

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Avaliação da dor em idade pediátrica

- Projeto de desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Pain assessment in pediatric age

- Specialized Clinical Skills development project in pediatric and child health nursing

Autor

Carla Patrícia de Pinho Vieira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Maria da Conceição Marinho de Sousa Ribeiro
Oliveira Reinho
Professor Adjunto, Doutor

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Carla Patrícia de Pinho Vieira

Porto, 2024

RESUMO

Do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional” surge o relatório que pretende espelhar o trajeto efetuado para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas, inerentes à referida especialidade e atribuição do título de mestre. Neste percurso teve-se como área de aprofundamento a avaliação da dor em idade pediátrica, sustentada na consciencialização que controlo da dor é uma prioridade na prestação de cuidados de enfermagem, indispensável na humanização dos serviços de saúde. É considerada pelas entidades acreditadoras, como padrão de qualidade e, o sucesso desse controlo depende da sua avaliação e reavaliação sistemática. A metodologia utilizada foi descritiva, analítica e reflexiva, de forma a sistematizar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, aliados a uma pesquisa bibliográfica e ao enquadramento legal da profissão. Os estágios de natureza profissional foram realizados nas Unidades de saúde: hospitalares e cuidados primários, apresenta-se a sua descrição, considerando estrutura física, recursos humanos, metodologia de trabalho e projetos de melhoria de cuidados. Pela transversalidade das temáticas, na área da saúde infantil e pediátrica destacam-se, as teorias de desenvolvimento infantil propostas por alguns autores; o Modelo de Parceria de Cuidados pela promoção do envolvimento ativo dos pais e da criança/jovem, em função dos conhecimentos e das capacidades, envolvendo-os como elementos ativos na tomada de decisão sobre a saúde/doença; a teoria da Transição de Meleis, com enfoque, na tipologia desenvolvimental e saúde-doença, nos fatores condicionadores e nos indicadores de resultado. Durante os estágios implementaram-se terapêuticas de enfermagem promotoras da consciencialização, envolvimento, desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades de crianças/jovens e pais, considerando as etapas de planeamento, implementação e avaliação das mesmas. Utilizou-se a plataforma educacional E4nursing alinhada com a Ontologia de Enfermagem, para apresentação dos quatro casos clínicos que representam a conceção de cuidados realizada em contextos clínicos. Para demonstrar a aquisição das competências comuns e específicas procedeu-se à análise crítico-reflexiva dos contributos advindos da prática clínica que permitiram o seu desenvolvimento considerando o enquadramento legal: domínios, unidades de competências e critérios de avaliação correspondentes. Todo o percurso formativo, permitiu a consciencialização que ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constitui envolvimento contínuo e ativo na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados à criança e jovem.

Palavras-Chave: Enfermagem pediátrica; Avaliação da dor; Prática clínica; Competências especializadas; Conceção de cuidados.

ABSTRACT

From the Master's Degree in Child and Paediatric Health Nursing and the 'Professional Internship' Curricular Unit comes this report, which aims to reflect the path taken to acquire and develop the common and specific competences inherent to this speciality and the award of the master's degree. This course focused on the assessment of paediatric pain, based on the awareness that pain control is a priority in the provision of nursing care, essential for the humanisation of health services. It is considered by accrediting bodies to be a quality standard and the success of this control depends on its systematic assessment and reassessment. The methodology used was descriptive, analytical and reflexive, in order to systematise the knowledge acquired throughout the academic journey, combined with bibliographical research and the legal framework of the profession. The professional internships were carried out in health units: hospital and primary care, and their description is presented, taking into account physical structure, human resources, work methodology and projects to improve care. Due to the cross-cutting nature of the themes in the area of child and paediatric health, the following stand out: the theories of child development proposed by some authors; the Care Partnership Model for promoting the active involvement of parents and children/young people, depending on their knowledge and abilities, involving them as active elements in decision-making about health/illness; Meleis' Transition theory, focusing on developmental and health-disease typology, conditioning factors and outcome indicators. During the internships, nursing therapies were implemented to promote awareness, involvement and the development of knowledge and skills in children/young people and parents, taking into account the stages of planning, implementing and evaluating them. The E4nursing educational platform, aligned with the Nursing Ontology, was used to present the four clinical cases that represent the design of care carried out in clinical contexts. In order to demonstrate the acquisition of common and specific competences, a critical-reflexive analysis was made of the contributions from clinical practice that enabled them to be developed, taking into account the legal framework: domains, units of competence and corresponding assessment criteria. The entire training process has made it possible to realise that being a Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing is a continuous and active involvement in improving the safety and quality of care for children and young people.

Keywords: Paediatric nursing; Pain assessment; Clinical practice; Specialised skills; Care design.

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EDIN - Echelle de Douleur et d'inconfort du Nouveau-Né

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

E4nursing - Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry and Consolability

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

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN - Recém-Nascido

RNPT - Recém-Nascido Pré-Termo

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	35
3.1. Enquadramento teórico	35
3.2. Clientes	39
3.3. Medicação	39
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	40
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	41
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	42
3.5. Domínios	43
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	43
3.6. Conceção de Cuidados	48
3.7. Especificação das intervenções	55
3.8. Síntese relativa ao caso	58
4. CRIANÇA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	63
4.1. Enquadramento teórico	63
4.2. Clientes	66
4.3. Medicação	66
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	66
4.4. Domínios	68
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	68
4.5. Conceção de Cuidados	71
4.6. Especificação das intervenções	74
4.7. Síntese relativa ao caso	76
5. CRIANÇA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	81
5.1. Enquadramento teórico	81
5.2. Clientes	84
5.3. Medicação	84
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	84
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	86
5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	87
5.5. Domínios	88
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	88
5.6. Conceção de Cuidados	91

5.7. Especificação das intervenções	96
5.8. Síntese relativa ao caso	99
6. CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR	105
6.1. Enquadramento teórico	105
6.2. Clientes	107
6.3. Medicação	108
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	108
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	110
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	112
6.5. Domínios	113
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	114
6.6. Conceção de Cuidados	117
6.7. Especificação das intervenções	126
6.8. Síntese relativa ao caso	129
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	133
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	161
9. BIBLIOGRAFIA	165
ANEXOS	175

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Enfermagem constitui-se, hoje, como uma profissão e disciplina, autónoma, com um campo de atuação e investigação próprios. Na área da saúde, o mercado de trabalho é cada vez mais exigente pelo aumento das áreas de intervenção em Enfermagem e pela complexidade da prestação de cuidados, levando a uma crescente necessidade formativa para estes profissionais. Desde logo a formação especializada permite desenvolver competências desde a capacidade reflexiva até ao espírito crítico na análise da prática clínica, e do papel do Enfermeiro Especialista (EE) no contexto da prática. Essa especialização pode proporcionar também uma autoavaliação, um autoconhecimento e uma análise retrospectiva sobre o conhecimento, objetivos e expectativas face à prática profissional.

O plano de estudos do curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) contempla dois períodos de estágio de natureza profissional, módulo I e II ocorrendo respetivamente, no segundo e terceiro semestre e em quatro contextos clínicos distintos, em função das recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2021a): Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Internamento Pediátrico. O módulo I tem por objetivo delinear e consolidar, um projeto de desenvolvimento profissional na área da especialidade, pelo que se identificaram e analisaram problemas reais, e construiu-se um plano de implementação de estratégias e/ou intervenções promotoras da prática clínica baseada na evidência científica, com especial foco na temática: “Avaliação da dor em idade pediátrica”, centrada nas diferentes escalas existentes em função da idade e do desenvolvimento da criança/jovem. Procedeu-se também ao início de uma reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). No módulo II, com o regresso aos contextos clínicos, na continuidade do trabalho realizado no módulo I considerou-se os seguintes objetivos:

- Descrever os contextos clínicos de aquisição das competências do EEESIP;
- Relacionar a tomada de decisão e as ações promotoras do desenvolvimento de competências na área com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica (SIP), competências comuns e especializadas do EEESIP;
- Demonstrar um raciocínio especializado e objetivo, com base na Ontologia em Enfermagem, na prestação de cuidados à criança/jovem e família através da conceção de cuidados documentada na plataforma educacional e4nursing;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas durante a realização do estágio para a aquisição das competências comuns do EE e específicas do EEESIP conducentes a atribuição do título

profissional de EE;

- Sensibilizar as equipas de enfermagem dos respetivos contextos clínicos, para as particularidades da dor em idade pediátrica, recorrendo a escalas de avaliação adequadas baseadas em evidência científica e nas competências do EEESIP.

Adotou-se uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, que permite sistematizar o conhecimento. Numa primeira fase foi realizada uma pesquisa bibliográfica para encontrar a melhor evidência científica e teórica para fundamentar e contextualizar a análise de conceitos, com recurso a livros, a artigos científicos obtidos através do agregador de conteúdos científicos EBSCOHostWeb, ao enquadramento legal da profissão e da saúde como decretos de lei, pareceres, orientações técnicas e normas de boas práticas, da Direção Geral da Saúde (DGS), do Colégio das Especialidades e da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O presente relatório desenvolve-se, numa lógica de reflexão crítica sobre o percurso formativo na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP nos contextos hospitalares e cuidados de saúde primários (CSP), constituindo um instrumento essencial na avaliação para a atribuição do título de EEESIP (OE, 2021a). A estrutura do documento resulta do modelo da plataforma Enhancing Expertise and Empowering Education for Nursing (E4nursing) e está organizado em cinco capítulos:

- No primeiro Capítulo - **“Introdução ao relatório”**, apresentamos uma revisão dos principais conceitos e realidades inerentes à saúde infantil e pediátrica em aprofundamento a temática em estudo. Nomeadamente, a conceção de cuidados, Ontologia em Enfermagem, plataforma E4nursing, Teoria das Transições, Teoria do desenvolvimento infantil, Modelo de Parceria de cuidados com intencionalidade terapêutica, Informoterapia, Literacia em Saúde e Avaliação da Dor em idade pediátrica;
- No segundo Capítulo - **“Caracterização dos contextos clínicos”** apresenta-se a descrição dos quatro contextos clínicos, onde foram desenvolvidas as atividades de estágio de natureza profissional, aqui considerou-se a estrutura orgânica do serviço, a classificação dos serviços, a tipologia de cuidados prestados, os recursos físicos e humanos, os métodos de trabalho e os projetos de melhoria contínua, em curso;
- No terceiro Capítulo - **“Casos clínicos”**, explana-se a conceção de cuidados referentes a quatro casos clínicos experienciados aquando dos estágios de natureza profissional, respetivamente, na UCIN, na UCSP, no SUP e no Serviço de Internamento de Pediatria, desenvolvidos na plataforma e4nursing;
- No quarto Capítulo - **“Contributos para o desenvolvimento de competências”**, com a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do contexto clínico que contribuíram para a aquisição das competências comuns do EE e específicas do EEESIP, envolvidos numa análise reflexiva e crítica;

- No quinto Capítulo - **“Síntese Final do Relatório”**, apresenta-se uma reflexão sobre o percurso de aprendizagem, considerando os objetivos, os resultados obtidos e o seu significado na prática profissional.

1.1. Enquadramento teórico

Para um melhor entendimento do trabalho desenvolvido no contexto da prática é imprescindível contextualizar e explicar os principais conceitos teóricos que fundamentam a experiência relatada. Assim, a utilização do modelo proposto pela plataforma E4nursing faculta uma estrutura para a conceção de cuidados alinhada com a Ontologia de Enfermagem. A construção formal da intencionalidade dos cuidados de saúde associada ao processo da conceção de cuidados centra-se em quatro pilares: os dados resultantes da apreciação do cliente, os focos/diagnósticos, as intervenções de enfermagem e recentemente os objetivos na estrutura dos conteúdos da Ontologia de Enfermagem (OE, 2024). A incorporação dos objetivos acrescenta coerência relacional entre os focos de atenção/diagnósticos de enfermagem e as intervenções e clarifica as intenções dominantes da conceção de cuidados.

O processo de conceção de cuidados exige uma uniformização da linguagem, um modelo de dados que represente um conjunto de conceitos e as suas relações. A Ontologia em Enfermagem, é um modelo de referência, e consiste na formalização do conhecimento da disciplina, uma descrição dos seus conceitos centrais, bem como, das suas interações, de acordo com a melhor evidência científica. Há mais de duas décadas que a OE assume o processo nacional de informatização dos registos de enfermagem.

Resultante deste processo da informatização dos registos de enfermagem surge a plataforma pedagógica E4nursing, centrada no processo de aprendizagem na conceção de cuidados, no desenvolvimento de competências de tomada de decisão clínica e na capacidade de explanação e sistematização dos cuidados de Enfermagem. Esta plataforma é um recurso pedagógico inovador que auxiliou todo este processo formativo e que está em voga nas instituições de ensino.

Para cada contexto clínico, apresenta-se a conceção de cuidados referente a um caso real, omitindo-se pelos princípios ético-deontológicos profissionais, os dados identificativos da criança/jovem. Cada caso, foi analisado em duas sessões, de acordo com o modelo da plataforma e4nursing, a sessão visa demonstrar passo a passo, a recolha de dados, os domínios selecionados com a respetiva intervenção e a continuidade de cuidados com o processo de evolução do cliente face às intervenções de enfermagem. Cada conceção de cuidados realizada, reflete a evolução e, o crescimento e o desenvolvimento do cliente, de acordo com a sua idade e em função da plataforma e4nursing. O caso clínico realizado no contexto dos CSP, resultou de apenas uma sessão que corresponde a uma consulta de vigilância em SIP.

1.1.1. Teoria das Transições

Da análise dos casos clínicos, consolidou-se que, a Enfermagem se foca nas respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde ou de doença e/ou de vida (Chick & Meleis, 1986). Ao longo do ciclo vital existem mudanças que interferem a nível da saúde, sendo o papel do enfermeiro crucial em antecipar, avaliar, diagnosticar os problemas e intervir junto do cliente, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis, 2010).

O EEESIP "detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos dezoito anos de idade" (Regulamento nº 422/2018 do Diário da República, p.19192). Desde o nascimento até à idade adulta, o cliente passa por múltiplas transições desenvolvimentais e/ou resultantes da alteração súbita da condição de saúde. Entende-se por transição a passagem entre dois períodos relativamente estáveis, conduzindo o cliente por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudança que, por vezes, provocam períodos de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações (Costa, 2016).

