crianças com situações de doença aguda. No episódio de internamento de uma lactente com 10 meses de idade, a cumprir broncodilatadores por câmara expansora, na sequência de uma bronquiolite, a mãe, principal prestadora de cuidados, desconhecia este dispositivo de administração de terapêutica, do qual iria necessitar para dar continuidade ao tratamento aquando da alta hospitalar. Assim, pretendia-se contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e autonomia na administração da terapêutica. Inicialmente foi realizado o ensino acerca da terapêutica, dos seus benefícios, efeitos secundários, modo de administração. Numa segunda fase procedeu-se à instrução através da demonstração da administração da terapêutica. Na terceira fase procedeu-se ao treino, ou seja, foi a mãe quem administrou a terapêutica com apoio e supervisão. Numa fase final procedeu-se à validação da aprendizagem na qual a mãe revelou conhecimentos e habilidades que contribuíram para a sua autonomia e consequente capacitação. Ainda, noutra situação de doença de carácter agudo, nomeadamente anafilaxia, numa criança de 4 anos de idade, surgiu a necessidade de contribuir para a capacitação da mãe no reconhecimento dos sinais de alarme, administração de terapêutica de urgência no domicílio e onde recorrer de acordo com os sintomas do filho. Em ambas as situações, ao encontro do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, foram considerados os conhecimentos anteriores, as características individuais de cada mãe, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que queriam alcançar e, por fim, validados os conhecimentos acerca do comportamento desejável. Estas duas intervenções contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência específica de EEESCJ “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança” (OE, 2010, p.3).

Neste contexto de estágio, houve oportunidade de contactar com alguns adolescentes, essencialmente com doença crónica. A adolescência é marcada por inúmeras oportunidades de crescimento, nomeadamente na dimensão física, nas competências sociais e cognitivas, autonomia, auto-estima e intimidade (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). De acordo com Cordeiro (2015) é um tempo dinâmico em que são formuladas atitudes, intenções e comportamentos, exercitando-se progressivamente a autonomia.

Na prestação de cuidados a uma adolescente de 15 anos, com fibrose quística, constatou-se uma crise na patologia de base devido à não adesão ao regime medicamentoso. Referiu que já tinha estado alguns períodos sem tomar a terapêutica, não tinha tido descompensação e que apenas gostaria de ser uma adolescente “normal” e por vezes se esquecia de fazer as tomas. Mediante o contato com esta adolescente, surgiu a necessidade de uma intervenção especializada, que contribuísse para a adesão ao regime terapêutico com o intuito de promover a saúde, pelo que se procedeu à operacionalização do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Apêndice VIII). Esta intervenção vai ao encontro da unidade de competência em que o EEESCJ “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2010, p.4) e “promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2010, p.5).

Durante este percurso houve oportunidade de prestar cuidados a um latente de cinco meses, com a doença de Werdning-Hoffman, uma doença rara. Segundo a Orphanet doença rara é aquela que afeta um número pequeno de pessoas comparativamente com a população em geral. De acordo com a mesma fonte, na Europa considera-se uma doença como rara quando afeta uma em cada duas mil pessoas. O diagnóstico da doença havia sido confirmado recentemente, atendendo ao estágio grave da mesma; o latente apresentava uma fraqueza muscular significativa que comprometia seriamente a função respiratória, o que conduziu ao seu internamento. Mediante a avaliação clínica do latente foi realizada uma reunião entre a equipa multidisciplinar, que incluiu o médico responsável, o enfermeiro de referência e a psicóloga, na qual foi decidido que entraria em cuidados paliativos.

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, entende-se por ação paliativa “ qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” (DGS, 2005, p.10). É uma perspetiva de cuidados que tem como intuito melhorar a qualidade de vida dos doentes e da família que se deparam com uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e do alívio de sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e apoio no luto (Ibid). São cuidados que visam uma abordagem multidimensional, nomeadamente física, emocional, social e espiritual.

Perante o confronto da família com o plano terapêutico procedeu-se a

intervenções no âmbito da relação terapêutica que contemplaram a escuta ativa, a disponibilidade, a clarificação, a relação de ajuda (Lazure, 1994). Além destas intervenções, também foi promovida uma sessão de educação para a saúde aos pais que contribuisse para a aprendizagem de técnicas no sentido da sua autonomia na prestação de cuidados no domicílio. Foram tidos em conta os componentes do Modelo de Nola Pender para contribuir para este processo de capacitação. A abordagem desta família consistiu numa intervenção especializada, que foi ao encontro da unidade de competência “responde às doenças raras com cuidados apropriados” (OE, 2010, p.4) e à unidade de competência previamente supramencionada “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2010, p.4).

Ainda, neste contexto de cuidados, verificou-se um elevado respeito pelas crenças da família, aquando da colaboração na organização do batismo de duas crianças internadas no serviço, ambas em cuidados paliativos, com agravamento da patologia de base, pelo que as famílias decidiram antecipar esta cerimónia para o contexto hospitalar, fazendo jus às suas crenças religiosas. A reflexão acerca desta situação reporta ao quão importante é, de acordo com a filosofia de Cuidados Centrados na Família, respeitar as crenças da família. Ainda ao abrigo do Regulamento de Competências específicas do EEESCJ, é pressuposto que o mesmo se relacione com a criança/família com base no respeito pelas suas crenças e na cultura (OE, 2010).

Foi um estágio que se revelou muito rico pelas diferentes oportunidades de aprendizagem, prestação de cuidados que despoletaram a necessidade de pesquisa que contribuisse para uma prática baseada na evidência, que vai ao encontro da intervenção do EEESCJ na resposta na complexidade em diferentes áreas de saber, através de conhecimentos, competências que lhe permitam antecipar e responder a situações de emergência, como também na avaliação familiar, na resposta às suas necessidades e na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2010).

### **3.4 - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário**

Os avanços científicos e tecnológicos têm tido uma influência enorme na diminuição das taxas de mortalidade infantil, o que representa um aumento da

esperança de vida em crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento (OE, 2011). Esta evolução pode ser traduzida na condição de doença crónica, a qual pode ser definida como uma doença de evolução prolongada que implique a vigilância de saúde e tratamentos específicos (Ibid).

O departamento de pediatria do centro hospitalar onde foi realizado o estágio anterior foi pioneiro no apoio, articulação de recursos e estratégias para a prestação de cuidados à criança com doença crónica e sua família na transição para o domicílio. Resultante desta atitude proactiva na diferenciação dos cuidados, em 2006, foi criada a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) que derivou de uma parceria estabelecida entre o local de estágio anterior e a Fundação Gil. Foi um projeto abraçado durante cerca de dez anos por esta parceria, que, devido ao crescente número de crianças com necessidade de cuidados de diferentes especialidades no domicílio, o projeto foi transferido para a consulta externa de pediatria. Atualmente são acompanhadas crianças, jovens e famílias referenciadas das especialidades de Neonatologia, Pneumologia, Endocrinologia e Neurologia.

A UMAD tem a perspetiva do cuidar centrado na família e visa a transição de cuidados do hospital para o domicílio através da visitação domiciliária a crianças e jovens com doença crónica, acompanhados na instituição, que necessitam de cuidados de enfermagem diferenciados. Na base desta transição emerge a motivação da família para cuidar em casa do seu ente querido, sendo preconizado que adquira ou desenvolva competências e sejam reunidas condições no domicílio, e ainda estabelecida uma parceria com os profissionais de saúde para alcançar essa finalidade. O conceito de capacitação toma aqui uma importância fulcral, no qual o PNS propõe que seja promovida a “capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015, p. 21).

Trata-se de um projeto multidisciplinar que conta com a visitação domiciliária a crianças e jovens, durante quatro dias da semana, de terça a sexta-feira, pela equipa de enfermagem, sendo solicitado o apoio da psicologia e da assistência social, sempre que necessário. É também transmitida a informação acerca da situação da criança/do jovem/família ao médico que acompanha a criança e agilizados recursos em equipa, mediante as necessidades diagnosticadas. Outra atividade, no âmbito do projeto, é a promoção da articulação com os cuidados de saúde primários e o apoio através de entidades ou estruturas na comunidade que possam contribuir para a capacitação da

família e/ou a satisfação das necessidades da criança e do jovem, que vai ao encontro de uma das linhas de atuação do PNSIJ (DGS,2013, p.14).

As atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem decorrem do preconizado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aquando do defendido nos enunciados descritivos acerca do escopo de ação do EEESCJ, nomeadamente, no âmbito da satisfação da criança/do jovem; na promoção da saúde; na prevenção das complicações; no bem-estar, no autocuidado e na adaptação às condições de saúde e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

A escolha desta experiência teve como finalidade compreender a continuidade de cuidados em contexto pós hospitalar, atendendo a que conhecer a criança/família no seu ambiente é um momento privilegiado para a intervenção do enfermeiro, bem como a articulação entre a unidade, os serviços e a comunidade. Assim, foi estabelecido como objetivo específico desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família com doença crónica e/ou em cuidados paliativos em contexto domiciliário.

O estágio nesta unidade teve início com uma reunião com a enfermeira responsável pela coordenação da UMAD, na qual foi facultado o conhecimento acerca do funcionamento, da dinâmica da equipa multidisciplinar em contexto de cuidados no domicílio e da articulação com serviços e redes de apoio na comunidade. Para uma melhor compreensão foi possível, durante três dias, acompanhar as EEESCJ na realização das visitas domiciliárias.

Neste âmbito de cuidados, os princípios da filosofia de cuidados centrados na família, tomam um papel de destaque, sendo facilmente identificados na relação terapêutica e na parceria estabelecida entre as famílias e a equipa de enfermagem. Facilmente se constata a lógica em que a família é encarada como a melhor prestadora de cuidados, indo ao encontro do que é defendido na literatura em que “com apoio e treino adequados, atualmente, as famílias podem cumprir tratamentos e procedimentos complexos em casa (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 901). Como é preconizado pelo PNSIJ, a realização das visitas domiciliárias estão aconselhadas em crianças, jovens e famílias em que foi identificado algum fator de risco que possa comprometer o seu crescimento e o seu desenvolvimento saudável.

No decurso do estágio houve oportunidade de realizar uma visita a um lactente, com antecedentes de prematuridade, que havia sido identificado de risco atendendo

ao contexto familiar e social, para fazer vigilância de saúde e avaliação das necessidades do lactente e da mãe. Na visita domiciliar anterior, havia sido constatado que a mãe do João desconhecia como preparar adequadamente o leite adaptado, pelo que foi realizado o ensino, e nesta visita domiciliar um dos objetivos foi fazer a validação da aprendizagem, o que reflete uma intervenção promotora da saúde, com a finalidade de capacitar a mãe nos cuidados ao filho (Apêndice IX). Outro dos objetivos desta visita foi validar a articulação dos recursos da mãe com a comunidade, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários e das associações que dão apoio alimentar e produtos de puericultura que haviam sido indicados previamente. Nesta intervenção foi possível contribuir para a implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde com o intuito da promoção da parentalidade e da capacitação da mãe (OE, 2011).

Numa outra visita domiciliar, a um adolescente com paralisia cerebral, tetraparésia espástica, ao cuidado dos avós, um dos objetivos era a vigilância de saúde do jovem e avaliação das necessidades do mesmo e da família. No decorrer desta avaliação foi detetado que o mesmo se encontrava com dificuldade respiratória, que necessitava de observação médica para prescrição de medidas terapêuticas, pois do validado com os avós já tinham esgotado os recursos em termos de estratégias para melhorar o padrão ventilatório. Assim, foram elucidados os avós acerca dos recursos disponíveis e conseqüente encaminhamento para a observação médica do jovem. Nesta intervenção foi possível contribuir para o desenvolvimento da competência de EEESCJ na qual é contemplado que o mesmo “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” (OE, 2010, p.3). Durante esta visita foi muito interessante o acolhimento realizado pela família à equipa e assistir a todo o carinho e empenho com que aquele avô organizava o seu dia em função das necessidades do neto.

No decorrer das visitas houve uma observação participante na prestação de cuidados às crianças, aos jovens e famílias com doença crónica no domicílio, que se revelou uma experiência deveras interessante e enriquecedora, através da qual foi possível desenvolver competências na promoção da adaptação da criança, do jovem e família com doença crónica, incapacidade ou deficiência em contexto domiciliário (OE, 2010).

### 3.5 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

O desenvolvimento de competências na abordagem à criança em situação crítica é um dos requisitos da Ordem dos Enfermeiros no processo formativo para o título de EEESCJ. De acordo com a OE “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p. 1). Cabe ao EEESCJ cuidar da criança/do jovem e família em situações de especial complexidade, na qual é do escopo das suas competências reconhecer a instabilidade de funções vitais e o risco de morte, prestando para tal cuidados adequados (OE, 2010).

O exercício profissional em contexto de urgência pediátrica num hospital distrital tem proporcionado experiência na prestação de cuidados à criança em situação crítica. No entanto, as situações de emergência em pediatria não são uma realidade frequente e atendendo a que exigem conhecimentos e habilidades diferenciadas, o investimento na formação nesta área tem sido, também, uma prioridade no percurso formativo. Durante o presente curso de especialização e mestrado foi realizada formação em Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida Pediátrico de acordo com as orientações do Conselho Europeu de Ressuscitação, o *Pediatric American Life Support* da *American Heart Association* e uma formação sobre eletrocardiografia para enfermeiros.

Para dar continuidade ao processo formativo, optou-se por se realizar o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED), que constitui o centro de referência de trauma pediátrico para o centro hospitalar onde é exercida a atividade profissional, com o intuito de compreender melhor esta articulação e continuidade de cuidados à criança gravemente doente. Foi então traçado como objetivo específico para este estágio: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e família em situação crítica.

A missão da UCIPED é prestar cuidados diferenciados e altamente especializados à população em idade pediátrica, em situação crítica ou com falência das funções vitais. É uma unidade inovadora, que prima pela excelência do cuidar, investindo em tratamentos muito diferenciados que vão ao encontro de uma prática baseada na evidência. Desenvolve técnicas como ECMO (Extra Corporeal Membran

and Oxygenation), hemodiafiltração, hipotermia induzida, entre outras. Tem uma lotação de seis camas para cuidados intensivos e duas para cuidados intermédios. Recebe crianças e jovens vindas do serviço de urgência, do bloco operatório, das enfermarias do hospital, de outras unidades hospitalares que necessitem de cuidados intensivos, ou designadamente de algum suporte específico da presente unidade, de Portugal continental, das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Os motivos de admissão na unidade são de uma elevada diversidade, do contexto agudo ao crónico, de patologia médica e cirúrgica. São exemplos: situações de crianças com patologia do foro respiratório com necessidade de suporte ventilatório, infeccioso grave, nomeadamente sépsis ou meningite, neurocirúrgico, politraumatizados, crianças com doença oncológica que necessitem de cuidados intensivos, entre outros.

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, pela equipa médica, pediatras intensivistas, assistentes operacionais e secretária de piso. Sempre que necessário conta com apoio de profissionais de diferentes especialidades, como anestesiologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, psicologia, assistência social, entre outros. Por sua vez, a equipa de enfermagem conta com três enfermeiros especialistas em EEESCJ e uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Os cuidados são orientados de acordo com a filosofia de cuidados centrados na família, tal como é preconizado pela entidade reguladora da profissão de enfermagem.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é a de enfermeiro responsável, com o intuito de prestar cuidados individualizados de elevada qualidade, no entanto, devido ao tipo de cuidados exigidos pela especificidade de cada criança, várias intervenções requerem a colaboração de colegas onde é, também, de enaltecer a cooperação e o trabalho em equipa.

O fato da orientação deste estágio ser realizada por uma EEESCJ que assumia funções e responsabilidades de chefia de equipa, com uma exigência de cuidados de elevada complexidade, foi uma aprendizagem muito enriquecedora, que muito contribuiu para a reflexão de práticas que vão ao encontro do desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados. Assim, neste âmbito, foi possível constatar o sentido de responsabilidade na distribuição das crianças pelos enfermeiros, onde eram tidas em conta as competências de cada elemento, as

situações que poderiam constituir novas oportunidades de aprendizagem promotoras do desenvolvimento profissional, tendo por base uma prestação de cuidados segura e de qualidade, com vista à satisfação do superior interesse da criança.

Ainda no âmbito da gestão e liderança da equipa foi notória a promoção do espírito de equipa através do apoio, acompanhamento dos elementos, a assertividade na comunicação inclusive em situações de emergência, a relação profissional com a equipa multidisciplinar em torno da melhoria dos cuidados à criança, a utilização do reforço positivo com os diferentes elementos da equipa aquando do contato com novas e/ou situações complexas, a reflexão com os elementos de forma construtiva. Aliada à experiência profissional de desempenho de funções de chefia de equipa, a observação e reflexão acerca destas práticas contribuíram para o desenvolvimentos de competências no âmbito da gestão dos cuidados, na qual é contemplado pela OE que o EE deve gerir os cuidados, com o intuito de otimizar as respostas da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, assim como a articulação com a equipa multiprofissional e, ainda, que a liderança e a gestão dos recursos devem ser adaptadas às situações e ao contexto zelando pela qualidade dos cuidados (OE, 2010).

No âmbito das competências comuns do EE foi identificada uma prática na UCIPED considerada uma mais-valia, que constituiu motivo de reflexão com o intuito de tentar reproduzir, *a posteriori*, no local de trabalho. São realizadas reuniões pela equipa multidisciplinar onde se discutem incidentes na prestação de cuidados, não com o intuito de criticar o erro mas como oportunidades de reflexão, de melhoria do desempenho profissional, condutas clínicas que visem a melhoria da prestação de cuidados à criança/ao jovem e família. A unidade onde é realizado o exercício profissional fomenta uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados, onde é prática corrente os enfermeiros zelarem por estas dimensões no seu desempenho e ainda realizarem a notificação de incidentes de risco clínico e não clínico para a melhoria das práticas. A discussão acerca dos incidentes é realizada de forma informal, entre os elementos da equipa de enfermagem ou em situações que implique a equipa alargada com os elementos envolvidos. No entanto, esta discussão de forma formal, ou seja agendada, com situações sinalizadas que visem a discussão da equipa multidisciplinar, o confronto de perspetivas e saberes pode ser considerada um benefício para o desenvolvimento profissional e melhoria dos cuidados que vai ao encontro da competência comum de EE na qual a OE preconiza que devem ser

geridas na equipa, de forma adequada, as práticas de cuidados que coloquem em causa a segurança, a privacidade ou dignidade do doente (OE, 2010).

Cuidar da criança/do jovem e família numa unidade de cuidados intensivos possibilita o contato frequente com situações de instabilidade que podem culminar na morte. Os profissionais estão expostos a uma elevada carga emocional, que têm de coordenar com as exigências cognitivas e técnicas da prestação de cuidados. Assim, é de enaltecer, uma prática realizada pela equipa multidisciplinar, de que a enfermeira orientadora é a responsável: são as reuniões acerca da morte das crianças na unidade. O objetivo desta prática é a realização da catarse, partilha de sentimentos e emoções, discussão e reflexão da situação para melhoria das práticas e o intuito máximo de cuidar de quem cuida em situações de luto e morte.