No contexto SIP, o EEESIP promove o desenvolvimento e crescimento saudável da criança ao longo de todo o seu ciclo vital, em estreita colaboração com os pais. Esse trabalho conjunto facilita a gestão das transições, sejam elas naturais ou acidentais. As transições surgem devido a mudanças ou eventos que ocorrem no indivíduo ou no seu ambiente, resultando na passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Essas transições podem ser de natureza desenvolvimental, saúde-doença, situacional ou organizacional. Elas podem ocorrer de forma simples ou múltipla, simultânea ou sequencial, e podem estar inter-relacionadas ou não (Meleis, 2010).

A intervenção do enfermeiro tem como intuito ajudar o cliente na aquisição de novos conhecimentos e/ou capacidades, para que a mudança ocorra de forma saudável. A intervenção deve ser adequada para que o padrão de resultados seja a aquisição da mestria ou a integração fluída, demonstrativo da conclusão da transição. Para tal, concorrem as propriedades manifestadas pelo cliente/família durante a transição: consciencialização, grau de envolvimento, mudança e diferença, tempo de duração e pontos e eventos críticos, as quais podem influenciar positiva ou negativamente a transição. Deste conjunto de propriedades, realça-se a importância da consciencialização do cliente/família, como sendo fundamental para a manifestação de indicadores de processo, que ocorrem em qualquer momento da transição: sentir-se conectado, interagir/ relacionar-se, estar situado; desenvolvimento de confiança (Meleis et al., 2000; Chick & Meleis, 1986).

A perspectiva da Teoria das Transições está alinhada com o expresso no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Esse regulamento visa maximizar a satisfação das necessidades nas diferentes etapas

de desenvolvimento do cliente pediátrico. Assim, A maximização da saúde da criança/jovem consiste num

"processo dinâmico e contínuo, é variável no tempo, traduzindo a importância da potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas diferentes idades, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial" (Regulamento nº 351/2015 do Diário da República, p.16661).

Para alcançar esse padrão de qualidade, o EEESIP necessita de conhecimento aprofundado sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. O crescimento refere-se ao padrão de evolução contínua e ordenada, pressupondo o aumento do número de células, enquanto o desenvolvimento implica uma mudança qualitativa que incorpora a maturação e a diferenciação celular (Hockenberry et al., 2019).

Nesse contexto, para analisar e compreender as transições vividas, na conceção de cuidados previamente mencionada são consideradas quatro etapas desenvolvimentais: recém-nascido prematuro tardio, criança toddler, idade pré-escolar e idade escolar. Essas etapas são áreas de atuação dos EEESIP, especialmente quando interferem na saúde ou quando as respostas às transições são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986). A seguir, sintetizam-se os referenciais teóricos do desenvolvimento infantil.

1.1.2. Teorias sobre o desenvolvimento infantil

Os referenciais teóricos do desenvolvimento infantil são a teoria de Piaget, a teoria sociointeracionista de Vygotsky e a teoria psicossocial de Erikson.

A teoria de Piaget tem enfoque no desenvolvimento cognitivo, permite compreender que o conhecimento é construído através da relação sujeito/objeto independente da interação social, organizando-se em quatro estágios cognitivos, responsáveis pelo desenvolvimento mental da criança:

- O estágio sensório-motor, período que vai do nascimento até quase aos dois anos de idade e que precede a linguagem. É um período do desenvolvimento cognitivo no qual a criança usa a ação e a percepção para comunicar;
- O estágio pré-operatório, desde os dois aos sete anos de idade, é aquele em que a criança inicia e desenvolve a linguagem. Esta fase é marcada pelo aparecimento da representação, que Piaget denominou de "função simbólica", a construção cognitiva de pensar em um objeto através de outro objeto;

- O estágio operatório concreto, entre os sete e 11 anos de idade, é marcado por um momento fundamental na estruturação dos mecanismos do conhecimento. A criança utiliza a capacidade de operações reversíveis em objetos, desde que tenha aptidão para o manipular, e em situações que tenha vivenciado;
- O estágio operatório formal, caracterizado por uma nova forma de se comportar diante dos problemas, por tentativas e erros ou formular o painel das hipóteses possíveis. Situa-se entre os 12 anos e a idade adulta. Inicia-se o processo de formação de opiniões e conceitos sobre temas da atualidade e sobre si mesmo.

Independentemente do estágio em que a criança se encontra, são processos de assimilação, acomodação e equilíbrio, num contexto de desenvolvimento autodirigido e progressivo (Fagundes, 2022).

A teoria sociointeracionista de Vygotsky enfatiza a influência do ambiente social e cultural. A interação social é fundamental para adquirir conhecimento. Este processo manifesta-se a partir da interação das crianças/jovens com o meio de convívio social, tendo com os fatores sensoriais, papéis fundamentais e imprescindíveis no desenvolvimento psíquico da pessoa. Para este autor, existe uma interdependência entre pensamento e linguagem. Sem a palavra, não há conceito abstrato. O desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, pelos instrumentos linguísticos e pela experiência sociocultural. Este processo desenvolve-se em quatro estágios, dos quais:

- Estádio primitivo ou natural: discurso pré-intelectual e pensamento pré-verbal, as operações apresentam-se do mesmo modo como se desenvolveram, pois descreve a fase primitiva do comportamento;
- Estádio da psicologia ingênua: formado pelas experiências das crianças, sendo elas físicas do seu próprio corpo ou dos objetos que a cercam, e aplicação dessa experiência ao uso de instrumentos. Esta fase antecede as operações lógicas, a criança domina a sintaxe da linguagem muito antes da sintaxe do pensamento;
- Estádio do domínio das operações externas: distingue-se por sinais externos e operações externas à criança, que tem o domínio das operações externas utilizadas para solucionar os problemas internos. Esta é a fase em que a criança recorre a auxiliares mnemônicos com o objetivo de ajudar na resolução de problemas;
- Estádio de crescimento interno: as operações externas interiorizam-se e sofrem transformações. A criança começa a utilizar a memória lógica fazendo cálculos mentais e utilizando signos (Cruz et al., 2022).

A teoria psicossocial de Erikson descreve o impacto da experiência social no desenvolvimento infantil, permitindo a compreensão das mudanças pelas quais as crianças passam, e como estas

afetam a sua vida e a interação com o mundo. Inclui oito estágios, dos quais cinco são dirigidos ao desenvolvimento da personalidade na infância e adolescência, que a seguir se sintetiza:

- Confiança versus desconfiança desde o nascimento até aos 18 meses: a criança constrói a sua teoria do mundo à volta da mãe, resultante da relação afetiva desenvolvida, e de quem lhe faculta a alimentação. Neste estágio, a criança desenvolve o sentimento de confiança/desconfiança, respetivamente na presença da mãe e na ausência da mesma;
- Autonomia versus dúvida versus vergonha dos 18 meses aos três anos: a criança começa a explorar o meio envolvente, os pais encorajam as novas habilidades (andar, falar, etc.), pelo que se desenvolve o sentido de independência e autonomia;
- Iniciativa versus culpa entre os anos pré-escolares de três a cinco anos: o controlo locomotor caracteriza-se pela própria iniciativa da criança, que brinca, planeia e explora. É o iniciar de atividades que proporciona a aprendizagem no modo de lidar com o ambiente;
- Produtividade versus inferioridade dos seis aos 11 anos: o mundo da criança estende-se até à escola, que começa a ter importância na sua vida. É nesta fase da idade escolar que a criança adquire consciência da responsabilidade no seu empenho escolar;
- Identidade versus confusão de identidade, dos 12 aos 18 anos: caracteriza-se pela crise da identidade na adolescência, entre dois mundos, a infância e a vida adulta. O adolescente é chamado a desempenhar múltiplos papéis, na família, escola, grupo de pares, entre outros, e experimenta o sentimento de aceitação e/ou rejeição (Verissimo, 2002).

1.1.3. Parceria de Cuidados

A capacidade dos enfermeiros para exercer as suas funções em parceria com os pais constitui uma competência fundamental, para alcançar os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Os pais devem ser encarados como parceiros no cuidar da criança, mas cabe ao enfermeiro orientar o tipo de participação para os objetivos terapêuticos (Sousa et al., 2023).

Em 1988 Anne Casey desenvolveu um modelo de parceria de cuidados centrado na família, em que os pais são envolvidos ativamente nos cuidados à criança, sendo estes planeados e negociados pelos enfermeiros e pelos pais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). É consensual que a parceria de cuidados deve ser estabelecida com os pais, confiando neles e promovendo a sua confiança nos profissionais de saúde, fornecendo auxílio e orientação, acolhendo-os nos serviços, atendendo às suas necessidades, considerando outras variáveis, como a existência de outros filhos, o emprego, a manutenção das tarefas domésticas, a distância de casa aos serviços de saúde. Os pais devem ser olhados como elementos ativos e participantes na equipa de saúde, beneficiando do conhecimento da criança doente, e da intenção de contribuir para a sua recuperação, capacitando-os e empoderando-os (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A adoção do modelo de parceria de cuidados com objetivo terapêutico é indissociável da utilização do processo de enfermagem, pois analisa a parentalidade no seu desenvolvimento, na apreciação inicial, planeamento, implementação e a avaliação dos cuidados prestados. Na apreciação inicial a recolha de dados deve ser orientada, incluindo o foco da parceria de cuidados na promoção da parentalidade (Sousa et al., 2023). Assim, o enfermeiro deve adaptar a sua intervenção ao desempenho do papel parental, no sentido de avaliar o nível de compromisso, se está comprometido, em risco de compromisso ou com potencial para o seu desenvolvimento.

O EEESIP presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento nº 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros).

A educação para a saúde como parte do processo de cuidados, integra componentes como a informoterapia, ou seja, a prescrição de informação a um doente específico ou ao cuidador, no momento certo para o ajudar a tomar uma decisão de saúde ou à mudança de comportamentos (Mettler & Kemper, 2006). Os pais informados encontram-se mais bem preparados para a tomada de decisão fundamentada e para a gestão da condição de saúde/doença do seu filho. A prescrição de informação leva à reflexão sobre a diferença entre informação e conhecimento. Informação refere-se a dados processados obtidos de várias fontes, enquanto conhecimento envolve a compreensão adquirida por meio da aprendizagem e da experiência. Esses conceitos estão ligados ao empoderamento, que é a capacidade de transformar informação em conhecimento significativo e utilizável. Esse processo permite à pessoa ter maior controle sobre suas decisões de saúde (World Health Organization, 1998, como citado em Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Assim, a capacitação e o empoderamento, dos pais envolve a capacidade de traduzirem a informação cedida, em conhecimento significativo no desenvolvimento do papel parental (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A capacidade de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos de saúde necessários para a tomada de decisão adequadas, remete-nos para a literacia em saúde (Organização Mundial de Saúde, 2020). Esta constitui uma prioridade e enquanto foco de atuação, deve ter uma finalidade clara dos cuidados, dada a dimensão e repercussão que pode ter na vida de cada cliente nos diferentes momentos do percurso de vida. Atualmente, é uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pois contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença e para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde. Elevado nível de literacia em saúde permite à pessoa tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia e em qualquer contexto, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde. Enquanto, baixo nível de literacia em saúde corresponde a maior morbilidade, utilização menos eficiente dos serviços de saúde, menor utilização dos cuidados preventivos e uma autogestão inadequada em situação de

doença, levando a uma diminuição da qualidade de vida (Direção Geral de Saúde, 2021).

Através da literacia em saúde promove-se o papel parental ativo dos pais no âmbito do crescimento e do desenvolvimento do seu filho(a), face à condição de saúde/doença, aos cuidados antecipatórios de cada idade-chave, ocupando um papel central, por forma a melhorar os resultados em SIP (Alpoim et al., 2022).

A fase do ciclo vital da infância e adolescência, sendo naturalmente uma etapa de curiosidade natural, constitui um momento-chave para a transmissão de informação de saúde que induza a aquisição de estilos de vida promotores da saúde infantojuvenil. O EEESIP deve utilizar mensagens simples, apelativas e bem sistematizadas adaptadas a esta população alvo. Esta informação deve ser mediada pelo EEESIP no desenvolvimento de uma abordagem socio ecológica de prevenção, adequando-a ao contexto e às necessidades individuais da criança e do jovem e às características específicas da família (DGS, 2015). Os contextos de saúde escolar, devem ser promotores desse sentido, sendo um meio privilegiado para chegar à criança e jovem. Da mesma forma, que o atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013a), que estrutura a vigilância da SIP, constitui um instrumento de literacia em saúde, expresso nas seguintes linhas orientadoras:

- “Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do RN, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade;
- Harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;
- Valorização dos cuidados antecipatórios como 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;
- Neste âmbito, e face aos movimentos anti-vacinais emergentes, o reincentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial;
- Também o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento constitui uma prioridade no mesmo domínio;
- Apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens.” (Norma nº010 da DGS, 2013a, p.2-3).

1.1.4. Área temática do projeto de desenvolvimento profissional

A dor não tratada na infância pode ter consequências a longo prazo (DGS, 2010). Esse reconhecimento, aliado à experiência profissional e acadêmica, justifica o interesse em aprofundar a "avaliação da dor em idade pediátrica". Essa área é relevante devido a várias premissas: (1) a gestão da dor é um problema mundial significativo; (2) sua avaliação e controle são competências do EEESIP; (3) há diversas escalas para avaliação da dor pediátrica utilizadas em contextos clínicos de estágio; (4) a análise crítica das equipas de enfermagem sobre essas escalas promove uma abordagem holística e melhora a qualidade dos cuidados (Hockenberry et al., 2019); (5) a dor é considerada o 5º sinal vital, e sua avaliação e documentação são boas práticas clínicas (DGS, 2010); (6) desde 1988, a Carta da Criança Hospitalizada afirma que a dor "deve ser reduzida ao mínimo" (IAC, 2017, p.9).

A dor pode ser sentida desde a vida intrauterina, a partir das 20 semanas. As vias nervosas ascendentes se desenvolvem até as 28 semanas, enquanto as descendentes ainda são imaturas, resultando em hipersensibilidade ao recém-nascido pré-termo (DGS, 2010). O EEESIP busca excelência profissional aplicando intervenções de enfermagem para alívio da dor com base em conhecimento técnico e científico (Regulamento nº 351/2015 da OE). A avaliação confiável e válida da dor é crucial para identificar, reconhecer e uniformizar a linguagem da equipa de saúde, facilitando decisões homogêneas no controle e tratamento da dor (Santos et al., 2017).

A avaliação da dor na criança contempla particularidades que a separam dos outros grupos etários. A assimilação da dor pela criança é única e insere-se num contexto particular, em que fatores como: (a) estágio de crescimento e desenvolvimento fisiológico, psicológico e experiencial; (b) stresse extrafamiliar, escola, hospital; organização e funcionamento familiar; (c) expressão sintomática, frequência, intensidade, duração; (d) vulnerabilidade da criança, doença crónica, trauma agudo; (e) mecanismos mediáticos memória da dor, experiências anteriores, medo, receio, entre outros, influenciam a percepção dolorosa (Batalha, 2022).

A dor é um fenómeno multidimensional, complexo com efeitos na saúde e desafiador para os profissionais de saúde dada a sua frequência nas situações que requer cuidados (Batalha, 2022). É uma experiência individual e subjetiva, sob a influência de múltiplos fatores. Por isso, poderá dizer-se que a sua medição é subjetiva e não científica, contudo não se pode confundir a subjetividade do indivíduo que vivencia a dor com a subjetividade do profissional de saúde que avalia. Não é discutível a subjetividade da pessoa que tem dor, pois esta é por natureza subjetiva. No entanto, a objetividade do enfermeiro que avalia a dor é assegurada pelo uso de escalas de avaliação para medir a mesma, de forma segura. A quantificação da dor é considerada cientificamente correta quando feita através de escalas validadas para o efeito (Batalha, 2022). Na atuação do EEESIP é recomendável a utilização de escalas e instrumentos de avaliação para complementar a apreciação realizada (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a dor é um foco relevante para a enfermagem. A definição adotada é:

“Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (OE, 2018a, p. 50).

Para crianças que não verbalizam, alterações comportamentais são focos de avaliação (Batalha, 2022).

Avaliar e tratar a dor são indicadores de qualidade dos cuidados. Entidades acreditadoras internacionais exigem uma gestão adequada da dor, necessitando programas contínuos de melhoria (DGS, 2010). A avaliação da dor envolve identificar um estado doloroso e sua quantificação através de escalas ou autorrelatos da criança (Batalha, 2022). A escolha dos instrumentos de avaliação deve ser adequada à faixa etária e garantir a medição precisa da dor (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Na Ontologia de Enfermagem, a dor é considerada uma sensação somática, avaliada pela expressão facial, movimentos, choro/vocalização, atividade, consolabilidade e adaptação ao ventilador.

Avaliar e tratar a dor é hoje, um dos principais indicadores de qualidade dos cuidados. Atualmente as entidades acreditadoras, a nível internacional, têm como padrão de qualidade, a gestão adequada da dor nos cuidados de saúde, levando à necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças (DGS, 2010). Esta orientação técnica sobre a avaliação da dor nas crianças considera como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2010). Esta avaliação engloba duas importantes noções: (1) a identificação de um estado doloroso nos seus mais variados aspetos e (2) a sua quantificação, ou seja, para avaliar é preciso medir. Avaliar implica descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa, que tipo de estímulos a provocam, fatores agravantes, efeitos na vida diária, respostas à dor, padrões de coping, tipo de dor, localização, duração e intensidade. Medir refere-se apenas à dimensão sensorial, a quantificação através de escalas que medem a variabilidade das respostas à dor ou pelo autorrelato da criança (Batalha, 2022).

Existem inúmeros instrumentos de avaliação da dor, de autoavaliação, heteroavaliação e métodos fisiológicos, a escolha deve ser individualizada às características da faixa etária em causa. Deve também, garantir a medição efetiva e precisa da dor, que diferencia a presença ou ausência da mesma, a concordância entre os diferentes avaliadores e que seja de fácil aplicabilidade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A dor é uma variável subjetiva, que requer que a sua avaliação valorize a percepção de quem a vivencia. Por isso a autoavaliação é considerada o modelo mais objetivo na sua medição. No entanto, esta só pode ser aplicada a

partir de determinada idade. Recomenda-se, para uma avaliação segura, a sua aplicação a partir dos quatro anos de idade. Por sua vez, a heteroavaliação é o método utilizado quando a criança é incapaz de se autoavaliar. Aplicam-se escalas comportamentais ou compostas (itens comportamentais e fisiológicos) para observar a criança. Entende-se como sinais fisiológicos elevação da tensão arterial, pulso, frequência respiratória, pressão intracraniana, sudorese palmar, diminuição da saturação de oxigênio, diminuição do tônus vagal e palidez cutânea.

Na literatura os instrumentos de heteroavaliação da dor, estão indicados em crianças até aos quatro anos de idade, uma vez que nesta faixa etária se identifica uma capacidade limitada de comunicação, sendo necessário associar vocalização de som à dor, mudanças na expressão facial e movimento corporais inesperados (Hockenberry et al., 2019) e para as crianças acima dessa idade, propõe-se a autoavaliação por possuírem capacidade para relatar com precisão a intensidade. A avaliação da experiência de dor é mais completa quando se agrega à medida comportamental uma de natureza subjetiva, como o autorrelato.

Atualmente o conhecimento demonstra que a resposta comportamental à dor aguda é bifásica. A primeira fase associada aos comportamentos de stress (agitação, hipermotricidade dos membros, crispação da face, choro, gritos) e sinais fisiológicos (aumento do pulso, da frequência respiratória, sudorese palmar, palidez). Na segunda fase o aparecimento progressivo de uma inércia psicomotora com perturbação das atividades como brincar, dormir, comer ou falar (Batalha, 2022). Neste sentido, os estudos demonstram que os enfermeiros para a identificação da dor devem associar as variáveis comportamentais e as variáveis fisiológicas.

O insuficiente conhecimento sobre as escalas de avaliação, a imprecisão na interpretação e o uso inadequado, compromete a avaliação e respetivamente, o tratamento e a qualidade dos cuidados prestados.

A sensibilização e a formação dos profissionais de saúde são essenciais para a melhoria dos cuidados à criança com dor e sua família, permitindo uma observação crítica dos cuidados prestados e uma análise mais profunda aos resultados obtidos. Assim os efeitos no plano clínico são a sensibilização dos profissionais de saúde para a problemática e uma maior uniformização dos cuidados (Batalha, 2022). Os enfermeiros têm um papel crucial no controlo da dor, necessitando de estar sensibilizados para o problema, de aumentar os seus conhecimentos, de recorrer a instrumentos e técnicas de avaliação adequadas, de utilizar uma estratégia terapêutica multimodal – com os meios e técnicas disponíveis, uma abordagem multidisciplinar, uma filosofia de cuidados baseada na prevenção, no acreditar e no respeito pelos direitos da criança.

O EE tem a responsabilidade de agir de acordo com a prática baseada na evidência científica e de encarar a dor como prioridade. É necessário o reconhecimento dos profissionais de saúde para a problemática, sua compreensão, avaliação e necessidade de controlo da dor, sendo pré-requisitos estruturantes necessários para o sucesso da avaliação do 5º sinal vital (Santos, et al.,

2017).

Em Enfermagem, nas últimas três décadas, a dor na criança tem sido particularmente estudada possibilitando, grandes avanços no seu diagnóstico e tratamento. Acresce que constitui, na área pediátrica, um desafio à investigação, pela inexistência de marcador biológico específico, o incompleto conhecimento da sua fisiopatologia e em particular, pelo grau de subjetividade que envolve. A evidência científica aponta para a sua subvalorização e subnotificação por parte dos profissionais de saúde, facto que impossibilita a análise real dos processos de avaliação, diagnóstico e tratamento envolvidos (Enumo, Dias, & Ramos, 2021). A padronização da avaliação da dor como quinto sinal vital e o seu tratamento adequado, somente serão alcançados com pesquisa, capacitação e sensibilização dos Enfermeiros envolvidos, para o uso dos instrumentos existentes, para uma adequada avaliação da dor infantil.

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

No plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica surge o estágio de natureza profissional que visa o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem e, em particular, na área da especialidade. Este desenvolveu-se em quatro contextos clínicos: UCIN, UCSP, SUP e Serviço de Internamento Pediátrico.

Enquanto futuro EE a caracterização dos contextos clínicos visa uma análise reflexiva sobre a organização destes, quanto a recursos físicos, humanos, método de trabalho, projetos de melhoria contínua e protocolos existentes orientados para a ação do Enfermeiro. Proporciona um olhar crítico sobre este tipo de contextos de saúde, a realidade da prestação de cuidados, os aspetos positivos e negativos, bem como, a necessidade de mudança, para se alcançar a qualidade dos cuidados.

O estágio de natureza profissional realizou-se numa Unidade Local de Saúde que abrangia uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais (jovens) com menos de 15 anos e 60,7% de população em idade ativa (15 aos 64 anos), resultados divulgados nos Censos 2021 pelo Instituto Nacional de Estatística. Segundo a natureza das responsabilidades e o quadro de valências, esta ULS hierarquicamente, classifica-se no Grupo I, área de influência direta essencialmente nas valências médicas e cirúrgicas, podendo abranger entre 75.000 e 500.000 habitantes. As instituições do Grupo I estabelecem relações de referenciação com instituições do Grupo II e III para áreas sem capacidade técnica ou recursos disponíveis. Esta instituição estabelece com os prestadores de CSP e cuidados continuados integrados da sua área de influência direta, mecanismos para a efetiva coordenação e continuidade da prestação de cuidados de saúde à população (Portaria nº 82/2014, 2014). É uma Unidade de Saúde com Acreditação, utilizando a Caspe Healthcare Knowledge Systems, ferramenta de garantia de qualidade, com uma estrutura de normas implementadas que garante a prestação de serviços de elevada qualidade. E ainda, assume como política de qualidade uma prestação de cuidados acessíveis, adequados, integrados e de excelência, ao nível dos cuidados primários, hospitalares e continuados ao longo do ciclo vital.

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Desde 1989, em Portugal, com o estabelecimento do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, os hospitais e centros de saúde foram integrados em Redes de Referência Materno Infantil, com áreas geográficas e responsabilidades assistenciais bem definidas. Os hospitais onde ocorrem nascimentos foram hierarquizados em Hospitais de Apoio Perinatal, Perinatal Diferenciado e Perinatal Altamente Diferenciados (Ordem dos médicos, 2013). Desde então, a diferenciação dos cuidados neonatais tem progredido, a nível da sua complexidade e exigência, sendo que nos últimos tempos assistiu-se à preocupação da integração da família nos cuidados e nos serviços de neonatologia (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017). A separação imediata ao nascer do, recém-nascido (RN) com necessidade de cuidados especializados da mãe, por uma barreira complexa e impenetrável de janelas de vidro, equipamentos especiais e cuidadores qualificados torna-se necessário para a sobrevivência do RN. De forma crescente, a separação emocional que acompanha a separação física dos pais e RN interfere com o processo normal de vinculação, sendo diminuída com a integração dos pais nas UCIN (Hockenberry et al., 2019).

O estágio de natureza profissional, numa UCIN desenrolou-se num Hospital de Apoio Perinatal, com capacidade em meios humanos e materiais para assistência à gravidez, parto e RN, orientando apenas os casos de patologia rara ou gravidade excecional para os hospitais de apoio perinatal diferenciado. Situa-se no setor materno infantil do hospital em causa e próximo do bloco de partos. É o local onde se prestam cuidados de saúde, intensivos, intermédios ou especiais aos RN acolhendo e integrando a sua família (ACSS, 2017). Recebe RNPT com idade gestacional igual e superior a 29 semanas com necessidade de cuidados intermédios ou intensivos e RN até 28 dias de vida, excluindo patologia do foro cirúrgico, neurocirúrgico ou com patologia cardíaca instável. Este tipo de cliente chega à UCIN proveniente diretamente do bloco de partos ou do serviço de obstetrícia, por alguma complicação nos primeiros dias de vida, ou do serviço de urgência.

A estrutura física da UCIN era um espaço aberto com incubadoras e/ou berços, zonas de prestação de cuidados, zonas apropriadas à família, um isolamento para prestação de cuidados individuais e o cantinho da amamentação. Dividia-se em três zonas: Intensivos, onde estavam localizadas as três incubadoras e o isolamento com capacidade para mais uma incubadora; intermédios com três berços alocados para os RN que já não necessitavam da incubadora, mas ainda requeriam vigilância/cuidados permanentes e por último, o berçário, com três berços para os que possuíam previsão de alta clínica, em breve. Em comum, às três zonas existia uma, destinada aos cuidados de higiene, vestuário, troca de fralda com o envolvimento ativo da família. Também, dispunha de duas mesas aquecidas de observação médica, para realização de intervenções de enfermagem invasivas e uma zona para realizar fototerapia. E ainda, constava da sua estrutura uma zona de receção, o secretariado, um espaço para as mães descansarem e realizarem as refeições; um espaço de stock de material, equipamentos e esterilização e salas

de apoio às equipas de enfermagem e médica. Na sua globalidade, a UCIN possuía iluminação natural e proteção solar, conforto térmico, luminoso e acústico favorecendo um ambiente tranquilo e acolhedor para os RN e RNPT e as suas famílias.

Dos recursos humanos faziam parte, as equipas de enfermagem, pediatras neonatologistas e assistentes operacionais. Com esta unidade, colabora a Oftalmologia que realiza o rastreio da retinopatia da prematuridade, a Otorrinolaringologia para despiste de défices de audição e a Terapia da fala para a avaliação e a intervenção com técnicas específicas para melhorar a capacidade de sucção e deglutição do RN. A equipa de enfermagem era constituída por catorze enfermeiros, dos quais seis EEESIP.

O método de trabalho era o de enfermeiro de referência (Silva et al., 2023), sendo atribuído na admissão um enfermeiro a cada RNPT/RN, sendo os casos clínicos de maior complexidade atribuído ao EE com maior experiência. A equipa distribuía-se no turno da manhã, enfermeiro gestor e três enfermeiros com o seguinte plano de trabalho: um na gestão do serviço e os outros dois na prestação dos cuidados. Nos turnos da tarde e noite dois enfermeiros, respetivamente. Pelo cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de SIP (OE, 2019b) nas unidades de cuidados intensivos e intermédios neonatais e pediátricos devem existir dois EEESIP por cada três enfermeiros de cuidados gerais, em permanência nas 24 horas. Assim, não era possível assegurar este cálculo de EEESIP na UCIN, uma vez que, 57% da equipa é constituída por enfermeiros de cuidados gerais.