Numa etapa quase final do percurso formativo prático, este estágio foi marcado por diversos momentos de reflexão despoletados por diferentes situações.

A prestação direta de cuidados à criança e família em situação crítica foi um dos focos da intervenção neste contexto de estágio que contribuíram para o desenvolvimento profissional. Em contexto de urgência, na criança e no jovem gravemente doentes que necessitam de cuidados intensivos têm de ser assegurados os cuidados que visam a sua estabilização clínica até à transferência. Atendendo a que a experiência profissional é exercida num hospital distrital, as competências desenvolvidas nesta área revestem-se de uma elevada importância por não haver um suporte imediato de cuidados intensivos de retaguarda e, além disso, para assegurar cuidados de elevada qualidade.

Durante o estágio houve oportunidade de prestar cuidados a crianças com patologias do foro respiratório que necessitaram de ventilação mecânica, ventilação não invasiva, procedimentos estes que são realizados na urgência, apenas, durante curtos períodos de tempo com vista à estabilização da criança. Como tal, foi uma aprendizagem muito enriquecedora que permitiu desenvolver conhecimentos científicos e técnicos através da pesquisa, da observação participativa, colaboração e prestação de cuidados, da discussão e reflexão com a enfermeira orientadora.

Na admissão de um lactente, com diagnóstico de bronquiolite, que tinha sido transferido de uma região do interior do país, foi possível proporcionar o acolhimento da família à unidade. Foram recebidos os pais, explicada a situação clínica do filho, promovida a integração na unidade, demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e escutados os pais que revelaram estar preocupados com

a situação clínica do filho, a referirem sentimentos de culpabilização por não terem reconhecido antecipadamente o agravamento, assustados pelo impacto do ambiente excessivamente tecnológico e desconhecido. Atendendo a que foi possível ficar alguns turnos com o lactente, o sentimento de culpa foi-se desvanecendo progressivamente. Foi também realizada educação para a saúde, a pedido dos pais, sobre os sinais de alarme que devem motivar a recorrência ao serviço de urgência. Esta intervenção teve por base os componentes do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Na prestação de cuidados a um lactente que estava ventilado na sequência de uma pneumonia grave, após a aspiração de secreções, verificaram-se sinais de instabilidade clínica que culminou numa situação de emergência. Foi necessária a intervenção da equipa multidisciplinar para a sua estabilização. Esta situação demonstra a importância da integração na unidade, pois foi tida em conta a minha experiência e os conhecimentos desenvolvidos intervindo como se fosse um elemento da equipa. Assim, é uma experiência que vai ao encontro da unidade de competência que contempla o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e do risco de morte, prestando cuidados de enfermagem adequados (OE, 2010).

No decorrer deste percurso, as aprendizagens e reflexões foram muito intensas e interessantes, no entanto para espelhar o impacto das experiências apenas algumas podem ser selecionadas.

Admitido um adolescente de dezanove anos, com uma doença degenerativa em curso, com um grave comprometimento da função respiratória, foram comunicadas à mãe, pela equipa médica, as opções de tratamento a proporcionar: medidas de conforto que mantivessem a função respiratória ou intervenção de uma forma mais invasiva através da ventilação assistida. Com uma abordagem de cuidados centrados na família, foram explicadas as opções de tratamento, os benefícios e implicações, em conjunto com a equipa médica. A mãe solicitou um tempo para comunicar com o marido e para refletirem qual a melhor opção para o filho. Uma escolha dolorosa para a família, mas que não proporcionasse mais sofrimento ao filho, foi então a opção, atendendo a que o adolescente estava em cuidados paliativos. Nesta intervenção, além de tantos outros aspetos que poderiam ser analisados à luz da abordagem por um EEESCJ, é de referir a importância dos conhecimentos e da aplicação dos mesmos na promoção do conforto, utilizando estratégias farmacológicas e terapias complementares, como é contemplado na

unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010).

Foi deveras significativo observar e participar na relação terapêutica, sendo também de salientar a importância de serem transmitidas informações claras, desprovidas de esperanças irrealistas, mas com mobilização de estratégias promotoras de esperança.

Neste local de estágio, está alocado o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), um serviço de transporte, de recém-nascidos, crianças e jovens em situação crítica, entre diferentes instituições. A equipa que assegura o transporte é constituída por um enfermeiro e um médico com experiência em cuidados intensivos e um técnico de ambulância de emergência; uma equipa especializada que assegura os cuidados durante o transporte da forma mais segura à criança gravemente doente. Surgiu a oportunidade de realizar um turno com a equipa, e foi assim possível compreender melhor o circuito da criança em situação crítica, a articulação do transporte com as instituições e ainda colaborar na prestação de cuidados à mesma.

Esta também era uma das áreas de interesse. Já em 2011 havia sido realizado o curso “ Estabilização, Pré-transporte da Criança Gravemente Doente”, nesta instituição e com a equipa do TIP, com o intuito de desenvolver competências nesta área, visto que até existir este transporte inter-hospitalar especializado, foram realizadas diversas transferências entre a urgência e as unidades de cuidados intensivos de referência do centro hospitalar, continuando a ser realizadas sempre que a criança não reúna critérios para receber cuidados intensivos.

A realização deste estágio foi promotora de diversas aprendizagens em que a prática reflexiva se revelou um elemento fundamental na aquisição e desenvolvimento de competências de EEESCJ.

### **3.6 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Mediante a experiência prévia em contexto de urgência, o objetivo da realização deste estágio foi conhecer uma realidade diferente, no mesmo âmbito de cuidados, que contribuísse para a reflexão de práticas e desenvolvimento de conhecimentos. Assim, para culminar o percurso formativo, no âmbito do presente curso, optou-se por realizar o estágio num serviço de urgência pediátrica (SUP) de um

hospital central para contatar com um leque mais diversificado de situações. A opção incidiu sobre um dos serviços de urgência pediátrica mais antigos do país, com uma elevada afluência, sendo uma unidade de referência médico-cirúrgica para a região sul de Portugal continental, regiões autónomas da Madeira e Açores e Países de Língua Oficial Portuguesa.

São admitidas crianças e jovens até aos 17 anos de idade, e em situação de doença crónica podem recorrer até aos 21 anos. Podem ir diretamente à urgência ou na sequência de encaminhamento de outras instituições de saúde para observação por especialidades, como: cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, pedopsiquiatria, neurologia.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, pediatras e médicos das diferentes especialidades supramencionadas, assistentes operacionais e administrativos. A equipa de enfermagem conta com três EEESCJ e dois especialistas em enfermagem de reabilitação.

À semelhança da unidade de urgência onde é realizado o exercício profissional, este serviço está dividido em valências, designadamente: sala de triagem (com 3 postos de atendimento), sala de reanimação, gabinetes de observação médica (conta com 4), sala de tratamentos, sala de aerossóis, sala de observação (SO), gabinete de cirurgia, gabinete de otorrino, gabinete de pequena cirurgia, gabinete de ortopedia, gabinete de pedopsiquiatria e duas salas de espera, uma no exterior e outra no interior do serviço. Visto ser um serviço com uma afluência mais elevada, o espaço e o número de salas são proporcionais à mesma.

Excetuando situações de emergência, o circuito da criança no SUP tem início na triagem. O sistema de triagem implementado é a triagem canadiana (*Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale - CPTAS*). De acordo com um parecer da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Janeiro, 2015) este sistema de triagem apresenta como uma das principais vantagens ser um sistema exclusivamente pediátrico.

Atendendo a elevada afluência deste SUP, esta é uma valência de destaque, na qual as competências de observação, conhecimentos científicos, de raciocínio clínico do enfermeiro, são conjugadas e determinam o adequado encaminhamento da criança. De acordo com a Associação Nacional de Enfermeiros de Emergência do Canadá, a triagem é definida como um processo de classificação de doentes, no qual um enfermeiro experiente, através do pensamento crítico, faz uma avaliação do utente mediante a sua chegada ao serviço de urgência para determinar a gravidade dos

problemas apresentados, atribuir uma prioridade ao utente, determinar o encaminhamento adequado e indicar de modo eficiente os recursos de saúde adequados (Canadian Association of Emergency Physicians, 2012). O contato com este sistema de triagem já tinha existido previamente através de uma visita ao SUP do Hospital São João do Porto, instituição pioneira no país no desenvolvimento do sistema de triagem em questão, e a realização do curso de *CPTAS* nesta mesma instituição. Estas atividades ocorreram no início do curso de mestrado, quando no SUP onde é exercida a profissão foi realizada uma análise dos sistemas de triagem aconselhados pela Direção Geral da Saúde. Através da experiência em triagem, o contato com este sistema de uma forma mais prática foi deveras interessante, pois permitiu observar e refletir acerca da funcionalidade e operacionalização do sistema de triagem.

Uma vantagem que este sistema de triagem apresenta é permitir a análise e monitorização de dados que possam constituir indicadores de qualidade essenciais para o melhoramento da triagem e, conseqüentemente, para a gestão do próprio serviço de urgência (Januário, 2015). Assim, a utilização deste sistema de triagem permitirá fazer uma análise da afluência, tempos de triagem e das prioridades, o que contribuirá para a perceção dos motivos de recorrência ao referido serviço. Visto ter sido implementado recentemente e o estágio ser de curta duração, não foram solicitados estes dados. Sendo a triagem realizada por enfermeiros, através da análise de dados que possa ser efetuada considera-se ser uma mais-valia para a afirmação da importância da profissão e da realização de estudos que contribuam para uma prática baseada na evidência.

Os elementos da equipa de enfermagem são distribuídos por valências para assegurar continuamente e de forma segura os cuidados à criança. Tal como na UCIPED, o chefe de equipa de enfermagem faz a distribuição dos elementos pelas valências no início de cada turno, mediante as ocorrências no serviço, a experiência profissional, as competências de cada elemento e as oportunidades de desenvolver novas aprendizagens. Também neste local de estágio o enfermeiro orientador desempenhava funções de liderança e chefia de equipa, o que constituiu uma mais-valia para o processo de aprendizagem. De destacar a assertividade na comunicação com os elementos da equipa multidisciplinar, o interesse em acompanhar os colegas e pôr em ação um processo de supervisão clínica construtiva. Visto ser um serviço de grande dimensão, é de destacar a capacidade de coordenação; em todas as

intervenções era saliente a motivação que os cuidados da equipa fossem prestados em prol do superior interesse da criança. Por fim, fazendo jus ao que é esperado de um EEESCJ, entre outras características foi evidente, nas frequentes reflexões que foram realizadas, o pensamento crítico e a responsabilidade que demonstrava ao transmitir e despoletar tal nos elementos da equipa.

Embora a equipa de enfermagem seja distribuída por valências, não permitindo um acompanhamento contínuo da criança e família ao longo do circuito no SUP, é notório nas intervenções dos enfermeiros que a filosofia orientadora dos cuidados é a dos Cuidados Centrados na Família. Desta experiência, há que destacar também a relevância dos Cuidados Não Traumáticos, pilar fundamental da enfermagem pediátrica, na prestação de cuidados. São realizadas estratégias que visam minimizar o impacto dos procedimentos dolorosos, através da comunicação, mobilização dos recursos para a promoção de um ambiente confortável, utilização de técnicas de distração, o brincar, a utilização de anestésicos locais e até a utilização de sedação inalatória no caso de procedimentos mais invasivos. Na urgência onde é realizado o exercício profissional também são utilizadas estas estratégias e foi interessante contatar com uma realidade semelhante, em que são mobilizados meios e recursos com base em conhecimentos científicos para zelar pela excelência dos cuidados à criança e família.

Ao encontro da temática do presente trabalho e de acordo com um estudo recente realizado no norte do país, “a noção de doença grave em situação de baixa gravidade com recurso precoce e rápido a atendimento de saúde diferenciado denota falta de informação em conceitos de saúde pela população geral” (Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016). Este estudo, e em concordância com outras evidências da literatura científica, sugere que se invista na educação para a saúde como meio de otimizar a utilização dos recursos de saúde pela sociedade (Ibid). Na sequência de uma reflexão com o enfermeiro orientador, considerou-se oportuno, consultar os registos de enfermagem dos processos das crianças presentes na unidade com o intuito de analisar as evidências de educação para a saúde realizada pelos enfermeiros. De salientar que a documentação de enfermagem é uma evidência dos cuidados, com relevância nos aspetos de natureza ética e legal, contribuindo para a continuidade e para a qualidade dos cuidados, para as decisões clínicas, com impacto ao nível da gestão, da formação e da investigação e ao nível dos processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Durante o estágio foram aleatoriamente consultados os processos das crianças inscritas na urgência, através da aplicação informática HCIS®, com a qual não tinha tido contato prévio e foi mais uma ferramenta na aprendizagem. De referir que é de fácil utilização, permite visualizar todo o circuito da criança inscrita na urgência, os registos dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, as prescrições de tratamentos e terapêutica e, no final, o relatório da alta clínica. No total foram consultados 74 processos, foi construída uma tabela de recolha de dados, a qual respeitava o sigilo profissional, identificando de cada criança o género, a idade, se foram ou não realizados ensinos, o local de realização, isto é, no circuito da urgência ou em internamento em SO. Para a interpretação mais clara dos dados recolhidos foi construída uma nova tabela que permite uma análise quantitativa dos dados. Assim, aleatoriamente, no total de 74 processos consultados, 35 eram de crianças do género feminino e 39 do género masculino, não havendo uma diferença significativa entre os géneros. As idades variaram entre o mês de idade e os 17 anos, ou seja, toda a panóplia de idades foi abrangida. No total, foi identificada a realização de 48 ensinos a 41 famílias, visto que em alguns processos eram referidos mais que um ensino. Atendendo ao total de processos consultados, houve realização de ensinos a 55,4% da população. Quanto ao local de realização dos ensinos, prevaleceu claramente a urgência onde foram identificados 44 ensinos e nos registos do SO 4. A natureza da educação para a saúde incidia, essencialmente, acerca: da hidratação oral (22 ensinos); sinais de alarme após administração de terapêutica intramuscular (IM - 10 ensinos); massagem abdominal (3); lavagem nasal (3); cuidados a ter no domicílio (2); ensinos para a alta (2); realização de limpeza genital para colheita de urina (1); amamentação (1); ensino sobre efeitos da terapêutica retal e medidas a tomar (1); ensinos oportunos (1); sinais de dificuldade respiratória (1) e terapêutica administrada (1).

Numa observação informal é facilmente constatável que a equipa prima pela realização da educação para a saúde de forma personalizada, tendo em conta conhecimentos anteriores, experiências, expectativas, alguns dados que vão ao encontro do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Nos processos consultados não é possível analisar as causas que levaram às orientações dadas aos pais, no entanto, a amostra de 55,4% é significativa de um reflexo que a equipa atribui importância à educação para a saúde. Foi evidente, pela observação em conjugação com os dados obtidos que no SO, a aposta na educação para a saúde é efetuada na

prática mas não é evidenciada através da documentação. Sendo a educação para a saúde uma das estratégias promotoras da capacitação das famílias e sendo uma intervenção nobre no âmbito da EESCJ de acordo com as orientações da OE (OE, 2011), seria pertinente a realização de uma sessão de formação à equipa para expor os dados e demonstrar a importância de documentar a educação para a saúde, pois revela-se essencial ao desenvolvimento do saber em enfermagem.

Considera-se interessante, também, a aplicação prévia de um questionário aos elementos da equipa de enfermagem acerca da importância que atribuem individualmente à educação para a saúde, da perceção que têm acerca da importância atribuída pela equipa e da perceção acerca da realização dos registos, confrontando-a com os dados recolhidos. Visto que o estágio teve uma curta duração e que o processo de desenvolvimento de competências é contínuo e o interesse em evoluir é crescente, considera-se a realização desta atividade após o término desta etapa. A realização desta análise de dados também despertou o interesse de reproduzir esta análise na unidade de urgência pediátrica onde é realizado o exercício profissional.

## 4 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No culminar do percurso formativo torna-se imperiosa a necessidade de fazer uma síntese acerca das competências desenvolvidas.

Benner (2005) defende que no âmbito do cuidar podem ser considerados vários níveis de competência, designadamente: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Nesta sua perspetiva, o enfermeiro perito pode transitar de um nível de compreensão da situação ao ato concreto sem necessidade de se suportar em princípios analíticos, atendendo a ter uma elevada capacidade de adaptação, utilizando e adequando o saber de experiências concretas vividas anteriormente no contexto profissional em atuais situações semelhantes.

Por sua vez, relativamente ao percurso de desenvolvimento profissional, a OE afirma que “o aperfeiçoamento profissional, mais que uma mera atualização dos conhecimentos (...) é o caminho da construção de competências” (2015, p. 43). Este percurso formativo foi orientado pelos referenciais da OE no que respeita às competências comuns de EE e às competências específicas de EEESCJ. Foram de extrema relevância os estágios vivenciados para o desenvolvimento das diferentes competências, permitindo a mobilização dos conhecimentos em desenvolvimento e dos previamente adquiridos, aplicando-os em diferentes cenários, acrescidos da partilha de reflexões com os enfermeiros e o contato com as crianças e famílias.

Relativamente às competências comuns de EE:

- Competências do domínio da responsabilidade ética e legal: existindo conhecimento prévio e dada a aplicabilidade no contexto profissional dos instrumentos reguladores da profissão, nomeadamente o R.E.P.E, o Código Deontológico, os Guias orientadores de Boas Práticas, o Regulamento dos Padrões de Qualidade, foi muito importante transferir estes conhecimentos e refletir sobre a sua aplicabilidade nos diferentes locais de estágio, com contributos para o processo de tomada de decisão relativamente aos cuidados à criança, ao jovem e família.

- Competências no domínio da melhoria da qualidade: o percurso de desenvolvimento profissional contribuiu progressivamente para uma consciencialização da importância de um papel ativo na melhoria da qualidade, para além da prestação de cuidados.

Sendo umas das interlocutoras do programa de creditação da qualidade no serviço onde é desempenhada a profissão acresce a responsabilidade, a motivação e o interesse no zelo pela melhoria da qualidade. Como exemplo desta preocupação foi construída a proposta de articulação de cuidados no âmbito do estágio dos CSP e o trabalho acerca da importância da visita domiciliária nos CSP. Foram muito importantes, com o desenvolvimento do pensamento crítico e através da análise reflexiva, as aprendizagens proporcionadas nos diferentes contextos de estágio.

- Competências no domínio da gestão dos cuidados: assumindo responsabilidade de chefia de equipa de enfermagem há alguns anos, existia uma experiência prévia no âmbito destas competências. No entanto, os estágios proporcionaram experiências muito enriquecedoras; de salientar as experiências na unidade de cuidados intensivos e no serviço de urgência pediátrica, pelos métodos de liderança, coordenação das equipas e gestão de serviço e de cuidados face a situações de elevada complexidade.