A intervenção de enfermagem era orientada por protocolos que se encontravam disponíveis na plataforma QualitusWEB, sendo revistos de dois a quatro anos, permitindo uniformizar a prática de enfermagem na UCIN. No que concerne aos projetos de melhoria contínua encontravam-se ativos três: (1) "Crescer em Harmonia" consiste no acompanhamento próximo e regular dos RNPT, através do contato via telefone com Centro de Saúde de referência no momento da alta clínica e posteriormente com a família, para colmatar as necessidades/fragilidades sentidas; (2) "Amamentação" focado na promoção do aleitamento materno, visando a monitorização das mães que mantem o aleitamento materno, causas de suspensão, cuidados que necessitem neste processo, entre outros; e (3) "Satisfação das Mães" análise anual sobre os questionários de satisfação, solicitados às famílias que passam por esta unidade, com o intuito de promover a melhoria dos cuidados prestados, tendo por base as sugestões das famílias.

2.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Os CSP são o pilar central do sistema de saúde, constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestando cuidados e gerindo outros serviços para a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei nº. 239/2015 do Ministério da Saúde). O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), é constituído por várias unidades funcionais com autonomia administrativa que agrupam um ou mais centros de saúde, com a missão de prestação de cuidados à população, de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar (USF), as UCSP, as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados (Decreto-Lei nº. 239/2015). O contexto clínico onde se desenvolveu o estágio de natureza profissional foi num dos doze Centros de Saúde de um ACES, concretamente, numa extensão de uma UCSP. Esta tinha uma estrutura idêntica a uma USF prestando cuidados personalizados e garantindo a acessibilidade e a continuidade dos mesmos. A equipa era composta por médicos, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais.

A extensão da UCSP abrangia 2.655 utentes. A estrutura física era composta por seis gabinetes, dos quais dois gabinetes médicos, dois de enfermagem e duas salas de tratamento. Disponha de duas salas de espera de realçar, que uma estava adequada à criança tendo material lúdico; espaço administrativo e sala de reuniões e de convívio, para os momentos de pausa dos profissionais de saúde. A equipa de profissionais de saúde era constituída por dois médicos de medicina geral e familiar e dois enfermeiros de família, sendo uma EEESIP. Segundo o parecer da mesa do colégio da especialidade em enfermagem de SIP (2019), as UCSP devem ser dotadas de EEESIP, por forma a assegurarem os cuidados pediátricos nas consultas de Saúde Infantil e Pediátrica e ser consultor da área pediátrica para os restantes enfermeiros da unidade. Cada UCSP deve dispor de um EEESIP por cada 200 crianças. Na extensão, onde se realizou o estágio de natureza profissional, o EEESIP na sua área de intervenção, tinha 168 crianças, existindo uma dotação segura.

O método de trabalho era o de enfermeiro de referência, no acompanhamento e intervenção ao longo do ciclo vital dos membros da família. No contexto da especialidade de SIP desenvolviam-se consultas de vigilância e educação para a saúde para a garantia dos cuidados adequados e eficazes, a crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade . A calendarização destas consultas era efetuada com base nas idades-chave, correspondentes às etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade de acordo com o PNSIJ (2013). A harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, preconizado pelo Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2020) era uma prática quotidiana, sendo uma oportunidade para a rentabilização de recursos e a manutenção de taxas elevadas de população vacinada. A vigilância e promoção da saúde inicia-se nos dias seguintes à alta da maternidade. Nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias

ou situações identificadas como de risco, estava preconizada a visitação domiciliária.

Relativamente aos projetos de melhoria contínua, esta extensão de UCSP, tinha em curso: (1) melhorar a adesão da população às consultas de vigilância e educação para a saúde, através de convocatórias que o EEESIP realizava, uma vez que se verifica um decréscimo na procura; (2) formação contínua dos profissionais de saúde, desenvolve-se na sede da UCSP, de acordo com as necessidades sentidas, pela equipa; e (3) quanto à uniformização da ação do enfermeiro, pela criação/atualização de protocolos orientados para a prática de enfermagem das equipas do ACES e inseridos na plataforma QualitusWEB.

No contexto dos CSP, tornou-se possível realizar uma observação participada numa UCC. Esta unidade "presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, a famílias e a grupos mais vulneráveis atuando na educação para a saúde" (Decreto-Lei nº. 239/2015, p.8957). Esta unidade abrangia uma população de 49.702 pessoas. Dos programas e projetos da carteira de serviços da UCC fazia parte o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), entre outros.

A equipa nuclear de saúde escolar era constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas multidisciplinares do ACES, assumindo os enfermeiros, o papel de interlocutores de saúde nas escolas, promovendo as atividades em meio escolar e sendo os responsáveis pela articulação entre as instituições de educação e os serviços de saúde. Esta equipa integrava seis agrupamentos de escolas, cerca de 35 escolas, com um total de oito mil alunos e 1500 docentes e não docentes. A equipa era constituída por dois EEE de Saúde Comunitária. De acordo, com o cálculo das dotações seguras da OE (2019b) deve fazer parte da equipa de saúde escolar um EEESIP por cada 1500 alunos saudáveis e 150 alunos com necessidades de saúde especiais, que no momento não se verificava nesta equipa.

Da estrutura física faziam parte gabinetes de informação e de apoio ao estudante nas escolas, em que o enfermeiro uma vez por semana, durante um período programado, estava disponível para intervir junto do estudante e/ou turma, conforme necessidade, num contacto de proximidade.

A intervenção da equipa de saúde escolar era orientada por seis eixos de intervenção do PNSE: a capacitação, ambiente escolar e saúde, condições de saúde, qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias (DGS, 2015). Era desenvolvido o Plano de Saúde Individual concebido para cada criança/jovem com necessidades de saúde especiais, era avaliado o impacto das condições de saúde na funcionalidade (atividades e participação) e identificadas as medidas de saúde a implementar (necessidades de saúde, medidas terapêuticas e de reabilitação). Estas intervenções pretendiam melhorar o desempenho escolar, tendo em conta os fatores ambientais, facilitadores ou barreira, do contexto escolar (DGS, 2015). Outro foco de atuação desta equipa era a educação para saúde dos estudantes e do pessoal docente e não docente, estando programadas e executadas sessões de formação

solicitadas pela escola ou identificadas pelo enfermeiro após um diagnóstico de situação da escola em causa, com o intuito de aumentar a literacia em saúde.

Em colaboração com estas unidades de saúde, atuavam as equipas locais de intervenção precoce inseridas no Sistema Nacional de Intervenção Precoce, que integravam um conjunto de medidas centradas nas crianças e famílias com a missão de garantir de forma articulada a intervenção precoce na infância, através da atuação coordenada dos ministérios da Solidariedade e Segurança Social, da Saúde e da Educação e Ciência (Decreto-Lei nº. 281/2009 do Ministério da Saúde). Neste âmbito, existiam essas equipas, com um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitadora.

No decorrer do estágio de natureza profissional, em contexto dos CSP, foi possível contactar com uma das Equipas Locais de Intervenção Precoce e observar a dinâmica das reuniões dos profissionais dos diferentes ministérios. Em uma reunião observou-se o acompanhamento profissional e intervenção junto das crianças/famílias identificadas, nas quais se avaliou a intervenção atual junto das crianças sinalizadas, os recursos disponibilizados e ainda, as necessidades das famílias. Segundo o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, considera-se necessário para a Equipa Local de Intervenção Precoce um EEESIP com uma alocação de 35 horas semanais de trabalho, não devendo ultrapassar os 25 processos de crianças acompanhadas (OE, 2019b). Nesta equipa integrando o ministério da saúde, apenas faz parte um EEE em Saúde Mental e Psiquiátrica, não existindo nenhum EEESIP.

2.3. Serviço de Urgência Pediátrica:

A estrutura do sistema integrado de emergência médica é determinada pelo nível de responsabilidade hospitalar, pela sua interface com o pré-hospitalar, e pelos níveis de responsabilidade dos serviços de urgência. A rede destes serviços integra os seguintes níveis, por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta, respetivamente: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho nº. 10319/2014 do Ministério da Saúde). O estágio de natureza profissional de urgência pediátrica decorreu no SUMC, segundo nível de acolhimento das situações de urgência, sendo o centro de referência de duas SUB e das especialidades não existentes, definidas nas respetivas redes de apoio. Este nível de urgência tem como valências médicas obrigatórias: medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia e bloco operatório. Integra uma sala de emergência, e uma viatura médica de emergência e reanimação (Despacho nº. 10319/2014).

A Urgência Pediátrica, valência integrante do SUMC, serve todos os clientes desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de vida. A suas instalações devem ser autónomas, dotadas de canais

de comunicação ágeis e permanentes com os SUB e os CSP da área, bem como, com os serviços para os quais referenciam os clientes, nomeadamente, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia e outras, por via do transporte inter-hospitalar pediátrico (Despacho nº. 10319/2014). Foi possível, observar a celeridade destes canais de comunicação, durante o estágio.

Como referido anteriormente o SUP integra o SUMC, partilhando áreas como: admissão e registo, triagem de prioridades, de emergência, de orto-traumatologia. A triagem de prioridades em idade pediátrica deve adotar o sistema de triagem de Manchester ou o Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (DGS, 2018). Neste SUMC o sistema de triagem usado foi o de Manchester, na identificação precoce da queixa da criança/jovem e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação (Despacho nº 1057/2015 do Ministério da Saúde).

As áreas de apoio no SUMC exclusivas à população infantojuvenil são as salas de espera, de avaliação clínica, de curta permanência e observação. Deste modo, o espaço possuía duas salas de espera, três gabinetes médicos, duas áreas: uma destinada à primeira observação da criança/jovem, onde se realizavam os procedimentos de enfermagem e outra a de decisão clínica pediátrica com capacidade para seis berços e/ou macas, que permitem a permanência em observação da criança/jovem até 24 horas. As instalações tinham carácter provisório, pelo que o espaço físico não possuía as melhores condições: térmicas, acústicas, de acondicionamento dos equipamentos e materiais e de espaço para a intervenção interdependente - preparação medicamentosa.

A equipa de Enfermagem era constituída por dez elementos, dos quais cinco EEESIP. No momento da realização do estágio, devido a diferentes condicionantes (horários de amamentação, cuidados moderados que afetam a distribuição dos EEESIP pelos turnos nas 24 horas, entre outros), os cuidados de enfermagem à criança/jovem temporariamente, eram assegurados por enfermeiros de cuidados gerais, com experiência em saúde infantil e pediátrica. Na Urgência Pediátrica estava alocado um enfermeiro na triagem, não EEESIP e, dois enfermeiros na prestação de cuidados à criança/jovem e na área de decisão clínica, com capacidade para seis macas/berços para permanência até 24 horas.

A OE, na norma para cálculo de dotações seguras (2019b) recomenda que o posto de triagem na urgência de pediatria, seja assegurada por um EEESIP. Na prestação de cuidados à criança/jovem recomenda-se um enfermeiro por cada três camas de internamento de curta duração. Recomendam que as equipas de prestação de cuidados sejam constituídas em cada turno, por dois EEESIP em três enfermeiros, sendo que deverá existir em permanência nas 24h dois EEESIP. Recomenda ainda que 75% dos enfermeiros tenham um mínimo de dois anos de experiência em pediatria, sendo que no contexto clínico do referido estágio, nem todos os enfermeiros de cuidados gerais possuem a experiência recomendada.

O método de trabalho era o individual (Silva et al., 2023), no qual, o enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados prestados à criança/jovem em causa, mas quando necessário para intervenções de enfermagem mais invasivas, recorria-se ao trabalho colaborativo. O mesmo acontecia, nos casos clínicos de emergência ou de orto-traumatologia pediátrica, para as quais, era solicitada a colaboração de enfermeiros de cuidados gerais com experiência em pediatria ou um EEESIP.

Como projetos de melhoria contínua este serviço desenvolvia três projetos: (1) "Deixa a tua marca" criação do jornal do Serviço de Urgência, semestral com artigos realizados pelos profissionais para reflexão, partilha de conhecimentos sobre temas de maior fragilidade no dia a dia de uma urgência; (2) Grupos de investigação, para atualização dos protocolos de ação do enfermeiro e formação nas seguintes áreas: inovação e gestão da triagem de prioridades na criança/jovem; na área da intervenção da qualidade e segurança, quanto ao risco clínico: identificação inequívoca da criança/jovem enquanto permanece no serviço de urgência e a segurança do medicamento na pediatria; a prevenção e controle da infeção; a gestão da dor na criança/jovem e a humanização do SUP.

2.4. Serviço de Internamento Pediátrico:

As experiências de hospitalização das crianças demonstram que o medo do desconhecido, a perda de controle num novo espaço, são geradores de estresse. Este estresse que também pode ser provocado pela doença ou pela própria dor resultante, ou pela realização de procedimentos invasivos, pode constituir uma sobrecarga emocional capaz de produzir trauma (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O internamento é o local de permanência dos doentes que carecem de cuidados de saúde com impossibilidade de serem realizados em regime de ambulatório (ACSS, 2011). Conforme consta na 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, 2017, p. 6).

A especificidade dos cuidados, bem como o seu grau de exigência determina o tipo de internamento, intensivos, intermédios, internamento médico-cirúrgico (ACSS, 2011). O serviço de internamento de pediatria onde se desenvolveu o estágio admite crianças entre o 29º dia de vida e os 17 anos e 364 dias. As valências mais comuns são: pediatria médica e/ou pediatria cirúrgica. Este serviço, de acordo com os casos clínicos, possuía um tempo de permanência mínima de 24 horas até ao máximo necessário.

A lotação era de 16 camas, das quais cinco destinadas a isolamento, equipadas com berços/camas individuais, e a restante em quartos duplos. E ainda, fazia parte da estrutura física: zona administrativa, gabinetes médicos, sala de reuniões, gabinetes de terapia ocupacional e da fala e salas de enfermagem para os registos, passagem de turno, preparação

de terapêutica medicamentosa, realização de tratamentos, admissão da criança/jovem e de preparação de leites. Realça-se que tinha: (1) sala lúdico-pedagógica, com brinquedos adequados às diferentes fases de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, por forma promover a interação, a socialização e a brincadeira; e ainda material escolar; diariamente, exceto aos fins de semana e feriados, nesse espaço, encontrava-se uma professora com o intuito de dar continuidade ao processo de aprendizagem escolar das crianças/jovens; (2) hospital de dia, cujo horário de funcionamento era de 2ª a 6ª feira, entre as nove e as 17 horas, com a finalidade de realizar tratamento em regime de ambulatório. A decoração do serviço de internamento, a iluminação e as condições térmicas eram ajustadas e adequadas às suas finalidades. Factos, que constam na carta de criança hospitalizada, no que respeita a estarem reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança necessária (IAC, 2017).