- Competências no domínio das aprendizagens profissionais: neste âmbito pode-se considerar que, pelo olhar de Benner (2005), havia perícia, com um nível de autoconhecimento relevante; no entanto, a experiência do presente curso e a realização dos estágios, foram deveras importantes para o desenvolvimento profissional, pela consciencialização da importância de uma prestação de cuidados baseada na mais moderna evidência científica. Assim, em todo o percurso, procurou-se desenvolver conhecimentos através da pesquisa, da observação do EEESCJ, da reflexão e partilha de conhecimentos com os enfermeiros orientadores. No estágio dos CSP houve oportunidade de haver uma partilha de conhecimentos, acerca de uma política de saúde através de uma sessão de formação.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem (OE, 2010), já enunciadas nos relatos sobre os estágios, sistematizam-se as seguintes:

- Assistir a criança/jovem na maximização da sua saúde: através da implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade e a capacidade para gerir o regime, assim como diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco e doenças comuns que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança/jovem.

- Cuidar da criança/Jovem e família nas situações de especial complexidade: pelo reconhecimento de situações de instabilidade e risco de vida, prestando os cuidados necessários, realizando a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, respondendo às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, e promovendo a adaptação à doença crónica, oncológica, deficiência/incapacidade.

- Prestar cuidados específicos à criança/jovem em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento: através da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, a vinculação de forma sistemática, pela comunicação com a criança/jovem e família de forma adequada ao estadió de desenvolvimento e à cultura e pela promoção da autoestima do adolescente e sua autodeterminação nas escolhas reativas à saúde.

Durante o presente percurso formativo foram também desenvolvidas competências correspondentes ao grau de mestre, contempladas no decreto-lei n.º 115/2013, onde se afirma que o seu detentor deverá aplicar os seus conhecimentos, a sua capacidade de compreensão e a de resolução de problemas em situações novas; integrar conhecimentos; lidar com situações complexas e desenvolver soluções, comunicando as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes; e desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido neste processo formativo é explanado ao longo do relatório, um instrumento onde se dá visibilidade ao planeamento, à execução, e à análise reflexiva das atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, promotoras do desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade.

De realçar neste processo, como a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família em contextos tão distintos contribuiu de forma tão enriquecedora para aprender e desenvolver competências especializadas nas diferentes fases do ciclo de vida e de desenvolvimento.

Constatou-se na prática como a capacitação da família assume uma relevância transversal aos contextos, com repercussões nos cuidados parentais e na promoção da saúde da criança e, até, na influência que poderá ter na tomada de decisão acerca da utilização da urgência pediátrica.

Para contribuir para a capacitação da família foram de extrema relevância os referenciais teóricos que sustentaram o percurso, designadamente os CCF, os CNT e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Permitiram a mobilização de conhecimentos e uma prática fundamentada em evidências científicas, o que vai ao encontro do desenvolvimento profissional e académico inerente a esta etapa.

Uma das estratégias de destaque na capacitação da família é a educação para a saúde, intervenção esta que se revelou necessária em todos os contextos, sendo um dos focos de intervenção do enfermeiro especialista. Também esperado de um profissional com este título é que mobilize recursos que contribuam para a maximização do potencial de saúde da criança e, neste sentido, foram realizados dois trabalhos: a proposta de articulação de cuidados e o trabalho acerca da importância da realização da visita domiciliária.

Outro dos meios de destaque para promover a capacitação é a formação dos profissionais; o enfermeiro especialista pode, e deve, desenvolver uma intervenção de destaque junto dos seus pares, pelos seus padrões de conhecimentos especializados.

O investimento na capacitação da família para uma tomada de decisão adequada no acesso aos serviços de saúde poderá ter reflexos ao nível da parentalidade, na promoção da saúde da criança e, numa perspetiva a longo prazo,

pode representar ganhos em saúde. No âmbito do presente curso é de realçar o impacto das intervenções dos enfermeiros e a importância da sua consciencialização. Assim, investir na saúde da criança e da família representa um desafio constante.

A título de projetos futuros, o término desta etapa, cria a necessidade de refletir acerca da continuidade do desenvolvimento profissional. Pretende-se dar continuidade ao trabalho, nomeadamente na apresentação da proposta de articulação dos cuidados a todos os intervenientes na implementação do processo. Também é tido como objetivo ir ao SUP, apresentar e discutir os dados com a equipa de enfermagem. Baseada nesta experiência, surge também a necessidade de fazer uma análise semelhante no contexto profissional.

Está a ser iniciado um estudo no serviço, em parceria com uma colega e dois pediatras, acerca das características da população que recorre à urgência pediátrica e as razões que desencadeiam a sua procura. Este estudo poderá trazer resultados passíveis de contribuir de uma forma direcionada para as necessidades da comunidade no âmbito do presente tema.

Enquanto limitação, a escassez de tempo em cada local de estágio impossibilitou a realização de algumas intervenções, sendo esta uma dificuldade sentida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- República Portuguesa. (2006). Despacho nº 18459/2006.
- Belsky, J. (Feb de 1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, pp. 83-96.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1-4.
- Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (Jan/Fev/Mar de 2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação . *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 11-20.
- Cruz, J. (2004). Acesso e Utilização dos Cuidados Hospitalares. *Nascer e Crescer*, pp. 371-376.
- DGS. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* . Lisboa: DGS.
- DGS. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: DGS.
- Fawcett, J. (1984). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: Davis.
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *NASCER E CRESCER*, pp. 136-140.
- Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A. T., Bento, V., Alves, C., & Almeida, H. (2016). Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de Um Ano. *Acta Pediatrica Portuguesa*, pp. 61-67.
- Glasper, A., & Evans, K. (2012). Emergency services: educating children and young people. *British Journal of Nursing*, pp. 876-877.
- Herman, & Jackson. (2010). Empowering Low-Income Parents with Skills to Reduce Excess Pediatric Emergency Room and Clinic Visits through a Tailored Low Literacy Training Intervention. *Journal of Health Communication*, pp. 895-910.

- Hockenberry, M. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- IAC. (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., Ford, D. (2008). *Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System*. Bethesda: Institute for Patient- and Family-Centered Care .
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Levesque, Harris, & Russell. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal Equity Health*, 1-9.
- Mixão, M. d. (2007). *Comportamentos parentais e recurso às urgências pediátricas: Estudo do stresse parental, percepção de vulnerabilidade infantil e esforço económico familiar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Morrison, A., Schapira, M., Gorelick, M., Hoffmann, R., & Brousseau, D. (2014). Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits. *Academic Pediatrics*, pp. 309-314.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde - Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: OPSS.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2017). *Viver em tempos incertos - Sustentabilidade e equidade na saúde*. Lisboa: OPSS.
- OE. (2010). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- OE. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011). *Regulamento dos Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011). *Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.
- OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Oliveira, A., Guerra, M. P., Cunha, F. I., Peralta, L., Almeida, S., & Bicho, A. (2010). Serviço de Urgência Pediátrico: casuística de um hospital com serviço de Pediatria Geral. *Saúde Infantil*, pp. 53-58.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da Criança*. Amadora: McGraw-Hill.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. London: Prentice-Hall.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. Paris: Cheneliere Education.
- Rafael, M. S. (2013). *Caraterização de um ano de utilização de um serviço de urgência pediátrica de um hospital de nível II*. Lisboa: ISCTE.
- Ratola, A., Machado, M., Almeida, Â., Pio, D., & Almeida, S. (2014). Recém-nascido no Serviço de Urgência - casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*, pp. 12-16.
- República Portuguesa. (1976). Constituição da República.
- República Portuguesa. (1990). Lei de Bases da Saúde.
- Rodrigues, S. S. (Jul de 2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 73-82.
- Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson, & McCormack. (Jul de 2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *JOURNAL of Advanced Nursing*, pp. 81-90. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Tavares, M. F. (2014). *Transição para a parentalidade e a saúde mental no puerpério: significados para a mulher em risco de Depressão Pós-Parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- UNICEF. (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. UNICEF.
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de Nola Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 235-240.
- Wolfe, I., & McKee, M. (2013). *European child health services and systems. Lessons without borders*. Open University Press.
- Yin, S., Dreyer, Vivar, MacFarland, Schaick, & Mendelsohn. (2012). Perceived Barriers to Care and Attitudes Towards Shared Decision-making Among Low Socioeconomic Status Parents: Role of Health Literacy. *Academic Pediatrics*, pp. 117-124.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Cronograma de Estágio**

# CRONOGRAMA

| Mês                                  | Set. | Outubro |    |    |    | Novembro |    |    |    | Dezembro |     |     |                 | Janeiro |     |     |     | Fevereiro |     |     |     |    |   |  |
|--------------------------------------|------|---------|----|----|----|----------|----|----|----|----------|-----|-----|-----------------|---------|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|----|---|--|
| Dias                                 | 26   | 03      | 10 | 17 | 24 | 31       | 07 | 14 | 21 | 28       | 05  | 12  | 19              | 26      | 02  | 09  | 16  | 23        | 30  | 06  | 11  | 19 |   |  |
| Semanas                              | 02   | 09      | 16 | 23 | 30 | 06       | 13 | 20 | 27 | 04       | 11  | 18  | 25              | 01      | 08  | 15  | 22  | 29        | 05  | 10  | 19  | 28 |   |  |
| Semanas                              | 1ª   | 2ª      | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª       | 7ª | 8ª | 9ª | 10ª      | 11ª | 12ª | Férias<br>Natal | 13ª     | 14ª | 15ª | 16ª | 17ª       | 18ª | 19ª | 20ª |    |   |  |
| Neonatologia                         | ■    |         |    |    |    |          |    |    |    |          |     |     |                 |         |     |     |     |           |     |     |     |    |   |  |
| UCSP                                 |      |         |    | ■  |    |          |    |    |    |          |     |     |                 |         |     |     |     |           |     |     |     |    |   |  |
| Serviço de Internamento de Pediatria |      |         |    |    |    |          |    |    | ■  |          |     |     |                 |         |     |     |     |           |     |     |     |    |   |  |
| UMAD                                 |      |         |    |    |    |          |    |    | ■  |          |     |     |                 |         |     |     |     |           |     |     |     |    |   |  |
| UCIPED                               |      |         |    |    |    |          |    |    |    |          |     |     |                 |         | ■   |     |     |           |     |     |     |    |   |  |
| SUP                                  |      |         |    |    |    |          |    |    |    |          |     |     |                 |         |     |     |     |           |     |     | ■   |    |   |  |
| Elaboração do Relatório              | ■    |         |    |    |    |          |    |    |    |          |     |     |                 |         | ■   |     |     |           | ■   |     | ■   |    | ■ |  |

## **Apêndice II – Evidências Científicas**

| Estudo  | Ano  | Publicação  | Autores  | Resultados  |
|---|------|---|--|---|
| “Acesso e Utilização dos Cuidados Hospitalares pela População Pediátrica - estudo hospitalar”   | 2004 | Revista do Hospital de crianças Maria Pia   | Jorge Cruz<br>Sílvia Álvares;<br>Almerinda Pereira;<br>Beatriz Sousa;<br>Conceição Silva;<br>Fátima Madruga; | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “... notório o grande recurso ao SU e a percentagem reduzida de internamentos resultantes dos episódios de urgência (4%), traduzindo que a grande maioria das situações deveria ser resolvida a nível dos Cuidados de Saúde Primários” (p.376).</li> <li>▪ “É fundamental uma maior funcionalidade e comunicação entre os vários níveis de Cuidados de Saúde” (p.376).</li> </ul>                |
| “O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica”  | 2006 | Acta Pediátrica Portuguesa  | Teresa Caldeira;<br>Gina Santos;<br>Etelvina Pontes;<br>Rui Dourado;<br>Lúcia Rodrigues.                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “...58,4% das crianças foram consideradas como situações de “procura Inadequada”...as quais poderiam ser resolvidas ao nível dos cuidados de saúde primários” (p.3).</li> <li>▪ “...urge planear e concretizar campanhas de educação para a saúde para que a maior e melhor oferta assistencial no domínio da urgência pediátrica não corresponda maior procura injustificada” (p.4).</li> </ul> |
| “Comportamentos Parentais e Recurso às Urgências Pediátricas: Estudo do Stresse parental, Percepção de Vulnerabilidade Infantil e Esforço Económico Familiar” | 2007 | Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde | Maria de Lurdes Gonçalves Mixão  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A proximidade física do hospital, bem como o facto de ser mais cómodo e estar prontamente disponível, sendo diversas vezes o principal recurso de cuidados.</li> </ul>   |

| Estudo  | Ano  | Publicação  | Autores   | Resultados   |
|---|------|---|---|--|
| “Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients”  | 2009 | Italian Journal of Pediatrics                                     | Erica Clara Grassino; Carla Guidi; Alice Monzani; Pasquale Di Pietro; Gianni Bona.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mais de 95% das crianças que recorreram aos serviços de urgência pediátrica destes hospitais durante o período de investigação tratavam-se de situações não urgentes ou pouco urgentes</li> </ul>   |
| “Serviço de Urgência Pediátrico: casuística de um hospital com serviço de Pediatria Geral”  | 2010 | Revista Saúde Infantil - ASIC                                     | Andreia Oliveira; Marcela Pires Guerra, Filipa Inês Cunha; Lúcia Peralta; Sílvia Almeida; Adelaide Bicho; | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “...os episódios de doença «não urgentes» foram responsáveis por quase dois terços das observações” (p.53).</li> </ul>  |
| “Empowering Low-Income Parents with Skills to Reduce Excess Pediatric Emergency Room and Clinic Visits through a Tailored Low Literacy Training Intervention” | 2010 | Journal of Health Communicatio                                    | Ariella Herman; Portia Jackson  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este estudo de 4 anos demonstrou que quando as famílias com baixos recursos económicos recebem educação sobre o tratamento de doenças comuns da infância, tornam-se mais experientes e eficientes no fornecimento para as necessidades de saúde dos seus filhos.</li> <li>▪ Este estudo sugere a criação de programas de treino e educação das famílias na gestão recursos disponíveis com o intuito de tomarem decisões mais conscientes.</li> </ul> |
| “Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital na área metropolitana de Lisboa”  | 2011 | Universidade Nova de Lisboa – Tese de Mestrado em Gestão da Saúde | Rita Nunes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “...existe evidência de utilização injustificada do Serviço de Urgência Pediátrica por 49,5% dos utentes” e “que a “sobre utilização” e “inadequação da procura são fenómenos presentes no Serviço de Urgência Pediátrica” (p.3).</li> </ul>  |

| Estudo  | Ano  | Publicação                                 | Autores                                     | Resultados  |
|---|------|--|---|---|
| "Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica" | 2012 | Revista de Enfermagem Referência           | Susana Sofia de Oliveira Ferreira Rodrigues | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ "...as crenças dos acompanhantes, no que respeita à confiança e segurança dos cuidados prestados e a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos, bem como a percepção de fragilidade da criança" (p.81).</li> <li>▪ "...importante implementar medidas que racionalizem a utilização dos serviços...destaca-se o papel que o enfermeiro pode desempenhar enquanto agente de educação para a saúde, com o objetivo de consciencializar os utentes para uma correta utilização dos serviços de saúde, de modo a facilitar a prestação de cuidados com qualidade e adequados às diversas necessidades da população" (p.81).</li> </ul> |
| "Emergency services: educating children and young people"   | 2012 | British Journal of Nursing                 | Alan Glasper; Kath Evans                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O NHS criou uma ferramenta - plano de aula inovadora para alunos com idades entre 11-14, que, entre outros objetivos, aspira a reduzir o uso inadequado dos serviços de emergência.</li> <li>▪ O trabalho piloto mostra que os alunos se tornaram mais conscientes de serviços disponíveis e eram mais propensos a considerar uma ampla gama de opções.</li> <li>▪ A iniciativa de criar um plano de aula pode comprovar ser um recurso valioso para educar as crianças e as famílias sobre as alternativas disponíveis no acesso aos serviços de saúde.</li> </ul>  |
| "Overview of Children in the Emergency Department, 2010"  | 2013 | Agency for Healthcare Research and Quality | Wier; Hao-Yu; Owens, Washington             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recorreram aos SUP mais de 25,5 milhões de crianças, das quais 96% resultaram em situações não urgentes.</li> </ul>  |

| Estudo   | Ano  | Publicação  | Autores  | Resultados   |
|--|------|---|--|--|
| “Caraterização de um ano de utilização de um serviço de urgência pediátrica de um hospital nível II” | 2013 | ISCTE Business School –<br>Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde | Margarida Simão<br>Rafael  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “existe utilização excessiva do serviço de urgência pediátrica e que urge medidas de contenção deste fenómeno, nomeadamente a promoção e reforço da rede de cuidados de saúde primários, cadeia de atendimento e rede de referência, assim como o aumento da literacia em saúde da população” (p.1).</li> </ul>   |
| “Recém-nascido no Serviço de Urgência – casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar”              | 2014 | Revista Nascer e Crescer  | Ana Ratola, Marta Machado, Ângela Almeida, Daniela Pio, Sílvia Almeida | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “...a maioria dos recursos ao SU hospitalar no período neonatal corresponde a situações não urgentes que poderiam ser resolvidos nos Cuidados Primários de Saúde” (p.12).</li> <li>▪ “Os principais motivos de consulta foram relacionados com a puericultura e patologia benigna do RN, em 57% das visitas” (p.15).</li> <li>▪ “...a importância de investir no esclarecimento e apoio dos pais durante a gravidez e no período neonatal, em ambulatório, nomeadamente através de visitas domiciliárias e aconselhamento telefónico”(p.16).</li> <li>▪ “...importante apostar na formação dos profissionais de saúde que intervêm de forma ativa nos primeiros tempos de vida da criança (maternidade, CSP, entre outros)” (p.16).</li> <li>▪ “...fundamental uma boa articulação entre os CSP e os hospitalares” (p.16).</li> </ul> |

| Estudo  | Ano  | Publicação  | Autores  | Resultados  |
|---|------|---|--|---|
| "Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits" | 2014 | Academy Pediatric – National Institutes of Health | Andrea K. Morrison; Marilyn M. Schapira; Marc H. Gorelick; Raymond G. Hoffmann; David Brosseau     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mais da metade (55%) dos cuidadores neste estudo tinham baixa literacia em saúde.</li> <li>▪ Este estudo sugere que deveriam ser consideradas "Precauções Universais" na comunicação com as famílias com baixa literacia em saúde com recurso à melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde; materiais de educação para a saúde; e uso do método teachback, uma comunicação interativa.</li> <li>▪ As intervenções que promovam educação para a saúde têm o potencial de:afetar o comportamento de procura de cuidados;reduzir a utilização dos serviços de urgência pediátrica em situações não urgentes; melhorar a articulação com os cuidados de saúde primários; capacita os cuidadores a procurar cuidados adequados à situação das crianças.</li> </ul> |
| "Why Do Parents Bring Their Children to the Emergency Department? A Systematic Inventory of Motives"              | 2015 | International Journal of Family Medicine          | Costet Wong, Isabelle Claudet, Paul Sorum, Etienne Mullet  | Serem considerados pais responsáveis por outros, insatisfação com consultas prévias, o hábito de recorrerem ao SUP, as dificuldades financeiras e por não terem acesso a outros recursos.   |
| "Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de Um Ano"  | 2016 | Acta Pediátrica Portuguesa                        | Catarina Garcia, Inês Mascarenhas, Ana Teresa Teixeira, Vanda Bento, Cláudio Alves, Helena Almeida | "...a maioria dos recém-nascidos recorre ao Serviço de Urgência por situações de pouca gravidade"(p.66). "Os motivos mais frequentes que motivaram a ida dos recém-nascidos ao SUP foram a irritabilidade / choro excessivo (26,1%)" (p.63).  |

## **Apêndice III – Protocolo da Scoping Review**

# **Educação para a saúde na capacitação da criança e família para a utilização da urgência pediátrica: *scoping review protocol***

**Autores:** Gomes, Ana Rita, MSc estudante <sup>1</sup>  
Soveral, Maria Manuela, PhD <sup>2</sup>

1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem.

**Autor para correspondência:**

Ana Rita Gomes

[ana\\_reves@hotmail.com](mailto:ana_reves@hotmail.com)

**Título:** Educação para a saúde na capacitação da criança e família para a utilização da urgência pediátrica: *scoping review protocol*

**Objetivo:** Conhecer as estratégias de educação para a saúde utilizadas pelos enfermeiros na capacitação da criança e família para a utilização da urgência pediátrica.

**Questão:** Quais as estratégias de educação para a saúde utilizadas pelos enfermeiros para capacitarem a criança e família na utilização da urgência pediátrica?

## **Background:**

A utilização excessiva e inadequada dos serviços de urgência pediátrica (SUP) tem-se revelado, nas últimas décadas, uma fonte de preocupação para os profissionais de saúde, gestores, administradores hospitalares e políticos de saúde. É um facto preocupante pela utilização inadequada dos serviços face ao agir em função do superior interesse da criança, pela exposição a riscos epidemiológicos, pelo risco de comprometer a adequada assistência em situações graves face a esta sobrelotação, e ainda considerando a utilização de escassos recursos humanos, bem como pelos custos económicos acrescidos (Caldeira, 2005; Mixão 2007; Rafael, 2013).

Para comprovar esta realidade e com o intuito de encontrar estratégias que possam contribuir para uma melhoria dos serviços de saúde face às necessidades da população vários estudos tem sido realizados.

As realidades locais são reflexo de uma panorâmica nacional que constitui assim foco de atenção por parte dos políticos de saúde no último relatório de primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) no qual, relativamente à realidade da urgência pediátrica é referido que se vive uma procura inadequada e excessiva, através de dados de um estudo realizado num SUP na área metropolitana de Lisboa, que constatou que “a maioria dos episódios foi considerada não urgente (54,9%)” (Nunes, 2011, p 73).

Apesar das particularidades dos sistemas de saúde de cada país, estas inquietações vividas em Portugal são corroboradas com a realidade europeia, pois de acordo com dados do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2013), entre 17% e 57% das crianças atendidas nos SUP apresentam problemas que poderiam ser resolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários.

Um facto particular da utilização inadequada dos SUP são os recém-nascidos, que recorrem, frequentemente, por situações não urgentes (Ratola et al., 2014; Garcia et al., 2016).

Face à evidência científica sobre a utilização excessiva e inadequada dos SUP, é imperativo compreender as causas que estão na base desta procura. São apontados diferentes motivos, desde a proximidade física do hospital, como o facto de ser mais cómodo e prontamente disponível, sendo por vezes o principal recurso de cuidados (Mixão, 2007), as crenças dos acompanhantes, no que respeita à confiança e segurança dos cuidados prestados e à fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos, bem como a percepção de fragilidade da criança (Rodrigues, 2012). De referir, ainda, factores como serem considerados pais responsáveis por outros, insatisfação com consultas prévias, o hábito de recorrerem ao SUP, as dificuldades financeiras e a falta de acesso a outros recursos (Wong; Claudet; Sorum; Mullet; 2015). A baixa literacia em saúde é apontada como um fator que desencadeia uma maior preocupação dos pais em condições não urgentes, implicando a recorrência aos SUP mais frequente. (Shona Yin, 2012; Morrison et al., 2014).

Relativamente aos recém-nascidos são apontadas como causas: a inexperiência parental; o facto de estarem pouco tempo na maternidade implicando pouco tempo para a preparação parental e a inespecificidade de sintomas (Ratola et al, 2014).

As evidências referidas apresentam como sugestões a importância de se apostar na educação para a saúde com o objetivo de informar, esclarecer a família acerca de cuidados antecipatórios e sobre a utilização adequada dos recursos de saúde disponíveis (Caldeira et al, 2005; Oliveira et al, 2010; Rodrigues, 2012; Morrisson et al., 2014).

É de salientar que a educação para a saúde caracteriza-se por ser uma intervenção que tem como intuito promover informação que contribua para a tomada de decisão mais informada e consciente, sendo uma intervenção do escopo de ação do enfermeiro, considerando, no âmbito de cuidados à criança/jovem e família, ser adotada como meio para se intervir na capacitação da família para a utilização da urgência pediátrica.

Este processo envolve vários componentes-chaves, nomeadamente o uso de estratégias de ensino-aprendizagem; os aprendizes manterem o controlo voluntário sobre a decisão de mudar ou não as suas ações e a mudança de comportamento para a melhoria do estado de saúde (Edelman & Mandle, 2002).

De acordo com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender para que as intervenções de educação para a saúde tenham resultados há que ter em consideração: as características e experiências individuais, que incluem o comportamento anterior (a ser mudado) e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais); os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar, nos quais estão contempladas as variáveis, a compreensão do indivíduo sobre os benefícios inerente à ação; a compreensão das barreiras para a ação; a compreensão sobre a autoeficácia; os sentimentos em relação ao comportamento, as influências interpessoais e as influências situacionais; e os resultados do comportamento, que inclui o compromisso com o plano de ação (ações que permitam o indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, nomeadamente as intervenções de enfermagem); as exigências imediatas e preferências (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002).

Perante o confronto com este conhecimento, surge a presente revisão crítica da literatura, que tem como objetivo identificar as estratégias de educação para a saúde

utilizadas pelos enfermeiros na capacitação da criança e família para a utilização da urgência pediátrica.

**Critérios de Inclusão:**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Participantes</b> | Estudos que incluam a criança até aos 17 anos de idade que utiliza a urgência pediátrica;  |
| <b>Conceito</b>      | Estudos que identifiquem as estratégias de educação para a saúde utilizadas pelos enfermeiros aquando da utilização da urgência pediátrica pela criança/família em situações não urgentes; |
| <b>Contexto</b>      | Estudos que incluam a utilização da urgência pediátrica em situações não urgentes  |

**Tipo de pesquisa:** Realizada uma pesquisa abrangente, literatura disponível em bases de dados eletrónicas: estudos primários, revisões sistemáticas, meta análises, e meta-sínteses. Também consultadas publicações e literatura cinzenta.

**Estratégia de pesquisa:** a desenvolver em três etapas:

1ª. Etapa: pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, recorrendo a linguagem natural e indexada, com posterior análise das palavras existentes no título e dos resumos dos artigos encontrados,

2ª. Etapa: pesquisa alargada a outras bases de dados, usando as palavras-chave e os termos de indexação identificados previamente, como Cochrane e Science Direct;

3ª. Etapa: pesquisa de literatura cinzenta; análise de bibliografia dos artigos identificados;

De referir que serão apenas incluídos os artigos que tenham o abstract completo, apresentem o texto integral disponível nas bases de dados eletrónicas, em inglês e

português, publicados desde 2010, de forma a obter resultados atuais. A análise será feita aos estudos quantitativos e qualitativos.

**Extração de dados:** os dados serão apresentados em forma de tabela, de forma a facilitar a leitura, sendo apresentada uma breve descrição dos resultados que permitam responder à questão da revisão crítica.

**Apresentação dos Dados:**

|  |  |
|--|--|
| Estudo                                   |  |
| Ano de Publicação                        |  |
| Origem/País                              |  |
| Objetivos do estudo                      |  |
| População do Estudo e Tamanho da Amostra |  |
| Metodologia                              |  |
| Tipo de Intervenção                      |  |
| Duração da Intervenção                   |  |
| Resultados                               |  |
| Conclusões                               |  |

## 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, J. (2004). Acesso e Utilização dos Cuidados Hospitalares pela População Pediátrica - estudo hospitalar. *Nascer e Crescer*, XIII (4), 371-376.
- Edelman, C.L.; Mandle, C.L. (2002). *Health Promotion: Throughout the Lifespan*. 5ªed Mosby: Missouri, U.S.A.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2013). *European Child Health Services and Systems: Lessons without borders*. McGrawHill Education: Open University Press. Edited: Ingrid Wolf; Martin McKee, England. ISBN- 10: 0- 33- 526466- 2.
- Garcia, C; Mascarenhas, I.; Teixeira, A.T.; Bento, V.; Alves, C.; Almeida, H. (2016). Recém-Nascidos no Serviço de Urgência Pediátrica: Casuística de um ano. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 1-67.
- Mixão, M.L.G. (2007). *Comportamentos Parentais e Recurso às Urgências Pediátricas: Estudo do Stresse parental, Percepção de Vulnerabilidade Infantil e Esforço Económico Familiar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto de Psicologia Aplicada, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/702>.
- Morrison, A.K.; Schapira, M. M.; Gorelick, M.H.; Hoffmann, R. H.; Brousseau, D.C. (2014). Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits. *ACADEMIC PEDIATRICS*, 14 (3), 309-314.
- Nunes, R. (2011). Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital na área metropolitana de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública: Iniversidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/6843>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). Acesso aos Cuidados de Saúde em Risco? Relatório de Primavera 2015. Lisboa.

- Oliveira, A.; Guerra, M.P.; Cunha, F.I.; Peralta, L.; Almeida, S.; Bicho, A. (2010). Serviço de Urgência Pediátrico: casuística de um hospital com serviço de Pediatria Geral. *Revista Saúde Infantil – ASIC*, 32 (2): 53-58.
- Pender, Nola; Murdaugh, C.L.; Parsons, M.A. (2002). *The Health Promotion Model in Health Promotion in Nursing Practice* (p. 59-79). 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, ISBN 0-13-031950-3.
- Rafael, M. S. (2013). *Caraterização de um ano de utilização de um serviço de urgência pediátrica de um hospital nível II*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. ISCTE Business School, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/6975>
- Ratola, A.; Machado, M.; Almeida, A.; Piol, D.; Almeida, S. (2014). Recém-nascido no Serviço de Urgência – casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*, 23(1), 12-16.
- Rodrigues, S. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº 7, 73-82.
- [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Wong, A.C.; Claudet, I.; Sorum, P.; Mullet, E. (2015). Why Do Parents Bring Their Children to the Emergency Department? A Systematic Inventory of Motives. *International Journal of Family Medicine*. ID 978412. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/978412>
- Yin, S.H.; Dreyer, B. P.; Vivar, K.V.; MacFarland S.; Schaick, V.; Mendelsohn, A.L. (2010) Perceived Barriers to Care and Attitudes Towards Shared Decision-making Among Low Socioeconomic Status Parents: Role of Health Literacy. *ACADEMIC PEDIATRICS*, 12 (2), 112-124.

**Apêndice IV – Folheto “Sinais de Alarme no Recém-Nascido”**

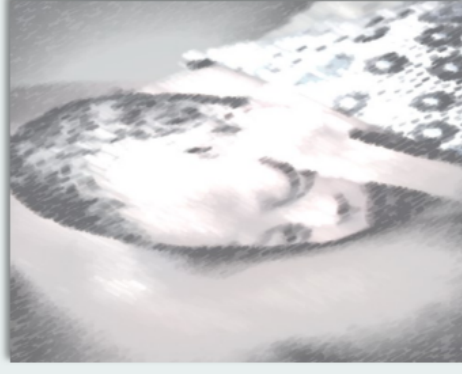
Centro Hospitalar

Hospital

Unidade de Neonatologia

## SINAIS de ALERTA Recém-nascido

### RECOMENDAÇÕES



### Onde Recorrer?

- ⇒ Saúde 24 808 24 24 24
- ⇒ Médico Assistente
- ⇒ Centro de Saúde
- ⇒ Hospital

### Referências Bibliográficas

- ◇ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>
- ◇ [http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10798/9789290616856\\_eng](http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10798/9789290616856_eng)
- ◇ <https://www.healthynetwork.org/event/care-small-sick-newborn/>

## **Recém – nascido em casa...**

### **....e agora?**

*Os recém-nascidos passam por modificações muito importantes e rápidas relacionadas com a sua adaptação à vida extrauterina.*

### **VALORIZAR**

Sinais de desconforto ou a sensação que o recém-nascido está diferente em relação ao que os pais o conhecem.

### **QUE SINAIS VALORIZAR?**

- ◇ Gemido persistente;
- ◇ Choro inconsolável;
- ◇ Dificuldade respiratória: respiração muito rápida, ruidosa, pieira, retrações costais;
- ◇ Apneia: paragem respiratória superior a 20 segundos;
- ◇ Alterações da cor: palidez acen- tuada, cianose (cor azulada), pe- le marmoreada, coloração icté- rica na região palmar ou plantar, manchas na pele;
- ◇ Febre (Temperatura axilar supe- rior a 37,5°C);
- ◇ Hipotermia (Temperatura axilar inferior a 35,5°C);
- ◇ Diminuição significativa do apeti- te, sucção débil, recusa alimentar ou vômitos;

- ◇ Diarreia: dejeções com maior frequência, líquidas, diferentes das habituais;
- ◇ Não urina ou urina muito pouco;
- ◇ Convulsão: pode ter diversas manifestações como olhar para- do, desvio ocular, pestanejar persistente que não reverte com a estimulação, apneia, cianose, tremores acentuados das extre- midades que não alivia com a contenção, movimentos de mas- tigação persistentes repetitivos.
- ◇ Hipotonia acentuada, sonolência excessiva que interfere com a alimentação
- ◇ Sinais inflamatórios no umbigo: cheiro fétido, vermelhidão, pús.
- ◇ Dor à mobilização;

## **Apêndice V – Sessão de Formação sobre PNSIJ**



**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**SESSÃO de FORMAÇÃO**

“Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil”

▪ Elaborado por:  
Ana Rita Gomes, estudante nº 6725

▪ Orientado por:  
EEESCJ A.P.  
Prof. Dra M. Soveral

Lisboa

2016

## **Diagnóstico da Situação**

No decorrer do estágio em cuidados de saúde primários, no âmbito do 7º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, surgiu a necessidade de fazer formação à equipa acerca do Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), as suas novas orientações e políticas de saúde associadas. Esta necessidade foi diagnosticada pela equipa de enfermagem da consulta de saúde infantil e pela chefia. Atendendo à escassez de elementos da equipa e conseqüente necessidade de apoio de outros elementos a desempenhar funções noutras valências, ou seja com menor formação na área, foi a principal razão apontada. A divulgação de políticas de saúde que regem o exercício profissional neste contexto foi a segunda razão nomeada, não menos válida, indo ao encontro da imprescindível prática baseada na evidência. Mediante o cariz do percurso formativo em vigor considerou-se ser uma oportunidade privilegiada para a partilha de conhecimento, que é corroborada pela unidade de competência comum do enfermeiro especialista em que “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade “ (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

## **Fundamentação**

O foco de atenção sobre a saúde infantil cresceu exponencialmente nas últimas décadas, aquando da compreensão dos líderes mundiais acerca do impacto do investimento na saúde da criança e conseqüentes retornos para o desenvolvimento da sociedade, sendo considerada uma oportunidade de ouro para melhorar a saúde da população (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013).

Em conformidade com esta preocupação internacional, na década de 90 foi identificada a necessidade pelo governo português de criar estratégias que contribuíssem para uma melhoria dos cuidados de saúde à criança, o que se refletiu na elaboração do Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Direção-Geral da Saúde, 2013). Atendendo ao impacto positivo da aplicação do mesmo, tornou-se imprescindível dar-lhe continuidade até ao atual

Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção-Geral da Saúde, 2013). As reformulações introduzidas surgiram em resposta à necessidade de melhoria dos padrões de qualidade, com base nos resultados das evidências científicas, das novas morbilidades e nos problemas de saúde atuais (DGS, 2013). A suceder o programa-tipo de actuação de 2005, no atual PNSIJ manteve-se a mesma estrutura, no entanto diversas transformações relativamente aos conteúdos foram submetidas, das quais se salientam: “alteração na cronologia das consultas referentes a *idades-chave* da vigilância; adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS); novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.” (DGS, 2013, p.6).

No presente PNSIJ foram estabelecidas como aspetos de atenção prioritária: a deteção e o apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou de vulnerabilidade, a limitação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, e ainda o reconhecimento e a capacitação dos pais ou pessoas de referência, como primeiros prestadores de cuidados (DGS, 2013). Estes pressupostos vão claramente ao encontro que foi defendido na Convenção dos Direitos da Criança em que “todas as decisões que digam respeito à criança devem ter plenamente em conta o seu interesse superior.” (UNICEF, 1990, p.6)

Relativamente ao primeiro aspeto prioritário do PNSIJ é contemplado um acompanhamento e vigilância da saúde da criança desde o período neonatal que visa a avaliação do crescimento e desenvolvimento, constituindo assim oportunidades privilegiadas para a deteção de necessidade de apoio ou de encaminhamento face situações especiais ou de risco. A vulnerabilidade da criança deverá ser reconhecida por todos como uma condição que requer a colaboração de diferentes profissionais. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2013). Nesta questão, o enfermeiro especialista em saúde infantil e juvenil poderá ter uma intervenção diferenciada atendendo a que “são áreas de actuação particular a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (...), a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

No que concerne à limitação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, é uma preocupação alvo de interesse por diferentes entidades há décadas, a qual é

manifestada pelo Governo aquando da sua contemplação pela Lei de Bases da Saúde (lei 48/90), base II, princípio 1 em que defende que é “objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (in <https://dre.pt/application/conteudo/574127>). Relativamente a grupos vulneráveis, a que pertence a criança, é também referido no 24º artigo da Convenção dos Direitos da Criança emitida pela UNICEF em 1990, que “os estados partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde” (p.17). Assim, o atual programa de saúde infantil e juvenil surge como uma política de saúde que pretende também dar continuidade à contribuição para esta limitação de desigualdades e com o formato em que está estruturado pretende que cuidados de qualidade estejam facilmente acessíveis a todos, independentemente do seu meio sócio-económico-político e cultural.