A equipa de enfermagem do serviço, onde se desenvolveu o estágio, era constituída por 15 enfermeiros, entre os quais, dois EEESIP, incluindo a enfermeira gestora. No turno da manhã o rácio era de três enfermeiros para a prestação de cuidados e um para gestão do serviço, e nos turnos da tarde e noite, dois enfermeiros em cada turno. Nas unidades de internamento pediátricos, segundo o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de SIP (OE, 2019b) devem existir dois EEESIP por cada três enfermeiros de cuidados gerais, em permanência nas 24 horas. No mínimo um especialista durante o dia, à exceção do turno da manhã, este serviço não consegue assegurar.

O método de trabalho era de enfermeiro de referência (Silva et al., 2023) através da atribuição da criança ao mesmo enfermeiro, responsável pela sua admissão, realização da avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de Enfermagem prestados, na continuidade dos cuidados e na relação terapêutica estabelecida com os pais (OE, 2015a). No entanto, devido ao trabalho rotativo por turnos nem sempre é possível concretizar este método de trabalho.

Neste serviço os cuidados de saúde assentaram na parceria de cuidados com os pais, prevendo a sua participação efetiva com a continuidade do exercício da sua parentalidade.

Relativamente aos projetos de melhoria contínua eram dois: (1) "Diabetes mellitus tipo 1, episódio inaugural - Preparação para a alta" e (2) atualização/elaboração de protocolos disponíveis na plataforma QualitusWEB, um trabalho desenvolvido em equipa, sobre: avaliação da dor, administração de terapêutica, oxigenoterapia, intubação nasogástrica, algaliação, punção lombar, entre outros.

3. RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Recém-nascido prematuro que nasce às 36 semanas de gestação, por cesariana com o diagnóstico de Anemia Neonatal, hipoglicemia e hipotensão.

3.1. Enquadramento teórico

Caso clínico:

O desenvolvimento deste plano de cuidados assenta na prestação de cuidados em dois momentos em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), elaborado no primeiro dia de vida (D1) e no sexto dia de vida (D6) de um recém-nascido de pré-termo (RNPT) de 36 semanas de gestação, nascido por cesariana em apresentação cefálica de vértice.

O Bernardo (nome fictício) nasce com um índice de APGAR de 8/9/9 e com um peso de 2,450 kg. É a segunda gestação de uma mulher de 31 anos (Cátia - nome fictício), que já estava internada há 15 dias por hemorragia vaginal. Durante o trabalho de parto verifica-se uma perda hemática em grande quantidade, nascendo o RNPT com uma coloração "branca" com uma palidez cutânea intensa. O Bernardo é internado na UCIN com valores de hemoglobina à nascença de 10,7 g/dl, glicemia de 20 mg/dl e tensão arterial de 45/19 mmHg (MAP 26). Fica em incubadora com uma temperatura de 31,5°C, com monitorização contínua. Apresenta um cateter venoso periférico onde realiza um bólus de glicose de 10% no momento da admissão e posteriormente fica com um soro glicosado a 10% com Gluconato de cálcio. Administrado nas primeiras horas de vida, uma unidade de concentrado de eritrócitos que perfunde sem intercorrências.

No D1 o Bernardo mantém-se em incubadora com monitorização contínua, está hemodinamicamente estável. Colhe estudo analítico de sangue (hemograma) para controlo do valor da hemoglobina (14,9 g/dl). Mantém soro glicosado 10% com Gluconato de cálcio por bomba perfusora a um ritmo de 7,3 ml/h pelo cateter venoso periférico. Inicia aporte alimentar com leite adaptado, cinco ml por tetina.

No D6 o Bernardo já se encontra no berçário, apenas com monitorização cardiorrespiratória contínua, mantendo-se hemodinamicamente estável. Já suspendeu fluidoterapia e removeu o cateter venoso periférico. Mantém aporte alimentar com leite adaptado que foi aumentado gradualmente à quantidade, neste momento a fazer 45 ml.

No quarto dia de vida, colocou uma sonda nasogástrica para administrar por gavagem a quantidade de leite que recusa por tetina. Ao D6 o Bernardo já ingere mais de metade da quantidade de leite necessária por tetina com bons reflexos de sucção e deglutição, necessitando de completar a quantidade restante por gavagem. Mantém uma ligeira hipotonia, necessitando de muito estímulo à hora da refeição, para promover a sua prontidão para a alimentação por tetina.

A mãe acompanha o Bernardo, pai presente, ambos participam nos cuidados, alternadamente. Mãe afirma que não quer amamentar, decisão já consolidada. Está tranquila, compreende o ambiente envolvente ao seu filho e coloca questões relacionadas com a evolução do Bernardo à equipa de enfermagem. No D1 pais com necessidade de melhorar conhecimento e capacidade para cuidar deste filho com necessidades especiais devido à sua prematuridade, que ao longo do internamento foram progredindo e atingindo a mestria. No D6 necessita apenas, de melhorar a capacidade para estimular o filho, por este manter alguma hipotonia, quanto à postura global, dificultando a prontidão do Bernardo para a alimentação por tetina.

Enquadramento teórico:

Processo desenvolvimental - Recém-Nascido Pré-Termo:

"Ser prematuro é nascer pequenino e antes do tempo" (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 118) a condição de saúde de um recém-nascido pré-termo é essencialmente baseada na avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, sendo particularmente crítico na fase inicial de vida, necessitando de cuidados de saúde especializados. Designa-se por recém-nascido pré-termo ou prematuro, quando nasce vivo antes das 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (Hockenberry et al., 2019). A prematuridade é subdividida de acordo com a idade gestacional: prematuridade extrema < 28 semanas; prematuridade severa 28 a < 31 semanas e seis dias; prematuridade moderada 32 a < 33 semanas e seis dias e prematuridade tardia 34 a 36 semanas e seis dias (WHO, 2012 como citado em Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). E ainda classificada de acordo com o peso à nascença: recém-nascido de baixo peso inferior a 2500 gramas; recém-nascido de muito baixo peso inferior a 1500 gramas e recém-nascido de extremo baixo peso inferior a 1000 gramas (Hockenberry et al., 2019). O Bernardo com 36 semanas de gestação à nascença, é um RNPT tardio e de baixo peso com 2450 gramas.

A prematuridade confere ao RN uma aparência exterior frágil, mais pequenos e magros, têm uma cabeça grande desproporcional em relação ao corpo, uma pele fina e rosada, suave e brilhante, com a rede venosa visível por baixo da fina epiderme. São RN inativos e apáticos, fisiologicamente imaturos, incapazes de manter a sua temperatura corporal (Hockenberry et al., 2019).

Os RN pré-termo tardios habitualmente não têm a aparência característica tão marcada da prematuridade, como observado no pré-termo com idade gestacional inferior às 34 semanas, no entanto não deixam de estar em risco quanto ao seu desenvolvimento e demonstrar alguns problemas de adaptação fisiológica tais como, alterações na termorregulação, hipoglicemia e problemas alimentares (Hockenberry et al., 2019). As particularidades do RNPT podem levar aos seguintes problemas clínicos: hipodesenvolvimento muscular com hipotonia, risco aumentado de infecção grave pela imaturidade do sistema imunológico em diversas vertentes, imaturidade dos mecanismos homeostáticos levando a vulnerabilidade no equilíbrio hidroeletrólítico e na termorregulação, diminuição da atividade reflexa e da coordenação motora (sucção - deglutição) dificultando a alimentação (Amaral, 2013).

Processo patológico:

Os RNPT têm tendência para desenvolver anemia que habitualmente surge mais precocemente do que no recém-nascido de termo. Pode resultar de uma hemorragia durante a gravidez, trabalho de parto ou durante o parto. As características fisiológicas da prematuridade podem contribuir para o aparecimento da anemia (diminuição dos glóbulos vermelhos, uma queda na produção da hemoglobina e um tempo mais curto de sobrevivência dos glóbulos vermelhos). Os sinais de anemia no RNPT podem traduzir-se numa dificuldade na alimentação, diminuição dos valores dos sinais vitais e da atividade e palidez marcada (Hockenberry et al., 2019).

A hipoglicemia está presente quando a concentração de glucose no sangue do recém-nascido é inferior à necessidade do corpo para a energia celular e metabolismo. Contudo a definição precisa de hipoglicemia para cada recém-nascido em relação à idade gestacional, peso ao nascimento, necessidades metabólicas e doença ou estado de saúde permanece desconhecida. No entanto, o nível de glucose sanguínea no período neonatal deve estar acima dos 45 mg/dl. Os recém-nascidos que apresentam alteração do metabolismo poderá ser resultante de fatores relacionados com doença materna ou com o recém-nascido, como a prematuridade tardia (Hockenberry et al., 2019).

Unidade de cuidados Intensivos Neonatais/procedimentos invasivos/Dor:

As necessidades do recém-nascido pré-termo estão relacionadas e são proporcionais à sua prematuridade/imaturidade. Assim, quanto mais prematuro maior o risco e a necessidade de cuidados e vice-versa. Os RNPT tardios podem ser capazes de fazer uma transição eficaz da vida intrauterina para a extrauterina, no entanto, pela natureza da sua gestação limitada, estão sujeitos aos mesmos fatores de risco do RNPT necessitando de cuidados de saúde especializados.

O RN que até então se encontra no útero materno num ambiente adequado e harmonioso na vida fetal, de repente depara-se com uma unidade de cuidados intensivos neonatais, um ambiente totalmente diferente, mas essencial à sobrevivência destes RN. A UCIN consiste num

ambiente clínico, sobrecarregado de estímulos como o som, luz, equipamentos excessivos, atividade, manipulação que se revelam nocivos para o RN. Nos últimos anos existe o cuidado crescente, na adoção do modelo de cuidados centrados na família, apoiando a relação dos pais com o RN. Este que nasce prematuramente é subitamente retirado da proteção do ambiente intrauterino que controla todas as suas necessidades, para um ambiente altamente estimulante e hostil. O choque e o stress experienciados pelo RNPT na altura do nascimento podem causar rutura dos capilares da região periventricular (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Estes RNPT necessitam de constantes cuidados de saúde especializados, procedimentos invasivos que estão associados à dor. A resposta comportamental à dor pode estar atenuada ou ausente no RNPT, no entanto, há ampla evidência de que estes RN estão neurologicamente capazes de sentir dor. A apreciação da dor na criança pré-verbal é difícil, especialmente no RN, uma vez que o autorrelato, o indicador mais fiável não é possível. A avaliação da dor deve ser baseada nas mudanças fisiológicas e na observação comportamental, assim o choro, a expressão facial, os movimentos corporais e mudança do estado habitual do RN. Perante esta avaliação e a sua respetiva interpretação, preconiza-se uma intervenção ativa na minimização e/ou cedência da dor (Hockenberry et al., 2019).

Transição desenvolvimental:

O nascimento de um filho numa família é um acontecimento que envolve emoções intensas e um início de um novo ciclo de vida, um processo que conduz à incorporação de novos papéis, com conseqüente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo/família que a vive. Esta transição é do tipo desenvolvimental, segundo a Teoria das Transições de Meleis, associada a eventos a nível individual ou familiar, por exemplo tornar-se mãe/pai (Meleis, 2010).

As circunstâncias da ocorrência do nascimento são multifatoriais e muitas vezes imprevisíveis, afetando diretamente as famílias e as suas expectativas com o potencial comprometimento da parentalidade. Ao longo da gestação os pais constroem o seu filho, idealizam, dão-lhe vida, no momento do nascimento, o filho imaginário se concretiza no real, correspondendo ou não, ao idealizado. Inicia-se assim o processo de parentalidade que nem sempre é fácil e linear, sendo particularmente especial no caso da prematuridade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Pois exige uma adaptação forçada e acelerada do processo de reconhecimento da maternidade, que ainda se encontrava em formação (Marchetti & Moreira, 2015). Há uma alteração repentina na vida e no quotidiano dos pais, uma separação física do seu recém-nascido, que está internado, e uma necessidade de organizar a vida em função deste internamento (Ionio et al., 2019). A transição para a parentalidade, considerada uma das transições mais importantes na vida dos pais, é dificultada com o nascimento de um filho prematuro. Assim, torna-se essencial conhecer as principais dificuldades dos pais no cuidar ao RNPT, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências, visando a autonomia no cuidar do filho.

O EEESIP, em contexto de neonatologia, tem um papel crucial na comunicação com os pais, na gestão do stress causado por estas alterações repentinas, na promoção da vinculação, através de estratégias que proporcionam o contacto físico e a gestão da participação dos pais nos cuidados, capacitando-os gradualmente para facilitar a vivência desta transição (Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

3.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 6 dias | Masculino

Mãe/Pai

27-09-2023 08:00

- 27-09-2023 08:00 - Figura parental principal: mãe.
- 27-09-2023 08:00 - Distância casa/hospital: 14.
- 27-09-2023 08:00 - Número de outros filhos: 1.
- 27-09-2023 08:00 - Filho(s) pré-escolar.
- 27-09-2023 08:00 - Papel parental partilhado.
- 27-09-2023 08:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 27-09-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

02-10-2023 08:00

- 02-10-2023 08:00 - Figura parental principal: mãe.
- 02-10-2023 08:00 - Distância casa/hospital: 14 km.
- 02-10-2023 08:00 - Número de outros filhos: 1.
- 02-10-2023 08:00 - Filho(s) pré-escolar.
- 02-10-2023 08:00 - Papel parental partilhado.
- 02-10-2023 08:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 02-10-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-27 08:00:00	Soro glicosado a 10% via endovenosa em bomba perfusora a 7,3 ml/h (redução do débito conforme tolerância alimentar)	2023-10-02 08:00:00
2023-09-27 08:00:00	Gluconato de cálcio 10% via endovenosa 0.4 mg	2023-10-02 08:00:00

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Soro glicosado 10%**

Nome do medicamento: dextrose 10% em soro fisiológico.

Forma farmacêutica: Solução injetável para perfusão, por via endovenosa.