Relativamente ao terceiro aspeto prioritário do PNSIJ, a capacitação dos pais ou pessoas de referência como os prestadores de cuidados principais, já em 1990 foi alvo de atenção pela UNICEF aquando da sua referência à “responsabilidade fundamental da família no que diz respeito aos cuidados e proteção” (p.3) e também quando refere que “*convictos de que a família*, elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças, deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade “ (Ibid). Ao encontro da filosofia que rege a prática profissional dos enfermeiros especialistas em saúde da criança e do jovem, o modelo de cuidados centrados na criança e família, a capacitação da família é um elemento central dos cuidados. Pretende-se assim através dos cuidados antecipatórios e educação para a saúde contribuir para uma melhoria da literacia em saúde e conseqüentemente para uma prestação de cuidados parentais mais consciente e de maior qualidade.

Estes três aspetos prioritários do PNSIJ vão assim claramente ao encontro da visão dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem:

todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham um acesso equitativo a cuidados de Enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (OE, 2011, p.7).

Com o intuito de dar resposta a estas áreas prioritárias, no programa são definidas linhas mestras orientadoras que contemplam: a calendarização das consultas para idades-chave, nas etapas de desenvolvimento do recém-nascido ao adolescente com o intuito de avaliar as suas competências e eventuais necessidades, promovendo assim a deteção precoce, o encaminhamento e acompanhamento; para minimizar as recorrências aos serviços de saúde, o programa nacional de vacinação (PNV) tem idades-chave correspondentes às recomendadas para as consultas de vigilância de saúde; o incentivo emergente ao cumprimento do PNV atendendo aos movimentos anti-vacinais; o destaque aos cuidados antecipatórios com a intenção de contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença, facultando conhecimentos à família/figura de referência com o intuito de esta prestar cuidados parentais mais adequados às necessidades da sua criança; o incentivo a uma cultura de prevenção visto os problemas emocionais e do comportamento serem um dos problemas atuais de saúde constatados nestas faixas etárias e para os quais não havia respostas estruturadas; de destacar ainda o incentivo ao trabalho em equipa com o objetivo de responder à complexidade das situações de saúde atuais e ainda à articulação com os recursos disponíveis, em termos da saúde e da comunidade (DGS, 2013).

Para que estas linhas-mestras sejam seguidas é igualmente importante que se divulguem as políticas, recomendações e orientações associadas ao PNSIJ para que os profissionais de saúde consigam desempenhar o seu exercício de uma forma mais eficiente. Assim, destaca-se:

- Programa nacional de vacinação, que sofreu alterações recentemente, entrando em vigor a sua versão atualizada em Janeiro de 2017. Este programa tem como objetivos promover a equidade, proporcionar igualdade de oportunidades, proteger a saúde e prevenir doenças, independentemente do

género, da etnia, da cor da pele, da religião, do estatuto social, dos rendimentos familiares ou das ideologias (DGS, 2016).

Possibilita o acesso gratuito à vacinação a todos os presentes em Portugal. Atendendo os movimentos anti-vacinais emergentes, o conhecimento do referido programa assume uma importância extrema para que a transmissão de informação à família, baseada em evidências científicas, permita a cada família a tomada de decisão consciente.

- Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários têm o intuito de dar orientações mediante a problemática emergente dos problemas emocionais e do comportamento na infância e adolescência. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar. De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas apenas 1/5 recebe tratamento apropriado (U.S. Department of Health and Human Services, citado por D.G.S. 2009).

A consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é destacada assim como uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação nestas situações problemáticas. Torna-se imprescindível articulação entre as equipas de Saúde Mental da Infância e Adolescência e os Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2013).

Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção foi elaborado com o propósito de constituir um documento orientador para todos os profissionais que trabalham nas diferentes áreas de intervenção que dão apoio e assistência à saúde da criança e do jovem (DGS, 2011). A pertinência deste documento prende-se essencialmente com o facto de “os maus tratos em crianças e jovens são entendidos, hoje, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.” (DGS, 2011, p. 6).

- Programa Nacional Saúde Escolar, atualizado em 2015, tem como finalidade “contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens.” (DGS, 2015, p. 4). Este novo programa tem por base o novo paradigma

da saúde escolar que se propõe a cooperar para a aquisição de ganhos em saúde através de contextos escolares que promovam a saúde (DGS, 2015).

É de enaltecer a relevância de existirem políticas de saúde estruturadas, que se sustentam nas mais recentes evidências científicas, que uniformizem a intervenção dos profissionais de saúde, constituindo um meio de suporte à sua atuação e tendo em vista ganhos para a saúde da criança e com repercussões a longo prazo ao nível da sociedade. O enfermeiro especialista em saúde infantil e juvenil, quer pelo corpo de conhecimentos do âmbito da sua especialidade, quer pelas competências desenvolvidas, tem um papel privilegiado na vigilância da saúde da criança/do jovem e na intervenção com as famílias. Deve-se salientar então a importância de mobilizar os recursos, o querer ir mais além e promover a articulação, quer com a comunidade, quer com as outras instituições de saúde.

## 1. PLANEAMENTO

**TEMA:** PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL (PNSIJ) – Novas Orientações.

**DESTINATÁRIOS:** Equipa de enfermagem da UCSP

**FORMADORA:** Ana Rita Gomes, Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**ORIENTADORAS:** Enfermeira Especialista em saúde Infantil e Juvenil Aida Pinto e Prof Dr,<sup>a</sup> Manuela Soveral.

**LOCAL:** UCSP.

**DURAÇÃO:** 1h30.

**FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA:** A sessão de formação surge no âmbito do estágio em cuidados de saúde primários com o intuito de divulgar políticas de saúde que orientam a prática profissional dos enfermeiros que prestam cuidados à criança e ao jovem, de contribuir para uma prática baseada na evidência e, conseqüentemente, para a melhoria da prestação de cuidados.

### **OBJETIVOS PEDAGÓGICOS:**

- Divulgar as Orientações e Recomendações de programas associados ao PNSIJ;
- Refletir sobre a importância do desempenho da equipa de enfermagem e da uniformização das práticas;
- Debater com a equipa de enfermagem acerca da importância dos seus contributos na articulação entre estruturas, programas e projetos e do encaminhamento adequado das crianças e jovens.

**METODOLOGIAS:** Serão utilizadas as metodologias: expositiva e ativa.

**RECURSOS:** Formadora, computador, projetor de vídeo com Datashow; Documentos para consulta: PNSIJ, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Recomendações para a prática clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados De Saúde Primários, Maus Tratos em Crianças e Jovens -Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico e Intervenção; Programa Saúde Escolar.

**AVALIAÇÃO:** A avaliação da sessão realizar-se-á através da partilha e discussão grupal acerca dos conteúdos abordados.

## 2. PLANO de FORMAÇÃO

| ETAPAS                 | CONTEÚDOS  | METODOLOGIA | RECURSOS   | TEMPO      |
|------------------------|--|-------------|--|------------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação da formadora e da sessão</li> </ul>  | Expositiva  | Formadora;<br>Computador;<br>Projetor de vídeo com Datashow;   | 5 minutos  |
| <b>DESENVOLVIMENTO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evolução das orientações até ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>▪ Linhas Orientadoras do Programa;</li> <li>▪ Objetivos dos Exames de Saúde;</li> <li>▪ Principais alterações:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração na cronologia das consultas referentes a <i>idades-chave</i> da vigilância;</li> <li>- Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS);</li> <li>- Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.</li> </ul> </li> </ul> | Expositiva  | Formadora;<br>Computador;<br>Projetor de vídeo com Datashow;<br><u>Documentos para consulta:</u> PNSIJ, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Recomendações para a prática clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados De Saúde Primários, Maus Tratos em Crianças e Jovens -Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico e Intervenção; Programa Saúde Escolar. | 60 minutos |
| <b>SÍNTESE</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Resumo dos principais conteúdos da sessão.</li> </ul>   | Expositiva  | Formadora;Computador;<br>Projetor de vídeo com Datashow;   | 10 minutos |
| <b>AVALIAÇÃO</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esclarecimento de dúvidas</li> <li>▪ Avaliação da Sessão</li> </ul>   | Ativa       | Formadora;Formandos;<br>Computador;<br>Projetor de vídeo com Datashow;   | 15 minutos |

### **3. AVALIAÇÃO**

A avaliação foi realizada através da reflexão individual oral de cada um dos elementos presentes na sessão e pela discussão partilhada pelo grupo acerca dos conteúdos abordados durante a sessão de formação.

Os elementos presentes consideraram pertinente a discussão acerca do Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil, bem como os programas, recomendações e orientações sugeridas através do mesmo.

Da discussão de ideias, foram destacadas as seguintes opiniões:

- A importância de um espaço para divulgação de políticas de saúde e discussão sobre a aplicabilidade das mesmas;
- A importância de sugestões acerca de alterações de dinâmicas que facultem a afirmação dos enfermeiros;
- A importância de existirem documentos que orientem a prática fundamentada e que uniformizem a avaliação da saúde da criança e o seu encaminhamento de acordo com as suas necessidades específicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Recomendações para a prática clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados De Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção- Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens -Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.
- Direção- Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.
- Direção- Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa- tipo de Actuação*. Lisboa: DGS.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2013). *European Child Health Services and Systems*. McGraw- Hill Education, Open University Press, Edited by Ingrid Wolfe and Martin McKee. England.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Lisboa.

Outras referências:

<https://dre.pt/application/conteudo/574127>



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

# PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

NOVAS ORIENTAÇÕES

Novembro  
2016

PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

## SUMÁRIO

- ▶ Evolução das orientações até ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
- ▶ Linhas Orientadoras do Programa;
- ▶ Objetivos dos Exames de Saúde;
- ▶ Principais alterações:
  - ▶ Alteração na cronologia das consultas referentes a *idades-chave* da vigilância;
  - ▶ Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS);
  - ▶ Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.

## EVOLUÇÃO

Direcção Geral dos Cuidados  
de Saúde Primários

Programa-tipo de Actuação  
em Saúde Infantil e Juvenil

1992

### Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Actuação

# 12

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS  
Direcção-Geral da Saúde



Programa Nacional  
Saúde Infantil e Juvenil

Junho de 2013

## EVOLUÇÃO

### Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Actuação

# 12

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS  
Direcção-Geral da Saúde

|   |    |
|---|----|
| I. Introdução                             | 5  |
| II. Objectivos dos Exames de Saúde        | 7  |
| III. Periodicidade                        | 9  |
| IV. Conteúdos                             | 10 |
| V. Crianças com Necessidades Especiais    | 20 |
| VI. Anexos                                | 21 |
| REGULAMENTO PARA O TRANSPORTE DE CRIANÇAS | 23 |
| IDADES ÓPTIMAS PARA CIRURGIAS             | 25 |
| ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO    | 26 |
| TABELAS DE TENSÃO ARTERIAL                | 27 |
| TABELAS DE PERCENTIS                      | 33 |
| VII. Bibliografia                         | 47 |

## EVOLUÇÃO



Programa Nacional  
Saúde Infantil e Juvenil

Junho de 2013

### ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| I. Introdução  | 6   |
| II. Objetivos dos Exames de Saúde  | 9   |
| III. Periodicidade   | 11  |
| IV. Conteúdos  | 12  |
| V. Crianças e Jovens em Risco ou com Necessidades Especiais  | 33  |
| VI. Perturbações Emocionais e do Comportamento   | 35  |
| VII. Bibliografia  | 37  |
| Anexos   |     |
| Anexo 1 Curvas de crescimento  | 43  |
| Anexo 2 Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a sala de maternidade                | 53  |
| Anexo 3 Síndromes dípticas para crianças   | 55  |
| Textos de apoio  |     |
| Texto de apoio 1 Avaliação do desenvolvimento  | 56  |
| Texto de apoio 2 Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil | 63  |
| Texto de apoio 3 Rastreamento das dislipidémias em crianças e adolescentes                           | 97  |
| Texto de apoio 4 Avaliação da tensão arterial  | 101 |
| Texto de apoio 5 Puberdade e adolescência  | 110 |

## LINHAS ORIENTADORAS (1)

- ▶ **Calendarização das consultas para idades-chave**, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente;
- ▶ **Harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV);**
- ▶ **Valorização dos cuidados antecipatórios** como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença;

## LINHAS ORIENTADORAS (2)

- ▶ **Reincentivo ao cumprimento do PNV**, preservando o adequado estado vacinal das crianças;
- ▶ Investimento na **prevenção das perturbações emocionais e do comportamento** constitui uma prioridade no mesmo domínio;
- ▶ **Deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento** de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção;

Direção-Geral da Saúde, 2013

## LINHAS ORIENTADORAS (3)

- ▶ **Apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação** em questões de saúde das crianças e dos jovens;
- ▶ **Trabalho em equipa**, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde;
- ▶ **Articulação** efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde.

Direção-Geral da Saúde, 2013

## OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE (1)

- ▶ **Avaliar o crescimento e desenvolvimento** e registar os dados obtidos;
- ▶ **Estimular a opção**, sempre que possível, por **comportamentos promotores de saúde**;
- ▶ **Promover**:
  - A imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV;
  - A saúde oral;
  - A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
  - A prevenção dos acidentes e intoxicações;

## OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE (2)

- ▶ **Promover**:
  - A prevenção dos maus tratos;
  - A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada;
  - O aleitamento materno.
- ▶ **Detetar precocemente e encaminhar** situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente;

## OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE (3)

- ▶ **Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns** nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores;
- ▶ **Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência** e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes;
- ▶ **Assegurar a realização do aconselhamento genético**, sempre que tal esteja indicado;

Direção-Geral da Saúde, 2013

## OBJETIVOS DOS EXAMES DE SAÚDE (4)

- ▶ **Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência;**
- ▶ **Promover o desenvolvimento** pessoal e social e a **autodeterminação** das crianças e dos jovens;
- ▶ **Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais** e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.

Direção-Geral da Saúde, 2013

## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

- Alteração na cronologia das consultas referentes a idades-chave da vigilância;
- Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos

## ALTERAÇÃO NA CRONOLOGIA DAS CONSULTAS

### Primeiro Ano de Vida

- 1ª Semana de Vida
- 1 mês
- 2 meses (M)
- 4M
- 6M
- 9m

### 1-3 Anos

- 12 M
- 15 M
- 18 M
- 2 anos (A)
- 3 A

### 4-9 Anos

- 4 A
- 5 A – Exame global de saúde
- 6 ou 7 A (final 1º ano de escolaridade)
- 8 A

### 10 -18 Anos

- 10 A (ano de início do 2º ciclo de ensino básico)
- 12/13 A – Exame Global de Saúde
- 15/18 A

## ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

- ▶ **Década de 70** - Direção-Geral da Saúde (DGS) adotou as curvas do *National Center for Health Statistics*, mais recentemente substituídas pelas do *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*;
- ▶ **1997-2003** - Realizado estudo multicêntrico pela Organização Mundial da Saúde (*Multicenter Growth Reference Study (MGRS)*);
- ▶ **2006** - Publicadas as curvas de crescimento da OMS (*WHO Child Growth Standards*);
- ▶ **2007** - Introdução das curvas para a faixa etária dos 5 aos 19 anos (*WHO Reference 2007*);
- ▶ **2011** - 125 países estavam já a utilizá-las e outros 25 consideravam fazê-lo.

World Health Organization, 2006; Guerra, 2009; Direção-Geral da Saúde, 2013

## ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

A metodologia utilizada na construção destas curvas, tornam-nas mais próximas a curvas-padrão;

- Utilizada amostra com crianças que provinham dos Estados Unidos; Oman; Noruega, Brasil, Gana e Índia;
- Houve seguimento dos recém-nascidos (RN) de termo, nas melhores condições para permitir expressar o seu potencial genético

Possibilidade de utilizar à escala mundial o mesmo instrumento de trabalho

- O padrão de crescimento registado é notavelmente consistente entre diferentes países e grupos étnicos,
- Refletem o crescimento daquela população e quase nunca em situações ideais.

Direção-Geral da Saúde, 2013

## ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

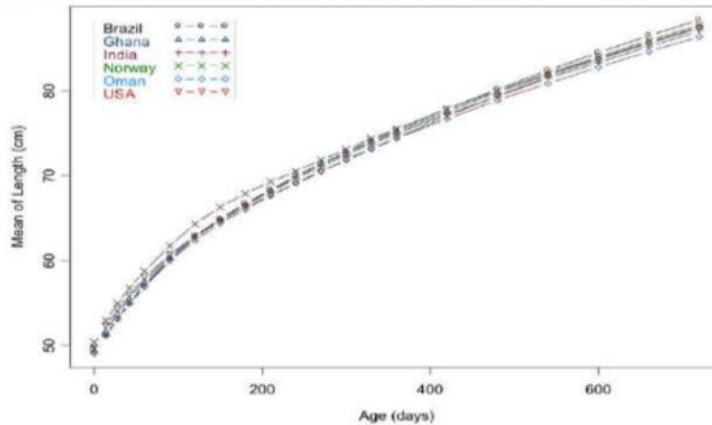


Figura 1. A média de comprimento (cm) desde o nascimento até os dois anos para os seis locais do Estudo Multicêntrico de Referência do Crescimento da OMS

De Onis, 2015

## ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

- ▶ Em ambos os sexos, as curvas a utilizar são:
  - ▶ **Comprimento/altura** – do nascimento aos 5 anos(A);
  - ▶ **Peso** – do nascimento aos 5 A;
  - ▶ **Índice de Massa Corporal (IMC)** – do nascimento aos 5 A;
  - ▶ **Perímetro cefálico** – do nascimento aos 2 A;
  - ▶ **Altura** – dos 5 aos 19 A;
  - ▶ **Peso** – dos 5 aos 10 A;
  - ▶ **IMC** – dos 5 aos 19 A.

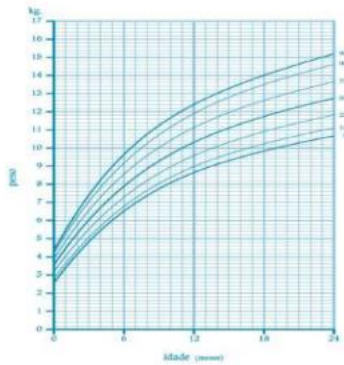
Direção-Geral da Saúde, 2013

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

# ADOÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

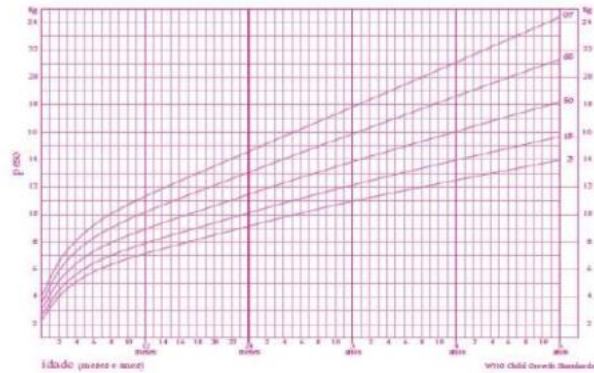
RAPAZES

peso 0-24 meses



Direção-Geral da Saúde, 2005

Raparigas – Peso 0 – 5 A



Direção-Geral da Saúde, 2013

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

- ▶ Em todas as consultas devem ser avaliadas :
  - ▶ Preocupações dos pais, ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
  - ▶ Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso;
  - ▶ Frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola;
  - ▶ Hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres;

Direção-Geral da Saúde, 2013

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

- ▶ Em todas as consultas devem ser avaliadas :
  - ▶ Dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial;
  - ▶ Cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV.
  - ▶ Detecção precoce de situações rastreáveis, incluindo perturbações emocionais e do comportamento.