Grupo medicamentoso/ação: A glicose, glucose ou dextrose, é um monossacarídeo, um dos carboidratos mais importantes na biologia e contém cloreto de sódio que é o principal sal envolvido na pressão osmótica do sangue e dos tecidos, assegurando um meio tecidual fisiológico.

Indicações terapêuticas: O cérebro o RNPT é altamente dependente da glicose e é diretamente afetado pela hipoglicemia. Deste modo, as reservas de glicogénio são mínimas ou por vezes ausentes, pelo que o aporte destes nutrientes é feito pelo fluxo sanguíneo que circula na cavidade cerebral (Ramos & Barbieri-Figueireido, 2020).

Efeitos indesejáveis: edema da face, língua ou da boca; manchas vermelhas na pele; dificuldade respiratória; sinais inflamatórios no local da punção da administração do soro glicosado.

Modos de administração: não deve ser administrado simultaneamente com sangue, pois pode provocar pseudoaglutinação dos eritrócitos.

Cuidados de enfermagem associados: necessária monitorização clínica com registo do balanço hídrico, vigilância de edemas, controle do débito (prescrito pelo médico) de perfusão com bomba perfusora. Neste caso a perfusão deste soro foi diminuindo conforme tolerância alimentar do RNPT, até suspensão.

- **Gluconato de Cálcio 10%**

Solução injetável, para via de administração endovenosa.

Grupo medicamentoso/ação/Indicações terapêuticas: corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas, Cálcio.

Efeitos indesejáveis: poliúria, desidratação, hipertensão arterial, problemas vasomotores, obstipação.

Modos de administração/preparação: nesta faixa etária 0,4 – 1 ml/kg de peso corporal (0,09 – 0,23 mmol [0,18 – 0,45 mEq] de cálcio por kg de peso), administrada em injeção intravenosa lenta e repetida se necessário. Para perfusão intravenosa, o Gluconato de Cálcio 10 % pode ser diluído em soluções para perfusão: solução injetável de cloreto de sódio a 9 mg/ml (0,9%) ou solução injetável de glucose a 50 mg/ml (5 %). A diluição deve ser efetuada sob condições assépticas validadas e controladas. Após a mistura, o recipiente deve ser agitado suavemente para assegurar a homogeneidade e colocado em curso de imediato.

Contraindicações: hipercalcemia, hipercalciúria, litíase cálcica, calcificações teciduais, entre outras.

Cuidados de enfermagem: A monitorização cuidadosa do balanço hidroeletrolítico é essencial durante o tratamento. As soluções de sais de cálcio são irritantes e deve ter-se cuidado para prevenir o extravasamento durante a injeção intravenosa.

(Infarmed, s.d.)

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Sonda gástrica

27-09-2023 08:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

27-09-2023 08:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

27-09-2023 08:00 - Nariz Esquerda(o): 0.18 cm.

27-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Sonda CH6.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pela sonda

27-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [SOS]*

27-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda

27-09-2023 08:00 - *Otimizar sonda gástrica [SOS (antes das refeições)]*

27-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

27-09-2023 08:00 - *Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica*

[Quando utilizada para completar a quantidade prescrita de leite adaptado]

27-09-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

27-09-2023 08:00 - *Trocar sonda gástrica [SOS]*

27-09-2023 08:00 - *Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [SOS]*

27-09-2023 08:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

27-09-2023 08:00 - Mão Direita(o)

27-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: CVP calibre 24G.

27-09-2023 08:00 - Ausência de dor.

27-09-2023 08:00 - Ausência de calor.

27-09-2023 08:00 - Ausência de rubor.

27-09-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

27-09-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

27-09-2023 08:00 - Ausência de infiltração.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Por turno] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Por turno] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Por turno] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 02-10-2023 08:00

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

• Sonda gástrica:

A sonda gastrointestinal é utilizada quando o reflexo de sucção - deglutição do RN ainda não está coordenado ou quando a situação clínica não permite a ingestão oral. Pode ser inserida pela boca (orogástrica) ou pelo nariz (nasogástrica). O número de sonda padronizado é o 6FR e deve ser trocada de 7 em 7 dias. A sua colocação é um procedimento de enfermagem, através de técnica limpa, onde o enfermeiro deve ter especial cuidado na medição para colocar a sonda (lóbulo da orelha - boca + boca - apêndice xifoide), na observação do recém-nascido durante a colocação (presença de arritmias, reflexo vagal), na fixação (idealmente em dois pontos: lábio inferior e bochecha) e na verificação da sua posição (aspiração do conteúdo gástrico). Antes da administração da alimentação entérica é essencial garantir que a sonda está corretamente posicionada através das seguintes atividades de enfermagem: verificar a fixação e posição da sonda; aspirar conteúdo gástrico; assegurar a administração lenta por gavagem, com ação da gravidade, ou por bomba perfusora, de modo a assemelhar-se a velocidade de alimentação fisiológica; mobilizar a sonda de forma a evitar úlceras de pressão e observar a existência de manifestações hemodinâmicas da deslocação da sonda: bradicardia por reflexo vagal (Gomes et

al., 2014).

- **Cateter Venoso Periférico:**

Considera-se uma técnica invasiva, sendo de extrema importância a realização de procedimentos preventivos e de manutenção do acesso venoso no recém-nascido (Parecer nº6/2017 de OE). Os RNPT e doentes são particularmente suscetíveis à infecção, daí a importância atribuída à proteção contra a infecção como parte integrante dos cuidados de enfermagem na assepsia do procedimento (Hockenberry & Wilson, 2016). É da competência do enfermeiro a observação e monitorização de possíveis alterações no local onde se encontra inserido o cateter venoso periférico, sendo imprescindível para a prevenção de potenciais complicações para a saúde dos seus clientes, perspetivando a procura permanente da excelência no exercício profissional (Parecer nº6/2017 de OE). Deste modo, deve-se remover o CVP, se o RN apresentar sinais de infecção, se o cateter não estiver funcionando ou a cada 72 - 96h, para reduzir o risco de infecção e flebite (O'Grady et al., 2011). A avaliação do local de inserção do CVP é primordial na identificação de sinais de complicações, por esse motivo, deverá ser realizada diariamente, por palpação (sem remover o penso) ou por observação, caso o penso seja transparente.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-09-2023 08:00	Consciência	
27-09-2023 08:00	Sistema respiratório	
27-09-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
27-09-2023 08:00	Deglutição	
27-09-2023 08:00	Eliminação intestinal	
27-09-2023 08:00	Eliminação urinária	
27-09-2023 08:00	Pele e mucosas	
27-09-2023 08:00	Metabolismo	
27-09-2023 08:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
27-09-2023 08:00	Desenvolvimento físico	
27-09-2023 08:00	Recém-nascido	
27-09-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
27-09-2023 08:00	Sensações somáticas	
27-09-2023 08:00	Reflexo de sucção	
27-09-2023 08:00	Termorregulação	
27-09-2023 08:00	Desenvolvimento psicomotor	

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

- **Consciência:**

A avaliação da consciência é definida como "resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (OE, 2018a, p.34) que permite detetar sinais de stress do recém-nascido prematuro e potenciais sinais de alteração de forma precoce, indicadores de hemorragia cerebral ou infeção, que ocorrem com alguma frequência no período de internamento na neonatologia (Druon, 2005). Um contacto ocular pobre, a hipotonia axial e os reflexos primitivos anómalos pode ser indicadores de alterações do estado de consciência (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

- **Sistema Respiratório:**

Segundo a OE (2018a, p.69) " processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulados pelos centros cerebrais da respiração, receptores brônquicos e aórticos, bem como mecanismo de difusão". O principal objetivo nos cuidados do RNPT é estabelecer e manter a respiração. No caso da complicação neonatal - anemia, pode traduzir-se numa diminuição da saturação de oxigénio, dispneia, taquipneia, daí a necessidade vital de vigiar o sistema respiratório do RNPT (Hockenberry & Wilson, 2016).

- **Sistema Cardiovascular:**

Durante a gestação existe uma circulação fetal, com a presença de um canal arterial, que estabelece a ligação entre a artéria pulmonar e a aorta. Com o nascimento, o canal sofre constrição ativa e eventual obliteração, e a circulação através do coração assume uma via que permite que o sangue seja oxigenado nos pulmões e retorne à circulação sistémica (Hockenberry & Wilson, 2016). O comprometimento frequente do sistema respiratório, pelas razões já mencionadas no domínio do sistema respiratório, pode conduzir à ineficácia da oxigenação e consequentes alterações no sistema cardiovascular. A existência de sonda gástrica, que pode despoletar reflexo vagal, e instabilidade hemodinâmica, alteração do ritmo cardíaco e pressão sanguínea, justifica o presente domínio para a conceção de cuidados pelo EESIP que "mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória" (Regulamento nº 422/2018, da Ordem dos Enfermeiros).

- **Deglutição:**

Capacidade para se alimentar, coordenação do reflexo de sucção com a deglutição e respiração ganham consistência. A via oral pode ainda estar limitada, nestes casos quando o RNPT não consegue tolerar a alimentação por tetina, deve iniciar-se alimentação intermitente por sonda gástrica, até terem força suficiente e coordenação dos reflexos, para usar a tetina (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) . As competências comportamentais e organizacionais do RN tais

como, a capacidade de manter o estado de alerta calmo e sinais de interesse conduzem o sucesso da alimentação por via oral. O RNPT precisa de mais tempo e paciência para ser alimentado, o mecanismo orofaríngeo pode entrar em stress pela tentativa de alimentar o RN rapidamente (Hockenberry & Wilson, 2016). Estes RN com a hipotonia característica, alimentam-se mais lentamente e, o leite tem maior probabilidade de encher a faringe relaxada antes da deglutição e causar asfixia (Hockenberry & Wilson, 2016).

- **Eliminação Intestinal:**

O RNPT possui um sistema intestinal imaturo com um microbioma intestinal menos competente que o recém-nascido de termo o que leva a que este processo corporal do sistema gastrointestinal seja identificado como domínio. Há uma ausência de bifidobactérias que pode comprometer as funções de defesa (Vardasca, 2017). Quanto menor a idade gestacional menor será a competência do intestino para cumprir a sua função e maior o risco de sangramento e complicação. A eliminação do primeiro mecónio pode ser mais tardia do que um recém-nascido de termo (Hockenberry & Wilson, 2016).

- **Eliminação Urinária:**

Processo corporal de fluxo e excreção por meio da micção (OE, 2018a). Existe uma imaturidade associada a incapacidade na filtragem de alguns eletrólitos e ácidos em excesso, o que pode provocar desordens metabólicas. Perante esta imaturidade, é de extrema importância, a monitorização do padrão urinário, sendo o padrão urinário normal entre 1-3 ml/kg/h (Nguyen, 2010). Na unidade de neonatologia a preocupação é repor este desequilíbrio hidroeletrólítico ocasionado por esta imaturidade renal com aporte de soluções e diuréticos, em função dos parâmetros sanguíneos do prematuro (Louis, 2010).

- **Pele e Mucosas:**

O sistema tegumentar é a primeira barreira do recém-nascido contra infeções, a prevenção de lesões cutâneas mantém o equilíbrio de funções vitais no prematuro, além de reduzir as infeções e diminuir o tempo de internamento. Manter a integridade da pele de um neonato faz parte das intervenções do enfermeiro da unidade de cuidados intensivos neonatais (Nascimento & Landim, 2016). A observação da coloração da pele relativamente às mudanças na atividade, situação clínica e temperatura, pode ser indicador de uma possível complicação (Hockenberry & Wilson, 2016).

- **Metabolismo:**

Conjunto de processos corporais: somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação dos desperdícios e regulação das funções corporais (ICN, 2019). Após o nascimento o RN deve ingerir nutrientes para suprimir as necessidades energéticas, manter a temperatura, a respiração, a atividade muscular e a regulação da glucose no sangue (Hockenberry & Wilson, 2016). Quando a via oral não esta

patente deve ser administrada soluções com glucose para suprimir essas necessidades. No RNPT a fonte de glucose também está diminuída, pois a sua principal fonte decorre dos depósitos de glicogénio armazenados durante o último trimestre da gravidez que é interrompido (Hockenberry & Wilson, 2016). Neste caso clínico à nascença o RNPT apresenta um valor de glicemia de 20 mg/dl.

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

O primeiro contacto mãe/pai - filho, que deveria ser logo após o nascimento, apenas acontece ao fim de várias horas e até dias num contexto de nascimento prematuro. O grau de complexidade dos cuidados e os aparelhos necessários para garantir a sobrevivência de um recém-nascido prematuro, a impossibilidade de lhe pegar ao colo quando têm vontade, de amamentar sem apoio, dificultam o estabelecimento de ligação mãe/pai - filho (Kotsoglou, 2011). Este contexto pode dificultar o assumir das responsabilidades, comportamentos e a interiorização de ser mãe/pai que define parentalidade (OE, 2018a). O EESIP deve intervir nas estratégias promotoras de parentalidade e da ligação mãe/pai - filho, como incentivar os mesmos a falar para o recém-nascido, a trazer um peluche, a deixar uma fralda de pano com o seu odor junto do RN e/ou uma música que frequentemente ouvia na gravidez (Louis, 2010) para restabelecer o corte repentino do parto prematuro entre ambos.

- **Desenvolvimento físico:**

O desenvolvimento físico integra, na ontologia em enfermagem o desenvolvimento humano - crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância (OE, 2018a). A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil é definida como um dos objetivos do programa nacional de saúde infantojuvenil (DGS, 2013a) permitindo analisar a evolução do recém-nascido pré-termo e ajustar as intervenções necessárias. Através das intervenções de avaliar peso, altura e perímetro cefálico o EESIP avalia o crescimento da criança (Regulamento nº 422/2018, da Ordem dos Enfermeiros).

- **Recém-Nascido:**

O recém-nascido tem uma dependência total do adulto pela sua incapacidade de se auto cuidar e autorregular (Warren & Bond, 2015). O RN necessita entre outros cuidados, da prestação dos cuidados de higiene, cuidado ao cordão umbilical e seja um promotor da sua segurança e desenvolvimento infantil. A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018) recomenda, ainda, cuidados centrados no desenvolvimento e especial atenção com os equipamentos (silenciar os vários alarmes e manter os seus volumes no mínimo), organização (os RN mais prematuros e/ou mais instáveis em incubadoras fechadas e em zonas mais tranquilas e silenciosas), pais e profissionais e estimulação sensorial positiva (falar baixo na zona dos recém-nascidos e responder prontamente aos RN que choram).

- **Sondas, drenos e cateteres:**

Na admissão à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais o RNPT é submetido um conjunto de técnicas de enfermagem necessárias: colheita de sangue para estudo analítico, introduzido acessos (por exemplo: cateter venoso periférico) para hidratação e terapêutica endovenosa e outras intervenções terapêuticas necessárias. O suporte parentérico total de recém-nascidos pré-termo pode ser feito por soluções endovenosas disponíveis para satisfazer as necessidades nutricionais (Hockenberry & Wilson, 2016). A introdução de sonda nasogástrica é uma forma segura de satisfazer as necessidades nutricionais dos recém-nascidos que ainda não estão capacitados para iniciar a alimentação oral. Os RNPT são incapazes de coordenar a sucção ou não apresentam o reflexo laríngeo. A alimentação por sonda nasogástrica é utilizada como técnica de conservação de energia para recém-nascidos que não tem a amamentação estabelecida pela ausência do reflexo de sucção e deglutição eficaz e que ficam excessivamente cansados (Hockenberry & Wilson, 2016).

- **Sensações somáticas (Dor):**

As vias de transmissão da dor funcionam a partir das 24 semanas de gestação existindo uma evidência crescente da sua influência no neurodesenvolvimento e na resposta futura à dor (Warren & Bond, 2015). A investigação descreve que o RN prematuro sente uma dor difusa, não localizada pela falta de mielinização cerebral (Louis, 2010). A dor induz no prematuro respostas comportamentais e sensoriais, uma repetição da dor provoca uma resposta comportamental diminuída, ou seja, o prematuro mexe menos e franze menos a testa, no entanto, a resposta fisiológica aumenta. É possível avaliar a dor do RNPT através da observação do seu comportamento (Warren & Bond, 2015). Na UCIN o RN é submetido a procedimentos invasivos que causam dor, cabe ao EESIP avaliar essa dor e através de medidas essencialmente não farmacológicas eliminar essa dor.

Vários estudos têm documentado a eficácia da analgesia não farmacológica durante os procedimentos dolorosos em recém-nascidos tais como a contenção, que é conseguida através do posicionamento, colocando o RN numa manta em forma de "ninho", de forma a aumentar o sentimento de segurança e diminuir o stress ao sentir-se aconchegado. A sucção não-nutritiva (chupeta) reduz as respostas comportamentais, fisiológicas e hormonais nos procedimentos dolorosos, como a punção venosa. A administração de sacarose com ou sem sucção não-nutritiva tem efeitos calmantes e analgésicos em RN sujeitos a procedimentos invasivos (Hockenberry & Wilson, 2016). A sacarose é eficaz na redução da resposta à dor em RN e latentes até aos 6 meses de vida quando submetidos a procedimentos que causam dor aguda ligeira. Não existe evidência de efeitos adversos da administração da sacarose, tais como hiperglicemia, aspiração ou enterocolite necrosante (Hockenberry & Wilson, 2016).

- **Reflexo de sucção:**

Os recém-nascidos prematuros enfrentam dificuldade em adquirir o complexo conjunto de habilidades necessárias para a alimentação oral exclusiva. A anatomia do recém-nascido é

diferente apresenta uma mandíbula pequena e retraída, a língua preenche toda a cavidade oral, apresentando movimentação inicial de extensão e retração, e em repouso permanece protrusa e rebaixada. A sucção é a primeira função exercida pelo sistema estomatognático e as estruturas envolvidas são língua, osso hioide, músculos da mandíbula e lábio inferior, que trabalham de maneira coordenada. A coordenação das funções de sucção, respiração e deglutição ocorre a 32ª e a 34ª semana de gestação, no entanto, nos prematuros encontram-se pouco desenvolvidas ou mesmo ausentes, aumentando o risco de aspiração (Carvalho & Gomes, 2021). Nos prematuros a sucção é fraca, imatura e desorganizada; existe falta de coordenação entre a sucção, a deglutição e a respiração; são recém-nascidos com menos energia e baixo tônus muscular (Mannel et al., 2011).

- **Termorregulação:**

Processo do sistema regulador que permite o controle da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal (OE, 2018a). No RNPT o sistema nervoso central é imaturo, a resposta ao frio retardada e a imaturidade do sistema motor dificulta a regulação da temperatura pela incapacidade de manter uma posição de flexão. O RNPT tem menor depósito de gordura castanha, menor massa muscular, falta de gordura subcutânea e uma incapacidade de produzir calor através de calafrios o que dificulta a sua termorregulação (Hockenberry & Wilson, 2016). A incubadora tem um papel crucial num ambiente térmico neutro permitindo ao RN manter uma temperatura normal com um consumo mínimo de calorias e oxigênio.

- **Desenvolvimento psicomotor:**

A criança prematura não passou pelo desenvolvimento intrauterino completo. Assim, ao nascer, apresenta imaturidade funcional e estrutural de diversos tecidos e órgãos. Isso aumenta o risco de ocorrerem desvios ou atrasos no desenvolvimento, incluindo o psicomotor. O RN demonstra capacidades comportamentais e fisiológicas, que progridem mais lentamente nos RNPT. A prematuridade pode causar numa primeira fase, hipotonia ao bebê, choro pouco vigoroso, reflexos poucos marcados, dificultando o seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2016).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Consciente.

27-09-2023 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Neste contato]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Consciente.

Sensações somáticas

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Manifesta dor.

27-09-2023 08:00 - Dor

27-09-2023 08:00 - Expressão facial: Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando ou introversão ou desinteresse.

02-10-2023 08:00 - Expressão facial: Nenhuma expressão particular, sorriso [MELHOROU].

27-09-2023 08:00 - Movimento dos membros: Pernas em posição normal ou relaxadas.

02-10-2023 08:00 - Movimento dos membros: Pernas em posição normal ou relaxadas [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Choro/vocalização: Gemidos ou choramingos ou queixas ocasionais.

02-10-2023 08:00 - Choro/vocalização: Ausência de choro (acordado ou adormecido) [MELHOROU].

27-09-2023 08:00 - Atividade: Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente.

02-10-2023 08:00 - Atividade: Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Consolabilidade: Tranquilizado por toques ou abraços ou conversas ocasionais ou pode ser distraído.

02-10-2023 08:00 - Consolabilidade: Satisfeito, relaxado [MELHOROU].

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da dor [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1x Turno 8/8horas e em sos] [FIM]

02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Diminuir dor [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Administrar solução com glicose [SOS Aquando de procedimentos invasivos no RN para o alívio do desconforto/dor] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Estimular sucção não nutritiva [SOS Para alívio do desconforto/dor] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Aplicar restrição física da mobilidade [SOS Para alívio do desconforto/dor] [FIM] 02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Reflexo de sucção

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Sem acanolamento da língua.

27-09-2023 08:00 - Sem peristaltismo da língua.

27-09-2023 08:00 - Sem força de sucção.

27-09-2023 08:00 - Reflexo de sucção comprometido [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução do reflexo de sucção

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [3/3horas aquando da

refeição]

27-09-2023 08:00 - Referenciar compromisso da sucção ao médico [SOS] [FIM]

02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Promover reflexo de sucção [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Estimular o reflexo de sucção [Por turno (às refeições)] [FIM]

02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Promover papel parental especial: adesão à estimulação do reflexo de sucção [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Capacidade da mãe/pai para estimular o reflexo de sucção: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para estimular o reflexo de sucção [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Instruir mãe/pai a estimular o reflexo de sucção [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Treinar mãe/pai a estimular o reflexo de sucção [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão à estimulação do reflexo de sucção [Próximo contato] [FIM] 02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Com acanolamento da língua [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Com peristaltismo da língua [MELHOROU].

02-10-2023 08:00 - Com força de sucção [MELHOROU].

Sistema respiratório

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 33 ciclos/min.

27-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.

27-09-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

27-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

27-09-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

27-09-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

27-09-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

27-09-2023 08:00 - Periférico(a): 99 %.

27-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ventilação

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [Por turno]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

02-10-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

02-10-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

02-10-2023 08:00 - Periférico(a): 99 %.

02-10-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Localização do Pulso

27-09-2023 08:00 - Pé Direita(o)

27-09-2023 08:00 - Frequência do pulso: 115 pulsações por minuto.

27-09-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

27-09-2023 08:00 - Pulso rítmico.

27-09-2023 08:00 - Pulso simétrico.

27-09-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-09-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

27-09-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 57 mmHg.

27-09-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 28 mmHg.

27-09-2023 08:00 - Temperatura das extremidades

27-09-2023 08:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

27-09-2023 08:00 - Coloração das extremidades

27-09-2023 08:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Por turno]

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Por turno]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Localização do Pulso

02-10-2023 08:00 - Pé Esquerda(o)

02-10-2023 08:00 - Frequência do pulso: 127 pulsações por minuto.

02-10-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

02-10-2023 08:00 - Pulso rítmico.

02-10-2023 08:00 - Pulso simétrico.

02-10-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

02-10-2023 08:00 - Membro inferior Direita(o)

02-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 58 mmHg.

02-10-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 33 mmHg.

02-10-2023 08:00 - Temperatura das extremidades

02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

02-10-2023 08:00 - Coloração das extremidades

02-10-2023 08:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

Deglutição

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Com indícios de compromisso da deglutição.

27-09-2023 08:00 - Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Perda de conteúdo da cavidade oral.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da deglutição

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da deglutição [3/3horas aquando da refeição]

27-09-2023 08:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [SOS] [FIM]
02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Prevenir aspiração [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [3/3horas aquando da refeição] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Alimentar através de sonda gástrica [SOS quando não tolerar por tetina] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [3/3horas aquando da refeição] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Promover papel parental especial: prevenção da aspiração [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção da aspiração [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre inspeção da cavidade oral após as refeições [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar a criança [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar [Próximo contato] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Instruir mãe/pai a alimentar [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Instruir mãe/pai a facilitar a deglutição através de posicionamento durante a refeição [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Treinar mãe/pai a alimentar [Neste contacto] [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de aspiração [Próximo contato] [FIM] 02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MELHOROU].

Eliminação intestinal

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

27-09-2023 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

27-09-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

27-09-2023 08:00 - Coloração das fezes: esverdeada.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Por turno]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais

[MANTEVE].

Eliminação urinária

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Quantidade de urina: 43 ml.

27-09-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

27-09-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

27-09-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

27-09-2023 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

27-09-2023 08:00 - Sem globo vesical.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Por turno]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Urina em moderada quantidade.

02-10-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

02-10-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

Pele e mucosas

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Por turno]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Glicemia capilar: 100 mg/dl.

27-09-2023 08:00 - Glicemia [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da glicemia [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da glicemia [1x turno (antes de uma refeição)] [FIM] 02-10-2023 08:00

Termorregulação

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

27-09-2023 08:00 - Região axilar: 36.90 °C.

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Por turno]

27-09-2023 08:00 - Hipotermia [RESOLVIDO] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Promover termorregulação [FIM] 02-10-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Aplicar incubadora [Por turno] [FIM] 02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

02-10-2023 08:00 - Região axilar: 36.40 °C.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

27-09-2023 08:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

27-09-2023 08:00 - Ligação mãe/pai-filho

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Por turno]

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Quando presente]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Desenvolvimento infantil

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Por turno]

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil [Por turno]

27-09-2023 08:00 - Promover desenvolvimento infantil

27-09-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Por turno]

27-09-2023 08:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

27-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador.

02-10-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador [MANTEVE].

27-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador.

02-10-2023 08:00 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador.

27-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Próximo contacto]

27-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste contacto]

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às

estratégias promotoras do desenvolvimento infantil [Por turno]

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: com sinais de alarme.

Desenvolvimento físico

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Peso: 2.32 Kg.

27-09-2023 08:00 - Percentil do peso: P(1).

27-09-2023 08:00 - Comprimento/Altura: 41.21 cm.

27-09-2023 08:00 - Percentil do comprimento: P(1).

27-09-2023 08:00 - Perímetro cefálico: 28.00 cm.

27-09-2023 08:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(1).

27-09-2023 08:00 - Índice de massa corporal: 13.66 Kg/m².

27-09-2023 08:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(50).

27-09-2023 08:00 - Crescimento

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução do crescimento

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do crescimento [Em dia de realizar somatometria]

27-09-2023 08:00 - Promover papel parental especial: adesão a estratégias promotoras do crescimento

27-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento: facilitador.

02-10-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento: facilitador [MANTEVE].

02-10-2023 08:00

02-10-2023 08:00 - Peso: 2.40 Kg.

02-10-2023 08:00 - Percentil do peso: P(1).

02-10-2023 08:00 - Comprimento/Altura: 41.21 cm.

02-10-2023 08:00 - Percentil do comprimento: P(1).

02-10-2023 08:00 - Perímetro cefálico: 28.00 cm.

02-10-2023 08:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(1).

02-10-2023 08:00 - Índice de massa corporal: 14.13 Kg/m².

02-10-2023 08:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(50).