Direção-Geral da Saúde, 2013

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

### NOVO ENFOQUE NAS QUESTÕES RELACIONADAS COM:

- **Desenvolvimento Infantil**
- **Perturbações Emocionais e do comportamento**
- **Maus Tratos**

# PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

## PRIMEIRO ANO DE VIDA

### PARÂMETROS A AVALIAR

|                    | 1º ANO | 1 MÊS | 2 MÊSES | 4 MÊSES | 6 MÊSES | 9 MÊSES |
|--------------------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Peso               |        |       |         |         |         |         |
| Comprimento        |        |       |         |         |         |         |
| Perímetro cefálico |        |       |         |         |         |         |
| Dentes             |        |       |         |         |         |         |
| Coração            |        |       |         |         |         |         |
| Anca               |        |       |         |         |         |         |
| Visão              |        |       |         |         |         |         |
| Audição            |        |       |         |         |         |         |
| Exame físico       |        |       |         |         |         |         |
| Desenvolvimento    |        |       |         |         |         |         |
| Vacinação          | 1      |       |         |         |         |         |

- 1 Verificar a realização do diagnóstico precoce
- 2 Surtos sociais
- 3 Reação ao estresse
- 4 Confirmar presença de testículos nas bolhas

Direção-Geral da Saúde, 2005

### PARÂMETROS A AVALIAR

|  | Primeira Consulta | 1 MÊS | 2 M   | 4 M | 6 M    | 9 M    |
|--|-------------------|-------|-------|-----|--------|--------|
| Peso   |                   |       |       |     |        |        |
| Comprimento                                    |                   |       |       |     |        |        |
| IMC*/Percentil                                 |                   |       |       |     |        |        |
| Perímetro cefálico                             |                   |       |       |     |        |        |
| Dentição                                       |                   |       |       |     | 16     | 16     |
| Coração (sopros e pulsos femorais)             |                   |       |       |     |        |        |
| Anca   |                   |       |       |     |        |        |
| Visão **                                       | 1                 | 1, 7  | 1, 7  |     | 17     | 17     |
| Audição ***                                    | 2                 |       |       | 13  |        | 18, 20 |
| Exame físico                                   |                   |       |       |     |        | 21     |
| Desenvolvimento ***                            | 3                 | 8     | 8, 11 | 14  | 18     | 22     |
| Vacinação                                      | 4                 | 9     | 9     | 9   | 9      | 9      |
| Relação emocional/comportamento (perturbações) | 5                 | 5, 10 | 12    | 15  | 18, 19 | 23     |
| Risco de Maus Tratos****                       |                   |       |       |     |        |        |
| Segurança do ambiente                          | 6                 | 6     | 6     | 6   | 6      | 6      |

\*Índice de Massa Corporal (IMC) = Peso/Comprimento<sup>3</sup> (kg/m<sup>3</sup>). Consultar Anexo 1 – Curvas de Crescimento.

\*\*Avaliação da visão segundo as "Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referência" (DGS, 2008) <http://www.dgsaude.mn-saude.pt/visao/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>, e de acordo com os critérios previstos na escala de rastreio de Mary Sheridan modificada.

Direção-Geral da Saúde, 2013

# PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

### PARÂMETROS A AVALIAR

|  | Primeira Consulta | 1 MÊS | 2 M   | 4 M | 6 M    | 9 M    |
|--|-------------------|-------|-------|-----|--------|--------|
| Peso   |                   |       |       |     |        |        |
| Comprimento                                    |                   |       |       |     |        |        |
| IMC*/Percentil                                 |                   |       |       |     |        |        |
| Perímetro cefálico                             |                   |       |       |     |        |        |
| Dentição                                       |                   |       |       |     | 16     | 16     |
| Coração (sopros e pulsos femorais)             |                   |       |       |     |        |        |
| Anca   |                   |       |       |     |        |        |
| Visão **                                       | 1                 | 1, 7  | 1, 7  |     | 17     | 17     |
| Audição ***                                    | 2                 |       |       | 13  |        | 18, 20 |
| Exame físico                                   |                   |       |       |     |        | 21     |
| Desenvolvimento ***                            | 3                 | 8     | 8, 11 | 14  | 18     | 22     |
| Vacinação                                      | 4                 | 9     | 9     | 9   | 9      | 9      |
| Relação emocional/comportamento (perturbações) | 5                 | 5, 10 | 12    | 15  | 18, 19 | 23     |
| Risco de Maus Tratos****                       |                   |       |       |     |        |        |
| Segurança do ambiente                          | 6                 | 6     | 6     | 6   | 6      | 6      |

Direção-Geral da Saúde, 2013

- ▶ **Peso**
- ▶ **Comprimento**
- ▶ **Índice Massa Corporal (IMC)/Percentil**
- ▶ **Perímetro Cefálico**
- ▶ **Dentição**
- ▶ **Coração**
- ▶ **Anca**
- ▶ **Visão**
- ▶ **Audição**
- ▶ **Exame Físico**
- ▶ **Desenvolvimento**
- ▶ **Vacinação**
- ▶ **Relação Emocional/comportamento**
- ▶ **Risco de Maus Tratos**
- ▶ **Segurança do Ambiente**

PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

ESCALA DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

- ▶ Escala de avaliação de desenvolvimento usada há várias décadas;
- ▶ Atualmente integra os programas informáticos utilizados nos Cuidados de Saúde Primários;
- ▶ Poderá permitir um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites;

Direção-Geral da Saúde, 2013

Permite a avaliação do desenvolvimento de **competências dos 0 aos 5 anos**, nomeadamente:

- ▶ Postura e motricidade global;
- ▶ Visão e motricidade fina;
- ▶ Audição e linguagem;
- ▶ Comportamento e adaptação social;

Sharma & Helen Cockerill, 2008

PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

ESCALA DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12M

| Nome _____                   | Data de nascimento ____ / ____ / _____   | Processo n.º _____  | 4 – 6 Semanas  | 9 M  | 6 M  | 9 M | 12 M |
|------------------------------|--|---|--|--|--|-----|------|
| Postura e Motricidade Global | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral – levanta a cabeça.</li> <li>• Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica, membro superior do lado da face em extensão.</li> <li>• Em tração pelas mãos – a cabeça cai.</li> <li>• Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas.</li> <li>• Em suspensão vertical – cabeça ereta, membros semi-fletidos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral – apoio nos antebraços.</li> <li>• Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados.</li> <li>• Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita.</li> <li>• De pé – flete os joelhos, não faz apoio.</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral – apoio-se nas mãos.</li> <li>• Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.</li> <li>• Em tração pelas mãos – faz força para se sentar.</li> <li>• Mantém-se sentado(a) sem apoio.</li> <li>• De pé faz apoio.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos.</li> <li>• Põe-se de pé com apoios mas não consegue balançar.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passa de decúbito dorsal a sentado(a).</li> <li>• Tem equilíbrio sentado(a).</li> <li>• Gatinha.</li> <li>• Põe-se de pé e balança-se com o apoio de uma ou duas mãos.</li> </ul> |     |      |
| Visão e Motricidade Fina     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segue uma bola pendente a 20-25 cm em N de círculo (do lado até à linha média).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li>• Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.</li> <li>• Segue uma bola pendente N círculo e horizontal.</li> <li>• Apresenta convergência ocular.</li> <li>• Faz pestanejo de defesa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem preensão palmar.</li> <li>• Leva os objetos à boca.</li> <li>• Transfere objetos.</li> <li>• Esquece imediatamente o objeto quando este cai.</li> <li>• Apresenta box convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem preensão e manipulação.</li> <li>• Leva tudo à boca.</li> <li>• Aponta com o indicador.</li> <li>• Faz pinça.</li> <li>• Atrai os objetos ao chão deliberadamente.</li> <li>• Procura o objeto que caiu ao chão.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explora com energia os objetos e atrai-os sistematicamente ao chão.</li> <li>• Procura um objeto escondido.</li> <li>• Tem interesse visual para perto e longe.</li> </ul>        |     |      |

Direção-Geral da Saúde, 2013

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

**Cuidados Antecipatórios** fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;

Direção-Geral da Saúde, 2013

Os temas poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente nas atividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo – e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados.

Direção-Geral da Saúde, 2013

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

|   | Primeira Consulta | 1 MÊS | 2 M   | 4 M       | 6 M       | 9 M       |
|---|-------------------|-------|-------|-----------|-----------|-----------|
| Alimentação                             | 1                 | 1     | 1, 12 | 1, 12, 14 | 1, 12, 14 | 1, 12, 14 |
| Vitamina D*                             |                   |       |       |           |           |           |
| Saúde Oral                              |                   |       |       |           | 4         | 4         |
| Higiene                                 |                   |       |       |           |           |           |
| Posição de deitar                       | 2                 |       |       |           |           |           |
| Hábitos de sono                         |                   | 7, 8  | 8     | 13        | 13        | 13        |
| Hábitos intestinais e cólicas           |                   | 9     | 9     |           |           |           |
| Desenvolvimento**                       | 3, 4              | 4     | 4     | 4         | 4         | 4         |
| Acidentes e segurança                   | 4                 | 4     | 4     | 4         | 4         | 4         |
| Temperatura normal e febre              |                   |       |       |           |           |           |
| Sintomas/sinais de alerta               | 5                 |       |       | 10        | 10        |           |
| Sinais/sintomas comuns                  |                   | 10    |       |           |           |           |
| Vacinação – vantagens e reações         |                   |       |       |           |           |           |
| Vida na creche/ama/ outros atendimentos |                   |       |       | 15, 16    | 15, 16    | 15        |
| Relação emocional                       | 6                 | 11    | 11    | 4         | 4, 17     | 4, 18, 19 |

Direção-Geral da Saúde, 2013

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

- ▶ A atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV) entrou em vigor em Janeiro de 2017.
- ▶ O PNV aplica-se, **gratuitamente**, a todas as pessoas presentes em Portugal.

- ▶ Com menos de 18 anos de idade, a todas as pessoas, **recomendam-se 11 vacinas:** contra hepatite B, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b, infeções por *Streptococcus pneumoniae* (13 serotipos), doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo C, sarampo, parotidite epidémica e rubéola. Às raparigas, recomenda-se ainda a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano;



Direção-Geral da Saúde, 2016

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

### PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS e do COMPORTAMENTO

- ▶ Segundo a **Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência** uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar. De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas apenas 1/5 recebe tratamento apropriado. (U.S. Department of Health and Human Services citado por D.G.S. 2009)
- ▶ Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (MS, 2001 citado por D.G.S., 2013).

Direção-Geral da Saúde, 2013

## PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS e do COMPORTAMENTO

- ▶ **Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil** destacada como uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação nestas situações problemáticas.
- ▶ Torna-se imprescindível **articulação** entre as **equipas de Saúde Mental** da Infância e Adolescência e os **Cuidados de Saúde Primários**.
- ▶ Desde 2007, é recomendada a grelha de avaliação de *Turk* (2007) para a avaliação diagnóstica, a qual deverá orientar a entrevista pelo profissional de saúde

Direção-Geral da Saúde, 2013

RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA DA

### SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL



Direção-Geral da Saúde, 2009

## CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Os **Maus Tratos** resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação.

A intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objectivos prioritários:

- ▶ **Proteger** a criança/jovem;
- ▶ Intervir no risco para **prevenir evolução para o perigo**;
- ▶ **Evitar** a recorrência..

Direção- Geral da Saúde, 2011



### MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

GUIA PRÁTICO  
DE  
ABORDAGEM, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

- ▶ As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)**.
- ▶ A Comissão Coordenadora do **SNIPI** definiu, como **critérios de elegibilidade para Intervenção Precoce na Infância**, as crianças entre os **0** e os **6 A** e respetivas famílias, que apresentem condições previstas nos seguintes grupos:
  1. “Alterações nas funções ou estruturas do corpo”
  2. “Risco grave de atraso de desenvolvimento”

Direção- Geral da Saúde, 2011

## PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

### Programa Nacional de Saúde Escolar | 2015

#### VISÃO

•Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.

#### FINALIDADE

•Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens.

#### OBJETIVOS

- Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.



In <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

# PROGRAMA NACIONAL SAÚDE INFANTIL E JUVENIL CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO OU COM NECESSIDADES ESPECIAIS

## EIXOS ESTRATÉGICOS E ÁREAS DE INTERVENÇÃO

- Eixo 1. **Capacitação**  
• Áreas de Intervenção: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.
- Eixo 2. **Ambiente escolar e saúde**  
• Áreas de Intervenção: desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros.
- Eixo 3. **Condições de saúde**  
• Áreas de Intervenção: saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais, saúde de docentes e não docentes.
- Eixo 4. **Qualidade e inovação**
- Eixo 5. **Formação e investigação em Saúde Escolar**
- Eixo 6. **Parcerias**



In <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Alto Comissariado da Saúde (2009). *Recomendações para a prática clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados De Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ▶ De Onis M (2015). *Curvas de Referência da Organização Mundial da Saúde*. Em *Maria Laurie Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. Recuperado de [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu)
- ▶ Direção- Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens -Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.
- ▶ Direção- Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- ▶ Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- ▶ Direção-Geral da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil; Programa- tipo de Actuação*. Lisboa: DGS.
- ▶ Guerra, António (2009). *As curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde*. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(3):XLI-V.
- ▶ Sharma, A., Cockerill, H. (2008). *Mary D. Sheridan From Birth To Five Years, Children's Developmental Progress*. Third Edition. Routledge Taylor& Francis Group: Cornwall.
- ▶ World Health Organization (2006). *WHO Child Growth Standards, Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. France : WHO.

**Apêndice VI – Proposta de Folha de Registo de VD**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de**  
**Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**  
**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

**PROPOSTA DE FOLHA DE REGISTO DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Discente:

Ana Rita Gomes, nº 6725

Docente:

Prof. Dra M. Soveral

Enfermeira Orientadora:

EEESCJ A.P.

Lisboa

2016

## **VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA**

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários a vigilância e a promoção da saúde da população-alvo são os focos de atenção prioritários. Focos estes que podem representar ganhos em saúde, num cariz individual e com impacto para o desenvolvimento da sociedade, constatação manifestada publicamente na Conferência de Alma-Ata em 1978 e tida em consideração nas diferentes políticas de saúde até à atualidade.

Especificamente no contexto da saúde infantil e juvenil onde decorre o estágio, esta vigilância e promoção da saúde ocorre maioritariamente em contexto de consulta, de enfermagem e médica. Denota-se escassez de recursos humanos que se possam mobilizar com facilidade para o domicílio do utente. Conscientes que o domicílio, figurado como o ambiente onde a criança/família se inserem, é um meio facilitador para um melhor conhecimento do utente e a visitação domiciliária representa um recurso nobre de acesso à saúde, esta questão toma uma proporção de maior relevância quando nos deparamos perante uma população com elevadas carências socioeconómicas.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, um dos desafios colocados ao sector público no que concerne à promoção da equidade em saúde é “determinar o grau com que é possível aproximar e personalizar os cuidados para com as necessidades individuais, de famílias e comunidades” (Direção Geral da Saúde, 2012, p. 4). Assim, no contexto de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) considera-se a visitação domiciliária como um dos recursos privilegiados para uma aproximação ao utente, às suas necessidades individuais, no contexto da família e na comunidade.

Por sua vez, no âmbito específico da saúde infantil é reiterada pelo Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil a importância de serem desenvolvidas estratégias que viabilizem a visitação domiciliária, sendo considerada um meio de extrema relevância para a vigilância e promoção da saúde, particularmente a seguir à alta da maternidade, nas situações de doença crónica ou prolongada e ainda nos casos de crianças e/ou famílias avaliadas como de risco (DGS, 2013).

Relativamente ao período neonatal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF recomendam a visitação domiciliária como uma estratégia para a melhoria dos cuidados ao recém-nascido e aumento da sobrevivência do mesmo (OMS, 2009).

À semelhança do programa Parceria Enfermeira-Família, que tem origem nos Estados Unidos, surgem também na Europa programas semelhantes que tentam ir ao encontro das necessidades das famílias e crianças, que tem como estratégia de intervenção a visitação domiciliária.

Entre outros, em Inglaterra existe o Modelo de Parceria Familiar em que os enfermeiros são formados para trabalhar com crianças e famílias, sendo a população-alvo mães e crianças nos primeiros dezoito meses de vida, em situações vulneráveis, nomeadamente, em risco de abuso e negligência. A intervenção é realizada no domicílio e tem como intuito capacitar as mães nos cuidados parentais, promover o bem-estar psicológico e social da criança, da família e com conseqüente impacto na comunidade. Têm sido relatados resultados positivos de um pequeno número de estudos que incluem uma melhoria do bem-estar social e emocional de crianças vulneráveis. As famílias valorizam as relações com os enfermeiros, referindo maior confiança, melhoria das competências parentais e nos relacionamentos (Wolfe et al, 2013).

Um estudo realizado na Alemanha acerca dos efeitos da visitação domiciliária no desenvolvimento das competências maternas num programa semelhante, designado "*Prokind*", que oferece apoio social e financeiro a mães primíparas, desde a gravidez até a criança completar os 2 anos de idade, revela que a visitação domiciliária tem um efeito positivo na promoção da parentalidade (Sierau et al, 2016). Um estudo realizado em Portugal acerca da recorrência de recém-nascidos ao serviço de urgência, aponta como sugestão haver um maior investimento durante a gravidez e período neonatal, em contexto de ambulatório, através de visitas domiciliárias e contactos telefónicos (Ratola et al, 2014). Nos diferentes estudos e programas é consensual que a visitação domiciliária surge como uma estratégia de intervenção comunitária que permite uma aproximação dos cuidados aos utentes e pode constituir um meio para o desenvolvimento de competências parentais.

Sendo o domicílio, um ambiente desprovido da formalidade da instituição saúde e sim o espaço vital da família e criança, torna-se um meio privilegiado para uma avaliação de recursos, da interação e da dinâmica familiar conseguindo uma intervenção mais personalizada relativamente à vigilância e promoção da saúde, aos cuidados antecipatórios

num contexto real e ainda a capacitação da família mediante as suas experiências anteriores e expectativas.

No que concerne à promoção da saúde, e conseqüentemente, à capacitação das famílias torna-se pertinente fazer alusão ao Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender. Para uma melhor compreensão do mesmo é imprescindível focar os grandes conceitos em que se sustenta, nomeadamente saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. A saúde é observada muito para além da ausência de doença, sendo considerada em diferentes perspetivas: individual, familiar e comunitária, enfatizando o desenvolvimento pessoal e conseqüente desenvolvimento de competências ao longo do ciclo de vida, com vista a promover o bem-estar numa perspetiva holística, tendo em conta fatores como a idade, a etnia e a cultura. Por sua vez, o conceito de ambiente é definido como o resultado da relação entre a pessoa e o acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, com o intuito de resultar um ambiente saudável. O conceito de pessoa é determinante neste modelo, pois é aquele que tem capacidade de tomar decisões, resolver problemas, com potencial para alterar crenças e comportamentos de saúde. O conceito de enfermagem surge como o elemento promotor da saúde devido à sua perícia biopsicossocial, desenvolvendo estratégias e intervenções que promovam o autocuidado, tendo como finalidade máxima a promoção da saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002).

O modelo supramencionado visa a implementação e avaliação de ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que conduz à promoção da saúde através da análise de três fatores fundamentais, nomeadamente:

- características e experiências individuais, englobam o comportamento anterior, alvo de mudança e os fatores pessoais que se subdividem em três categorias: fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); fatores psicológicos (autoestima e automotivação) e socioculturais (educação e nível sociocultural)
- sentimentos e conhecimentos acerca do comportamento que se pretende alcançar, sendo este fator constituído pelas seguintes variáveis: compreende os benefícios para a ação; compreende as barreiras para a ação compreende a autoeficácia; os sentimentos em relação ao comportamento; as influências interpessoais, as influências situacionais;

- resultado do comportamento, ou seja, o comportamento de promoção da saúde desejável engloba o compromisso com o plano de ação e as exigências imediatas e preferências (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002).

Considera-se o Modelo de Pender um referencial teórico de excelência para a promoção da saúde, atendendo à perspectiva holística em que a pessoa é observada e a influência que as variáveis podem ter nas suas ações para a mudança de comportamento.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), o enfermeiro especialista em Saúde da Criança e do Jovem deve reger a sua intervenção pelo modelo conceptual de cuidados centrados na família, que, por sua vez, preconiza a capacitação da família através do desenvolvimento de meios e oportunidades para os membros da família demonstrarem as suas habilidades e competências atuais, desenvolverem e adquirirem novas para fazer face às necessidades da criança e da família (Hockenberry & Barrera, 2014).

Considerada a capacitação como um meio de promoção da saúde e sendo este um alvo da intervenção do enfermeiro para a melhoria da saúde individual, das famílias e da comunidade sugere-se a reflexão acerca da sua prática se basear nestes dois modelos para uma abordagem mais fundamentada e completa.

Atendendo à dimensão dos diferentes fatores que constituem o Modelo de Promoção da Saúde de Pender considera-se que a visita domiciliária pode ser uma estratégia muito útil e pertinente. A equipa de enfermagem pode ter um conhecimento efetivo e mais abrangente das necessidades criança e da família e conseqüentemente delinear um plano de ação que vise a promoção da saúde.

Tal como já havia sido referido previamente na UCSP em questão, de momento não se estão a realizar visitas domiciliárias no âmbito da saúde infantil e juvenil atendendo à escassez de recursos humanos. No entanto, visto que a visita domiciliária apresenta vários benefícios para um conhecimento privilegiado da criança/família e, é também considerada um meio de aproximação dos cuidados aos utentes, assume como finalidade máxima o ganho em saúde para o indivíduo e para a comunidade. É feita assim uma proposta de agilização para a realização de visitas domiciliárias, sempre que oportuno.

Torna-se pertinente definir alguns critérios norteadores para a realização da visita domiciliária:

## **População-alvo**

Todas as crianças e jovens inscritas na UCSP em questão, cuja situação necessite de intervenção no domicílio.

## **Prioridades**

Atendendo a elevado número de utentes inscritos face aos recursos humanos disponíveis, é importante definir situações prioritárias, que são assim designadas:

- RN na primeira semana de vida

De acordo com o PNSIJ é recomendada uma avaliação na primeira semana de vida com o intuito de iniciar a vigilância e promoção da saúde, bem como deteção de situações de risco (D.G.S.,2013).

Caso o recém-nascido não tenha realizado o teste de diagnóstico precoce – teste de Guthrie – e for possível agendar-se a visitação no período indicado para o fazer, considera-se um momento oportuno para a realização do mesmo para evitar a deslocação do recém-nascido a uma instituição de saúde;

Fase do ciclo de vida em que os cuidados antecipatórios e a educação para a saúde relativamente às competências parentais assumem uma importância notória.

- Crianças/jovens com doença crónica ou doença prolongada

Sempre que sejam referenciadas ou haja um primeiro contacto de crianças/jovens com doença crónica ou doença prolongada deverá marcar-se a visitação domiciliária para avaliar as necessidades da criança/jovem e família.

A avaliação da necessidade, ou a disponibilização, da visitação domiciliária pode ser efetuada telefonicamente com as famílias nos casos de referência ou pessoalmente aquando do primeiro contacto.

- Crianças/Jovens e famílias que estejam identificadas como de risco

Mediante a identificação de uma criança/um jovem e família como de risco considera-se oportuno agilizar uma visitação domiciliária para uma melhor compreensão dos seus recursos e necessidades.

- Crianças que faltem às consultas de vigilância de saúde

Quando detetadas faltas consecutivas às consultas de vigilância de saúde dever-se-á estabelecer um contacto telefónico com o intuito de uma visitação domiciliária para a realização da vigilância da saúde, e se oportuno promover a vacinação.

### **Circuito**

- O agendamento das visitas domiciliárias poderá ser feito pelas famílias via telefónica ou presencialmente, quando considerado necessário.
- No caso dos recém-nascidos aquando da receção da notícia de nascimento poderá ser estabelecido um contacto telefónico com a família caso ainda não tenha sido agendada a primeira consulta ou visitação domiciliária.
- Nas outras crianças/nos outros jovens as visitas domiciliárias poderão ser agendadas telefonicamente mediante os critérios de prioridades supramencionados.

### **Orientações Gerais**

- A visitação domiciliária realiza-se de segunda a sexta-feira, no horário entre as 09h e as 17h, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, sendo previamente agendadas em mútuo acordo entre a família e a instituição de saúde.
- A visitação domiciliária poderá ser realizada pelo enfermeiro, pelo médico ou em equipa de acordo com a necessidade da criança/jovem/família.

### **Planeamento**

Mediante o agendamento da visitação dever-se-á proceder ao planeamento da mesma através da colheita de dados da criança/do jovem consultados no seu processo clínico e

providenciar-se o material necessário atempadamente. Envolve definição de objectivos, estabelecimento de prioridades e de questões a responder, para além da escolha de estratégias a desenvolver com a criança/jovem/família, sem esquecer o tempo previsto.

### **Execução**

Durante a visitação domiciliária dever-se-ão identificar problemas e/ou necessidades da criança/do jovem/família.

### **Documentação**

O registo da informação deverá ser efetuado na folha de registos que se apresenta como proposta de modelo para a VD. Posteriormente à visitação dever-se-á proceder aos registos no processo da criança no programa SCLinic.

A proposta de folha de registos para a VD tem diversos itens que podem ser posteriormente preenchidos para não condicionar o momento e não se fazer sentir uma avaliação formal. São avaliados diversos aspetos tendo em conta cada criança e cada família para maximizar o seu potencial de saúde e numa fase posterior aquando que as VD sejam uma prática mais regular se consiga compreender a influência das diferentes variáveis e até estudar alguns indicadores que possam representar ganhos em saúde.

Dos dados pode resultar a identificação de problemas e originar um plano de cuidados.

ACES \_\_\_\_\_

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados \_\_\_\_\_

Consulta de Saúde Infantil

### FOLHA DE REGISTO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b> | Data do contato: __/__/__<br>Data da Visitação: __/__/__<br>Profissional: |
| Nome:<br>_____       |   |

#### INFORMAÇÕES GERAIS

| Motivo da Visitação Domiciliária | Meio de Contacto   | Presentes na VD  | Fonte de Informação   |
|----------------------------------|--|--|---|
|                                  | <input type="checkbox"/> Telefone<br><input type="checkbox"/> Presencial<br><input type="checkbox"/> E-mail<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Criança/Jovem<br><input type="checkbox"/> Mãe<br><input type="checkbox"/> Pai<br><input type="checkbox"/> Irmãos<br><input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Criança/Jovem<br><input type="checkbox"/> Mãe<br><input type="checkbox"/> Pai<br><input type="checkbox"/> Irmãos<br>Outros _____ |

#### ANTECEDENTES RELEVANTES DA CRIANÇA/JOVEM

| Período Pré-natal   | Nascimento  | Período Neonatal  |
|---|---|---|
| Gravidez:<br><input type="checkbox"/> Planeada<br><input type="checkbox"/> Não Planeada<br><input type="checkbox"/> Saudável<br><input type="checkbox"/> Não Saudável<br>Intercorrências: | Parto:<br><input type="checkbox"/> Eutócico<br><input type="checkbox"/> Distócico _____<br>Índice de Apgar: _____<br>Peso: _____<br>Comprimento: _____<br>Perímetro cefálico: _____ | Aleitamento:<br><input type="checkbox"/> Materno<br><input type="checkbox"/> Adaptado _____<br>Sono:<br>Cólicas:<br>Dificuldades parentais: |
| Doença(s) Aguda(s)  | Doença(s) Crónica(s)  | Internamento (s)  |
|   |   | <input type="checkbox"/> Nenhum<br>Data (s):<br>Motivo (s):   |
| Vacinação   | Alergias  | Terapêutica em ambulatório  |
| <input type="checkbox"/> Atualizada<br><input type="checkbox"/> Não Atualizada  | <input type="checkbox"/> Terapêutica _____<br><input type="checkbox"/> Alimentos _____<br><input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Desconhecidas           | Acompanhamento em consulta (s)  |

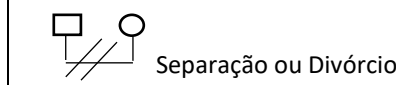

#### NECESSIDADES ESPECIAIS

#### OBSERVAÇÕES

**AVALIAÇÃO FAMILIAR**

| Agregado Familiar  | Identificação dos cuidadores  | Habilitações Literárias   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Criança/Jovem<br><input type="checkbox"/> Mãe<br><input type="checkbox"/> Pai<br><input type="checkbox"/> Irmãos nº ___ Idades: _____<br><input type="checkbox"/> Avós _____<br><input type="checkbox"/> Outros _____ | Mãe<br>Nome: _____<br>Idade: _____<br>Pai<br>Nome: _____<br>Idade: _____<br><input type="checkbox"/> Outro - Parentesco: _____<br>Nome: _____<br>Idade: _____ | Criança/Jovem: _____<br>Mãe: _____<br>Pai: _____<br><hr/> <p align="center"><b>Profissões</b></p> Mãe: _____<br>Pai: _____<br>Outro cuidador: _____ |

**GENOGRAMA FAMILIAR SIMPLES**

| Legenda  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino<br><input type="checkbox"/> Falecimento<br> Casamento<br> Separação ou Divórcio<br><p>Coolocar uma seta na criança/jovem identificada </p> |  |

**RECURSOS FAMILIARES**

**RECURSOS NA COMUNIDADE**

| Habitação  | Apoios  |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habitação Própria<br><input type="checkbox"/> Habitação Alugada<br><input type="checkbox"/> Eletricidade<br><input type="checkbox"/> Água Potável<br><input type="checkbox"/> Saneamento Básico | Família Alargada<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Sim<br>Quem? _____<br>Como? _____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Vizinhos<br><input type="checkbox"/> Comunidade Religiosa<br><input type="checkbox"/> Escola<br><input type="checkbox"/> Trabalho<br><input type="checkbox"/> Assistência Social<br><input type="checkbox"/> Centro de Saúde<br><input type="checkbox"/> Hospital<br><input type="checkbox"/> Outros _____ |

**OBSERVAÇÕES**

|  |
|--|
|  |
|--|

| <b>IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMA</b> |              |
|----------------------------------|--------------|
| Quem Identifica?                 | Problema (s) |
| <b>NECESSIDADES</b>              |              |
|                                  |              |
| <b>OBJETIVOS</b>                 |              |
|                                  |              |
| <b>ESTRATÉGIAS</b>               |              |
|                                  |              |
| <b>RESULTADOS ESPERADOS</b>      |              |
|                                  |              |
| <b>APRECIÇÃO GLOBAL</b>          |              |
|                                  |              |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS: Alma Ata. Consultado a 16 Janeiro de 2017 em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Consultado em 15 de Outubro de 2016 em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdnacdn.com/files/2012/02/Acesso\\_e\\_Equidade\\_2013\\_003\\_04.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdnacdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf)
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Consultado a 30 de Outubro de 2017 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. in Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (Coords) Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9a ed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pender, Nola; Murdaugh, C.L.; Parsons, M.A. (2002). The Health Promotion Model in *Health Promotion in Nursing Practice* (p. 59-79).4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, ISBN 0-13-031950-3.
- Ratola, A.; Machado, M.; Almeida, A.; Piol, D.; Almeida, S. (2014). Recém-nascido no Serviço de Urgência – casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*, 23(1), 12-16.
- Sierau, S., Dähne, V., Brand, T., Kurtz, V., Kai von Klitzing, K.V., Jungmann, T.(2016). Effects of Home Visitation on Maternal Competencies, Family Environment, and Child Development: a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*. 17. 40–51. DOI 10.1007/s11121-015-0573-8.
- Wolfe, I., Tamburlini, G., Wiegeresma, P.A., Thompson, M., Gill, P., Lenton, S.(2013). Child health in Europe: an overview. In European Observatory on Health Systems and Policies. *European Child Health Services and Systems: Lessons without borders*. Berkshire: Ingrid Wolfe and Martin McKee. Consultado a 05 de Novembro de 2017 em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf)
- World Health Organization (2009). WHO/UNICEF Joint Statement. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Switzerland: WHO. Consultado a 12 Novembro de 2017 em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_eng.pdf;jsessionid=61CED05F10E8046E0E6090742D6ADE1D?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf;jsessionid=61CED05F10E8046E0E6090742D6ADE1D?sequence=1)

## **Apêndice VII – Proposta de Articulação de Cuidados**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de**  
**Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**  
**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

**PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS**

Discente:

Ana Rita Gomes, nº 6725

Docente:

Prof. Dra M. Soveral

Enfermeira Orientadora:

Enfª EESCJ A.P.

Lisboa

2016

## PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na unidade curricular Estágio com Relatório, com o tema “Capacitação da família para a utilização da urgência pediátrica: contributos do enfermeiro especialista” considerou-se pertinente a elaboração do presente trabalho que se intitula “Proposta de Articulação de Cuidados”.

Atendendo a que desempenho funções numa unidade de urgência pediátrica, verifiquei empiricamente a utilização excessiva e inadequada do serviço e senti a necessidade de compreender esta situação. Pode comprovar-se que a mesma é sentida por diferentes profissionais de saúde e administradores hospitalares, demonstrada na literatura há aproximadamente duas décadas, mas continuando a ser uma problemática actual, alvo de pesquisa científica.

Um estudo realizado na margem Sul do Tejo, que tinha como objetivo caracterizar a utilização de um serviço de urgência pediátrica de um hospital nível II, concluiu que 57% são não urgentes e destes, 99,4% tiveram alta (Rafael, 2013).

Outro estudo, a Norte do país, que tinha como objetivo fazer a caracterização das recorrências de recém-nascidos a um serviço de urgência pediátrica num período de um ano, chega a conclusões como “ a maioria dos recursos ao SU hospitalar no período neonatal corresponde a situações não urgentes que poderiam ser resolvidos nos Cuidados Primários de Saúde” (Ratola et al, 2014,p.12) e ainda acrescenta que “ os principais motivos de consulta foram relacionados com a puericultura e patologia benigna do RN, em 57% das visitas...” (ibidem,p.15).

O Relatório de Primavera 2015 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde faz referência a um estudo realizado na área metropolitana de Lisboa, realizado por Rita Nunes em 2011, conclui referindo existir uma utilização injustificada do serviço de urgência pediátrica por 49,5% dos utentes.

Por sua vez, o Relatório de Primavera 2017 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere que a realidade no ano de 2016 persistiu, continuando a constatar-se uma elevada percentagem de utentes a recorrerem às urgências hospitalares quando poderiam ser assistidos nos cuidados de saúde primários.

As causas para esta procura excessiva e inadequada são diversas, entre outras, as crenças que os acompanhantes têm acerca dos serviços de urgência, que se encontram particularmente relacionadas com a confiança e a segurança nos cuidados, com a fácil acessibilidade, os recursos diagnósticos e ainda a perceção de fragilidade da criança (Rodrigues, 2012).

Esta realidade vivida em Portugal é transversal a realidades internacionais, sendo também alvo de estudo. Um dos fatores que é amplamente apontado como causa das recorrências inadequadas aos serviços de urgência é a baixa literacia dos cuidadores (Herman & Jackson, 2010; Morrison et al, 2014).

Mediante a problemática supramencionada torna-se fundamental explicar as sugestões apontadas na literatura para combater esta realidade.

Num dos estudos anteriormente referidos é apontado como sugestão de medidas a implementar “a promoção e reforço da rede de cuidados de saúde primários, cadeia de atendimento e rede de referenciação, assim como o aumento da literacia em saúde da população (Rafael, 2013, p.I).

No estudo realizado por Ratola et al (2014) são sugeridas várias medidas para fazer face à situação, nomeadamente um investimento na educação para a saúde durante a gravidez e período neonatal, propondo o eventual recurso a visitas domiciliárias e aconselhamento telefónico. Refere ser muito importante a aposta na formação dos profissionais de saúde que intervêm de forma mais ativa na primeira fase de vida da criança, sugerindo uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares.

Em consonância com este último estudo também surgem resultados de evidência científica nos Estados Unidos que apontam a articulação com os cuidados de saúde primários e a educação para a saúde como meios de redução da procura inadequada dos serviços de urgência pediátrica (Morrison et al, 2014).

Num outro estudo consultado é destacado o papel do enfermeiro enquanto agente de educação para a saúde, com o intuito de formar os utentes acerca da correta utilização dos serviços de saúde (Rodrigues, 2012).

Perante estas sugestões apontadas na literatura científica (Anexo II) podemos então agrupar como focos de intervenção para a melhoria dos cuidados: a educação para a saúde;

a articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares e a formação dos profissionais que vise uma uniformização das práticas.

## **A Educação para a Saúde**

O artigo 101º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros afirma

“o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas detetados...” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Mediante este dever que os enfermeiros têm perante a comunidade, de acordo com a entidade reguladora da profissão, a educação para a saúde e a agilização de meios para capacitar os utentes em prol da promoção da saúde devem estar continuamente no horizonte das suas intervenções.

Para uma prática sustentada é importante que a mesma seja norteada por referenciais teóricos. No âmbito específico da promoção da saúde, considera-se que o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é um modelo de enfermagem com uma perspetiva holística, que possibilita uma intervenção em que o utente tenha um papel ativo na mudança de comportamento e lhe possibilite uma tomada de decisão consciente. O modelo preconiza a avaliação das características individuais e das experiências, bem como os conhecimentos anteriores e os sentimentos acerca de um determinado comportamento e o comportamento de promoção da saúde desejável. (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002). Desta forma, o processo de educação para a saúde tem um cariz verdadeiramente dinâmico que deverá ir ao encontro das expectativas e necessidades efetivas dos utentes.

No âmbito dos cuidados especializados à criança e ao jovem, o modelo conceptual recomendado pela Ordem dos Enfermeiros é o modelo de cuidados centrados na criança e família que, por sua vez, preconiza a parceria de cuidados com a díade criança/família com o intuito de contribuir para a promoção da maximização do potencial de saúde, para a prestação de cuidados em situação de saúde ou doença, para a educação para a saúde,

assim como, para a mobilização de recursos na comunidade no sentido da satisfação das necessidades identificadas (OE, 2010).

Esclarecidos acerca das duas concepções de cuidados supramencionadas, pode-se considerar uma mais-valia o seu conhecimento para conjugação e aplicabilidade na prestação de cuidados.

No contexto de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), mais especificamente na consulta de enfermagem de saúde infantil, a educação para a saúde tem um papel de destaque. A intervenção dos profissionais deverá ir ao encontro das necessidades da criança/do jovem e família e contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos, para a melhoria dos cuidados parentais e, mesmo, para a capacitação mediante opções que conduzam ao aumento do potencial de saúde. Os cuidados antecipatórios nestas consultas surgem também como uma forma de promover a saúde, facultando conhecimentos à família para melhorar o seu desempenho.

O Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), emitido em 2013, é um instrumento muito útil para orientar os cuidados numa perspetiva da promoção da saúde, seja em contexto da vigilância da saúde, como na orientação para os cuidados antecipatórios ou outras políticas de saúde que zelem pela melhoria dos cuidados à criança e ao jovem.

Embora com noção que a escassez de recursos humanos por vezes tenha algumas implicações em termos de disponibilidade ou na gestão do tempo é fulcral que o enfermeiro tenha consciência do impacto da sua intervenção no desenvolvimento de cada criança e o que tal pode representar em ganhos de saúde para a criança, para a família e para a sociedade. Assim, a educação para a saúde deverá ser uma linha-mestra na sua intervenção, dirigindo-a sempre de forma personalizada, de acordo com as necessidades individuais de cada criança/família, numa perspetiva holística. Cada contato deverá ser encarado como um momento oportunista para promover a saúde.

## **Articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares**

Com o foco na promoção da saúde da comunidade em que estamos inseridos e de acordo com as evidências científicas, constata-se que é imprescindível a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.

De acordo com o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o enfermeiro especialista "...identifica e mobiliza recursos de suporte à família (OE,2010, p.1) e ainda "trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde" (ibidem, p.3). No âmbito desta sua competência julgou-se pertinente dar visibilidade aos cuidados de enfermagem que não têm reflexo em termos de documentação, nem impacto em termos de encaminhamento ou referência. Ou seja, em múltiplas ocasiões a criança/o jovem é observada/o em consulta de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ou até mesmo a família procura um aconselhamento junto do enfermeiro e de acordo com o seu olhar crítico a mesma necessita de uma observação em contexto hospitalar. No entanto, a avaliação da criança/do jovem fica apenas documentada no processo clínico e não existe um documento ou uma folha de registos que evidencie a observação do enfermeiro e o motivo de encaminhamento para o serviço de urgência. Assim, a criança/o jovem ao chegar ao serviço de urgência não tem comprovativo desta prévia avaliação por um profissional de saúde, o que poderá implicar um maior tempo de espera e não terá prioridade tal como o que é defendido pelo Despacho n.º 4835-A/2016 do Diário da República. De acordo com este despacho "as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua natureza jurídica, devem dar prioridade ao atendimento dos utentes que sejam referenciados através dos Cuidados de Saúde Primários..." (Diário da República, 2016).

Com o intuito de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e os mesmos promoverem uma aproximação entre as duas realidades de cuidados, tendo como finalidade major contribuir para a melhoria de acessibilidade dos utentes aos cuidados, sugere-se assim como proposta uma folha de registos de enfermagem que explique o motivo

de procura dos cuidados de saúde primários, a avaliação do enfermeiro e o motivo de encaminhamento.

ACES \_\_\_\_\_

Unidade de Cuidados de Saúde Persona

## FOLHA DE REFERENCIAÇÃO DE ENFERMAGEM

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nº

de

utente:

### MOTIVO DE RECORRÊNCIA À CONSULTA ENFERMAGEM

### AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

### MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO PARA A UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Setúbal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Enfermeiro (a) \_\_\_\_\_

Ainda no âmbito da articulação dos cuidados, considera-se outro foco de intervenção pertinente, o envio da nota de alta de enfermagem da criança/do jovem internada(o) no hospital diretamente para o enfermeiro de família ou para o enfermeiro responsável pela consulta de saúde infantil da UCSP ou da Unidade de Saúde Familiar onde a criança/o jovem estiver inscrita(o). Esta medida tem como intuito a aproximação dos cuidados entre as duas realidades, a eventual continuidade de cuidados, a vigilância de saúde num período de convalescença e o sentimento de a família estar acompanhada pela equipa de saúde.

O facto da nota de alta de enfermagem ir diretamente para o enfermeiro que segue a criança tem como razões a aproximação dos profissionais, permitir que haja um conhecimento do internamento atempadamente e a avaliação da necessidade de apoio após a alta hospitalar e, caso sejam detetadas necessidades de educação para a saúde, ou eventualmente situações de risco, ser possível haver um seguimento mais próximo na comunidade.

Caso a nota de alta de enfermagem seja entregue à família, a mesma poderá não ter disponibilidade para se deslocar aos cuidados de saúde primários, a informação perder-se-á e haverá a impossibilidade da continuidade de cuidados. Assim sugere-se também a criação de uma folha com os contactos (e-mails institucionais) dos enfermeiros de cada unidade da área de influência do centro hospitalar e os respetivos contactos telefónicos das unidades onde exercem funções. Esta lista de contactos poderá ser útil noutras situações que requeiram a articulação dos cuidados e poderá ser uma forma de contribuir mais efetivamente para a aproximação dos cuidados.

É importante serem estabelecidas redes de comunicação entre os profissionais dos dois contextos para que haja um melhor conhecimento de ambas as realidades, uma maior compreensão da criança em contexto de saúde ou doença, sendo esta partilha de informação muito útil para a promoção da saúde. Considera-se ter particular relevância para as crianças com doença crónica para contribuir para a aproximação dos cuidadores e para facilitar a acessibilidade da criança/família aos cuidados de saúde primários numa situação de restabelecimento. Outras situações de especial destaque são as crianças com necessidades especiais e situações de risco, sendo natural haver uma maior necessidade de continuidade de cuidados ou de apoio sentida pelas famílias.

As crianças/jovens com doença aguda, sem antecedentes pessoais de saúde relevantes também podem revelar-se uma população com necessidade de apoio, mesmo por não terem experiências anteriores que lhe tenham proporcionado um maior suporte de conhecimentos ou que tenham contribuído para a capacitação da família. Assim, a proposta destas estratégias, como mobilização de meios que garantam a continuidade de cuidados e contribuam para a promoção da saúde, vêm ao encontro do que é defendido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, em que o enfermeiro especialista deverá ter em consideração

“... a utilização de metodologias de organização dos cuidados de Enfermagem promotoras do estabelecimento de parcerias com os agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde, das quais as inerentes à articulação entre os cuidados de saúde primários, cuidados de saúde secundários e/ou recursos da comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nas próximas páginas constará então uma proposta de modelo para a nota de alta de enfermagem a ser enviadas para os cuidados de saúde primários. A construção da folha teve por base a Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 da Direção Geral da Saúde, que tem como assunto “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

A folha proposta para a lista de contactos surge apenas como um modelo, atendendo estarmos perante um trabalho académico em que não é apropriado identificar os serviços ou unidades. Na mesma constarão os dados essenciais para qualquer que seja o tipo de comunicação para facilitar os contactos e articular assim os cuidados mais facilmente. Serão os seguintes dados: nome da unidade, a morada, os contactos (telefone e fax), o enfermeiro (a decidir se os diferentes enfermeiros de família ou coordenador da saúde infantil) e respetivo contato de e-mail.

Centro Hospitalar de \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

## NOTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

Ao cuidado do Enf. \_\_\_\_\_

### *Identificação*

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| Nome                               |               |
| Data de Nascimento: __ / __ / ____ | Nacionalidade |
| Cuidador informal                  | Parentesco    |
| Contato telefónico do cuidador     |               |

### *Internamento*

|                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| Data de admissão __ / __ / ____     | Hora de admissão |
| Motivo de Internamento              |                  |
| Meios complementares de Diagnóstico |                  |
| Terapêutica administrada            |                  |

### *Antecedentes*

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Antecedentes de saúde               |  |
| Alergias                            |  |
| Terapêutica habitual em ambulatório |  |
| Vacinação                           |  |
| Hábitos                             |  |

### *Avaliação da Situação*

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Problemas ativos                    |  |
| Diagnósticos                        |  |
| Intervenções                        |  |
| Terapêutica administrada            |  |
| Avaliação das medidas implementadas |  |

*Necessidades  
da criança*

*(Neste espaço o enfermeiro pode escrever os aspetos que considerar pertinentes durante o internamento ou até uma descrição mais detalhada do episódio)*

*Necessidades  
do Cuidador*

*Orientação*

*Observações  
Informações  
Adicionais*

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Enf. \_\_\_\_\_



## **Formação dos profissionais**

Há uma aposta cada vez mais crescente na formação especializada, já que a partilha de saberes poderá ter contributos enriquecedores para o conhecimento e desenvolvimento de estratégias que promovam uma melhoria da acessibilidade aos cuidados. De acordo com a Ordem Dos Enfermeiros (2010, p.10) o enfermeiro especialista “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”. Assim, a formação contínua dos profissionais deverá ser um objetivo que contribua para uma melhoria do seu exercício, que contribua para uma prática baseada na evidência com impacto para as comunidades alvo dos cuidados.

No âmbito desta competência é preconizado que seja responsável por facilitar aprendizagens na área da especialidade. Além das formações feitas em contexto de serviço ou institucionais, ao abrigo desta unidade de competência considera-se oportuno uma sugestão que permita um maior contacto entre as duas realidades dos cuidados de saúde e a partilha de saberes e inquietações.

Atendendo a existência da Unidade Coordenadora Funcional (UCF), que tem como objetivo geral melhorar a saúde das grávidas, das crianças e dos jovens residentes na área de influência, visa, entre outros objetivos específicos, facultar a articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares e realizar ações de formação anualmente, pelo que se julga pertinente propor a esta unidade a existência de um espaço mais frequente para a formação, onde possam ser debatidos temas da atualidade, políticas de saúde e apresentadas evidências científicas que contribuam para uma uniformização das práticas e aproximação dos cuidados. Visto haver uma aposta cada vez mais crescente na formação especializada, a partilha de saberes poderá ter contributos enriquecedores para o conhecimento e desenvolvimento de estratégias que promovam uma melhoria da acessibilidade aos cuidados.

**Apêndice VIII – Operacionalização do MPS no Serviço de Internamento de  
Pediatria**

## **SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PNEUMOLOGIA**

A Maria (nome fictício) é uma adolescente de 15 anos de idade, tem como antecedentes pessoais de saúde uma doença crónica, fibrose quística, e história de vários internamentos. Tem um esquema terapêutico prescrito para a estabilização da patologia de base, o qual tem dificuldade em cumprir.

É uma adolescente dinâmica, alegre, sociável, frequenta o 8º ano de escolaridade, tendo reprovado dois anos devido aos múltiplos internamentos. Refere ter períodos em que a autoestima diminui, por não conseguir acompanhar os amigos e colegas em atividades, como fazer desporto ou dar alguns passeios devido ao comprometimento da função respiratória.

O seu agregado familiar é composto pela própria, pela mãe, pelo padrasto e pelo irmão mais novo. Uma família com carências socioeconómicas, pelo que para contribuir para a estabilidade financeira a mãe da Maria não se pode ausentar do trabalho, consequentemente não consegue acompanhar a filha durante períodos prolongados de internamento atendendo a que a sua residência é geograficamente afastada do hospital onde está internada.

A adesão ao regime terapêutico é um processo que requer compreensão do doente acerca dos benefícios da terapêutica, dos efeitos secundários, da responsabilização acerca da administração e das implicações acerca do não cumprimento.

Considerando que para a análise do percurso formativo e das intervenções promotoras da saúde foi escolhido o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, é pertinente concretizar a operacionalização do modelo perante a educação para a saúde com vista à adesão ao regime terapêutico e à promoção da saúde.

| <b>Componentes do Modelo</b>                    | <b>Variáveis do Modelo</b>               | <b>Operacionalização do Modelo</b>   |  |
|---|--|--|--|
| <b>Caraterísticas e experiências anteriores</b> | Comportamento anterior                   | A Maria não cumpre o esquema terapêutico em ambulatório.   |  |
|   | Fatores Pessoais                         | Biológicos   | A Maria é uma adolescente de 15 anos, com uma doença crónica, aspeto emagrecido, com função respiratória comprometida manifestada por polipneia, tiragem e cansaço respiratório.   |
|   |  | Psicológicos   | É uma adolescente alegre e sociável, referindo que a autoestima por vezes diminui, por não conseguir acompanhar os colegas e amigos em determinadas atividades.  |
|   |  | Socioculturais   | Frequenta o 8º ano de escolaridade. Vive com a mãe, o padrasto e o irmão mais novo. No internamento, por ser prolongado e geograficamente afastado da área de residência, está sem acompanhante permanente devido a dificuldades socioeconómicas da família. |
| <b>Comportamento Específico</b>                 | Percebe benefícios para a ação           | A Maria compreende que se cumprir o esquema terapêutico consegue ter uma melhor qualidade de vida.   |  |
|   | Percebe barreiras para a ação            | Refere que gostaria de ser uma adolescente “normal” e esquece-se de tomar a medicação.   |  |
|   | Percebe auto-eficácia                    | Refere que já esteve períodos sem tomar a terapêutica e não teve nenhuma descompensação.   |  |
|   | Sentimentos em relação ao comportamento  | A Maria ficou aborrecida por ficar internada e não poder ir à festa de Natal da escola e estar longe dos amigos.                                 |  |
|   | Influências interpessoais                | A mãe da Maria trabalha durante períodos muito longos e não consegue assegurar a supervisão das tomas da terapêutica.                            |  |
|   | Influências situacionais                 | A Maria refere passar muitas horas na escola e viver longe, pelo que quando se esquece de tomar a terapêutica não é possível voltar logo a casa. |  |
| <b>Resultados do comportamento</b>              | Exigências imediatas e preferências      | A Maria quer cumprir adequadamente o esquema terapêutico durante o internamento para regressar a casa antes do Natal.                            |  |
|   | Compromisso com o plano de ação da saúde | A Maria comprometeu-se a cumprir o esquema terapêutico.  |  |
|   | Comportamento de promoção da saúde       | Não foi possível validar.  |  |

## **Apêndice IX – Operacionalização do MPS na UMAD**

## **Visita Domiciliária no contexto do estágio da UMAD**

Visitação domiciliária a um lactente de um mês de idade corrigida, o João (nome fictício), para vigilância de saúde e avaliação das necessidades do lactente e da mãe.

A mãe é uma senhora de 39 anos de idade, caucasiana. Tem cinco filhos, três filhos de um primeiro casamento, o quarto filho foi de um segundo relacionamento e o pai do João terminou a relação com a senhora no início da gravidez. Por não ter recursos socioeconómicos para manter a família foi viver com o pai dos primeiros filhos (jovens adultos) que lhes deu guarida.

Em termos da gestão familiar e dos cuidados aos filhos mais pequenos, a mãe do João conta essencialmente com o apoio da namorada do filho mais velho.

Na visitação domiciliária anterior constatou-se que a mãe do João desconhecia como preparar adequadamente o leite adaptado, pelo que foi realizado o ensino e nesta visitação domiciliária um dos objetivos foi fazer a validação da aprendizagem, que reflete um comportamento promotor da saúde e com a finalidade de capacitar a mãe nos cuidados ao filho.

Sendo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que dá fundamento às opções da promoção da saúde no presente trabalho considerou-se pertinente fazer a operacionalização do modelo perante este comportamento.

| <b>Componentes do Modelo</b>                    | <b>Variáveis do Modelo</b>               | <b>Operacionalização do Modelo</b>  |  |
|---|--|---|--|
| <b>Caraterísticas e experiências anteriores</b> | Comportamento anterior                   | A mãe do João desconhecia como preparar adequadamente o leite adaptado.   |  |
|   | Fatores Pessoais                         | Biológicos  | A mãe do João tem 39 anos e 5 filhos. O João tem 1 mês de idade corrigida, foi prematuro de 33 semanas e esteve hospitalizado até há 2 semanas.  |
|   |  | Psicológicos  | O stresse da adaptação à parentalidade e dificuldade em gerir os recursos da família   |
|   |  | Socioculturais  | A mãe do João tem 3 filhos de um primeiro casamento, o 4º filho foi de um segundo relacionamento e o pai do João terminou a relação durante a gravidez. Por não ter recursos socioeconómicos para manter a família, foi viver com o pai dos primeiros filhos que lhes deu guarida. |
| <b>Comportamento Específico</b>                 | Percebe benefícios para a ação           | A mãe do João consegue compreender que a preparação adequada do leite adaptado terá benefícios para o desenvolvimento harmonioso do filho.          |  |
|   | Percebe barreiras para a ação            | A diferença de idades dos outros filhos é elevada e fizeram todos aleitamento materno.  |  |
|   | Percebe auto-eficácia                    | Refere que sempre conseguiu amamentar bem os filhos, que cresceram saudáveis. Sem necessidade de utilização de leite adaptado com os outros filhos. |  |
|   | Sentimentos em relação ao comportamento  | A mãe do João refere ter medo que aconteça alguma coisa ao bebé por ser tão pequenino.  |  |
|   | Influências interpessoais                | A namorada do filho mais velho ajuda a mãe do João a cuidar do mesmo para que possa fazer as compras e levar outro filho à escola.                  |  |
|   | Influências situacionais                 | A habitação é muito pequena face ao número de residentes pelo que há alguma dificuldade em ter os utensílios facilmente organizados.                |  |
| <b>Resultados do comportamento</b>              | Exigências imediatas e preferências      | A mãe do João quer aprender a preparar adequadamente o leite adaptado para que o filho continue a ganhar peso e a desenvolver-se adequadamente.     |  |
|   | Compromisso com o plano de ação da saúde | A Maria comprometeu-se a preparar adequadamente o leite adaptado.   |  |
|   | Comportamento de promoção da saúde       | Na visitação domiciliária foi possível fazer a validação da aprendizagem e a mesma foi conseguida com sucesso.                                      |  |