Recém-nascido

27-09-2023 08:00

27-09-2023 08:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [1x turno]

27-09-2023 08:00 - Determinar complicação no coto do cordão umbilical

27-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de complicações no coto do cordão umbilical [SOS]

3.7. Especificação das intervenções

Administrar solução com glicose

- Colocar 0.5 ml de solução de sacarose 24% na porção anterior da língua com auxílio da chupeta, no máximo 4x/dia

Avaliar evolução do reflexo de sucção

- Observar o posicionamento da língua
- Observar a força de sucção através do dedo com luva esterilizada
- Observar o peristaltismo da língua através do dedo com luva esterilizada

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Vigiar a temperatura corporal do RN

Avaliar evolução da deglutição

- Observar a posição da língua
- Observar se a posição elevada do RN favorece a deglutição
- Observar sempre na tetina leite, sem deixar entrar ar
- Observar saída de leite pela cavidade oral, parar e deixar o RN recuperar
- Observar o aumento gradual na deglutição do leite

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Posicionar o RN em posição semi-fletida de forma a se autoregular
- Estimular o RN para despertar para o momento de refeição
- Interagir com o RN, através do toque e da fala com ele

Instruir mãe/pai a estimular o reflexo de sucção

- Demonstrar à mãe como colocar a chupeta para estimular a sucção
- Demonstrar à mãe como provocar o acanotamento da língua através de ligeira pressão com a chupeta
- Demonstrar à mãe como provocar o peristaltismo da língua com movimento vai e vem com a chupeta ou o dedo protegido com luva esterilizada

Referenciar deglutição comprometida ao médico

- Necessidade de articulação com a terapeuta da fala para iniciar exercícios que favoreça a deglutição

Instruir mãe/pai a alimentar

- Explicar a importância do rigor nas horas das mamadas (3/3horas) nesta fase inicial

Treinar mãe/pai a alimentar

- Treinar a mãe a alimentar o seu filho (posição do RN, posição da tetina, colocar para eructar)

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

desenvolvimento infantil

- Verificar se a mãe interage com o filho
- Verificar se a mãe fala com o filho
- Verificar se a mãe estimula o filho para o despertar para o momento das refeições

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

- Ensinar à mãe os momentos mais adequados a interagir com o RN
- Ensinar à mãe sobre a importância de ela falar com o RN
- Ensinar à mãe a importância da estimulação no momento da refeição, para que tenha um bom desempenho na mamada por tetina

Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar

- Verificar se a mãe coloca o RN em posição elevada para o alimentar
- Verificar se a mãe coloca a tetina sempre com leite, sem deixar entrar ar para o RN

Referenciar compromisso da sucção ao médico

- Necessidade de articulação com a terapeuta da fala para iniciar exercícios que favoreça o reflexo de sucção

Ensinar mãe/pai sobre prevenção da aspiração

- Demonstrar à mãe a posição elevada correta para alimentar o RN por tetina prevenindo a aspiração
- Explicar a mãe a importância da observação direta sobre o filho quando este está a alimentar-se por tetina
- Demonstrar à mãe quando o RN começa a não deglutir o leite, parar deixar descansar e depois retomar
- Explicar à mãe no final da mamada, inspecionar a cavidade oral para assegurar que não fica nenhum leite na boca
- Explicar a mãe a importância da posição lateralizada ao deitar o RN no berço

Ensinar mãe/pai sobre inspeção da cavidade oral após as refeições

- Demonstrar à mãe a inspecionar a cavidade oral após as mamadas

Estimular sucção não nutritiva

- Oferecer a chupeta aquando da sacarose

Avaliar evolução da dor

- Observar expressão facial do RN
- Observar postura dos membros do RN
- Observar a causa, frequência e intensidade do choro do RN
- Observar se o RN se acalma com medidas não farmacológicas

Aplicar restrição física da mobilidade

- Colocar ninho na incubadora
- Envolver o RN com fralda de pano em swadling e colocar as mãos na linha média do corpo
- Colocar as mãos na cabeça e no tórax em contenção aquando dos cuidados invasivos

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

- Verificar se a mãe posiciona o RN em posição de semi-fletida de forma a ele se autorregular
- Verificar se a mãe consegue estimular o RN, despertando para o momento das refeições

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão à estimulação do reflexo de sucção

- Verificar se a mãe a coloca a chupeta para favorecer a sucção
- Verificar se a mãe a provoca o acanolamento da língua através de uma ligeira pressão com a chupeta

Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de aspiração

- Verificar se a mãe coloca o RN elevado, ao dar o leite adaptado por tetina
- Verificar se a mãe tem a tetina sempre com leite, evitando entrada de ar
- Verificar se a mãe está atenta ao RN ao acumular leite na cavidade oral ou a perder conteúdo, se para a mamada

Aplicar incubadora

- Vigiar a temperatura da incubadora
- Regular a temperatura da incubadora, adequando à temperatura do RN

3.8. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa a este caso clínico está organizada em cinco aspetos que orientaram a conceção de cuidados e a ação do Enfermeiro com o cliente RN/Mãe, as prioridades, os dados relevantes para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar, os resultados esperados face aos diagnósticos, os contributos das intervenções face aos diagnósticos, a parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e os pais durante o tempo de internamento, na perspetiva da alta clínica.

Prioridades:

Os cuidados de enfermagem a este RNPT/mãe estão centrados em melhorar a condição do RNPT quanto ao reflexo de sucção e deglutição para o ganho de autonomia alimentar por via oral exclusiva (aumentar a ingestão por tetina e diminuir até cessar a alimentação por sonda gástrica), prevenir possíveis complicações e promover o papel parental nestes aspetos especiais de um filho prematuro. A promoção do papel parental, nos cuidados especiais que envolve a prematuridade são foco de atenção, para capacitar os pais deste RNPT, sendo o objetivo principal, a autonomia no momento da alta clínica.

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

É imprescindível uma avaliação prévia das necessidades de aprendizagem dos pais, antecedendo o início das atividades do tipo informar. Esta avaliação é importante para direcionar a nossa intervenção quanto à informoterapia, fornecendo apenas o que os pais necessitam de aprender para melhorar o potencial na capacidade de cuidar do filho. A mãe refere que detém conhecimentos e capacidades adquiridos no cuidar do seu primeiro filho, no entanto, aponta preocupações com as necessidades e cuidados específicos quanto à condição de prematuro deste segundo filho. Assim a mãe precisa de melhorar a capacidade para alimentar o filho, no sentido de estimular o reflexo de sucção e deglutição, prevenir a aspiração, ensinando à mãe estratégias para o ganho da autonomia alimentar do filho. Esta mãe precisa de melhorar o conhecimento quanto: como se faz a estimulação destes reflexos, os comportamentos a adoptar para prevenir complicações e como estimular o desenvolvimento do seu filho para ele ganhar prontidão no momento da refeição.

Critérios de resultado face ao diagnóstico:

Face aos diagnósticos de enfermagem relacionado com a condição dos processos corporais do RNPT reflexo de sucção e deglutição comprometidos esperava alcançar uma evolução positiva desta condição, perspectivando com as minhas intervenções a aquisição destes reflexos necessários para a autonomia alimentar e assim, ausência deste compromisso.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem relacionados com o processo adaptativo da mãe esperava melhorar o conhecimento e respetivamente a capacidade para cuidar do filho com estas particularidades da sua prematuridade, sendo o momento próprio para intervir.

Assim quanto à Promoção do papel parental especial, adesão à estimulação do reflexo de sucção, os resultados esperados **face ao potencial da mãe para melhorar a capacidade na estimulação do reflexo de sucção:**

- Que a mãe posicione o filho corretamente para o alimentar;
- Que a mãe estimule o reflexo com a tetina provocando o acanolamento e o peristaltismo da língua ajudando a obter um reflexo de sucção adequado;

Quanto à Promoção do papel parental especial, potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre prevenção da aspiração:

- Que a mãe refira o posicionamento correto de colocar o filho para o alimentar e no após refeição;
- Que a mãe refira a importância ao alimentar o filho por tetina, do correto posicionamento da mesma; observação direta do filho durante a mamada, importância da pausa sempre que sentir o filho mais cansado e menos desperto para a refeição, estimulando e posteriormente retomar a mamada;

Quanto à Promoção do papel parental especial: potencial da mãe para melhorar o

conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil (quanto à hipotonia):

- Que a mãe refira a necessidade colocar o filho elevado, em posição de semi-sentado que ajuda na sua autorregularão;
- Que a mãe refira que interage com o filho, fala com ele, estimula -o antes das refeições, para diminuir a hipotonia e favorecer o despertar e a sua prontidão para a refeição;

Contributos das intervenções face aos diagnósticos:

Face às prioridades deste caso clínico, as intervenções de enfermagem inserem-se essencialmente na avaliação da evolução da condição e na promoção da melhoria da condição.

Assim a intervenção de enfermagem "avaliar a evolução" tem como objetivo detetar possíveis necessidades/problemas existentes na condição do RNPT, identificar os resultados das intervenções e a avaliar o conhecimento;

As intervenções de enfermagem "ensinar" consiste em transmitir e/ou melhorar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil especial; A do tipo "instruir" tem como objetivo fornecer informação específica e direcionada da atividade a realizar; A do tipo "treinar" consiste em colocar em prática a instrução fornecida;

Parceria de cuidados entre o EESIP e os pais/ tempo de duração de internamento:

Este internamento teve a duração de doze dias, no qual o papel de parceria de cuidados entre o enfermeiro e os pais no processo de capacitação para cuidar foi fundamental.

O Bernardo ao nascer foi separado imediatamente da mãe e internado na UCIN com todo o envolvimento de uma unidade deste tipo, todos os equipamentos e todos os cuidados necessários para o seu desenvolvimento, procurei face a este evento crítico da hospitalização, intervir juntos dos pais respondendo às suas necessidades físicas, psicológicas e emocionais. Os pais necessitam de orientação no relacionamento com o filho e ajuda para atender às suas necessidades fisiológicas e de desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2016).

Quando o Bernardo passou para o berçário, procurei sempre integrar e envolver os pais nos cuidados, capacitando-os para cuidar do filho. Teve-se em atenção a evolução do estado emocional dos pais, no sentido da informação transmitida gradualmente. Preparou-se o regresso a casa, encorajando e capacitando os pais dos conhecimentos necessários para um evoluir da situação no domicílio positivamente. Fez-se articulação telefónica com o centro de saúde e a enfermeira de família, no sentido da continuidade da parceria dos cuidados de saúde com os pais.

Concluo esta síntese refletindo que esta conceção dos cuidados e o desenvolvimento deste caso clínico, contribuiu para a aquisição e sedimentação da competência de EESIP, prestar cuidados

específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do RN doente com necessidades especiais (Regulamento nº 422/2018 do Diário da República), na avaliação e desenvolvimento da parentalidade, na promoção de estratégias facilitadoras deste processo de cuidar e de interação com os pais.

4. CRIANÇA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Criança em período toddler acompanhada pela mãe numa consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil.

4.1. Enquadramento teórico

Caso clínico:

A Laura (nome fictício), uma criança com 18 meses de vida que vem com a sua mãe (Carla - nome fictício) a uma consulta de saúde infantil para avaliação do seu desenvolvimento físico e psicomotor. É uma criança sorridente vem ao colo da mãe, interativa com o meio envolvente e com bom aspecto geral. Realizada avaliação dos dados antropométricos e do desenvolvimento psicomotor. A Laura entrou este ano para a creche e para surpresa da mãe, ela faz as sextas na escola sem mamar, enquanto que nas noites em casa apenas adormece à mama e acorda constantemente para mamar. A mãe refere exaustão desta situação, solicitando ajuda para deixar de amamentar.

Nesta consulta está preconizada a harmonização do plano nacional de vacinação, pelo que a mãe está extremamente ansiosa e nervosa pela dor que a administração da vacina irá provocar à filha. Nas consultas anteriores com vacinação foi o pai que acompanhou e esteve presente nestes momentos.

A conceção de cuidados foi realizada no momento da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil.

Enquadramento Teórico:

Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil:

Os cuidados de saúde primários são um contexto privilegiado para a promoção dos determinantes de saúde e da sua influência no cliente individual - criança e grupo - família. Neste contexto um dos alvos da prática de cuidados é a população infantil e juvenil. A interação enfermeiro - cliente, nos cuidados de saúde primários, tem como principal objetivo a promoção da saúde e prevenção da doença (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A valorização dos cuidados antecipatórios na saúde infantil é um dos focos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, facultar aos pais e outros cuidadores, o conhecimento necessário para o

desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e do exercício da parentalidade (DGS, 2013a) .

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil integra a realização de consultas em idades - chave, no acompanhamento do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade da criança/jovem (DGS, 2013a). Este programa preconiza a harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde.

Está preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil a periodicidade de realizar entre o primeiro e o terceiro ano de idade cinco consultas de saúde infantil, na qual uma, aos 18 meses, que inclui a avaliação do crescimento e desenvolvimento psicossocial da criança, hábitos alimentares, a frequência e adaptação ao infantário, o cumprimento do plano nacional de vacinação, as intercorrências desde a última consulta e as preocupações dos pais. Nesta consulta outro aspecto a considerar, são os cuidados antecipatórios, em função da idade da criança, crescimento e desenvolvimento, nas áreas de capacitação dos pais sobre alimentação, higiene, sono, segurança, controle de esfíncteres, saúde oral, relação emocional e comportamental, socialização e vacinação. Quanto ao esquema vacinal preconizado para os 18 meses a vacina recomendada é a vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e poliomielite (pentavalente DTPaHibVIP) (DGS, 2020).

Criança em idade Toddler:

Neste caso clínico, a Laura com 18 meses de vida está na fase toddler, entre os 12 e os 36 meses de idade, sendo um período de intensa exploração do ambiente (Hockenberry et al., 2019). Nesta fase já a criança atinge um desenvolvimento prodigioso, evoluindo da situação de total dependência e incapacidade de se autonomizar que experienciava até há cerca de alguns meses, para uma situação de autonomia na marcha, na alimentação, na socialização, comunicando por palavras e gestos, fazendo-se compreender e revelando a sua vontade, assim como as suas necessidades (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Neste período a maioria dos sistemas fisiológicos fica relativamente madura, faz parte um leque de aquisições: o contínuo crescimento, o domínio da motricidade global e fina, alimentação, a capacidade de mastigação e trituração dos alimentos, o desmame do biberão e da chupeta, o início do controle dos esfíncteres, o desenvolvimento psicossocial, a capacidade de comunicação e socialização da criança.

No decorrer da consulta de saúde infantil da Laura, a mãe demonstrou preocupação quanto ao padrão de sono de ambas e a questão da amamentação noturna. Das competências do EEESIP, é importante a inclusão da capacidade de ouvir atentamente os pais incentivando a colocação de dúvidas e, em parceria, encontrar as melhores estratégias especificamente para aquela criança/família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Nesta fase toddler está recomendado entre 11 a 14 horas de sono por dia (incluindo sesta, nesta altura já só fazem uma sesta habitualmente de tarde entre uma a duas horas de duração) (OE, 2023). A criança deve ter uma boa higiene do sono, sendo esta um conjunto de práticas e comportamentos que facilitem e promovam hábitos de sono saudáveis, promovendo um sono

reparador e prevenindo a sonolência diurna e outros distúrbios de sono (OE, 2023).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o leite materno deverá ser mantido, desde que mutuamente desejado pela mãe e criança. As crianças amamentadas em exclusivo tendem a apresentar um padrão de sono mais fragmentado durante a noite, com maior número de despertares noturnos e um período de sono noturno mais curto, em comparação a crianças alimentadas com leite adaptado (OE, 2023).

Cuidados atraumáticos e a Dor:

O conceito de cuidados atraumáticos é um dos pilares da enfermagem pediátrica (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Estudos evidenciam o medo das crianças e o stress que os pais vivenciam, associado aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos diversos espaços de saúde. Dependendo da idade e do desenvolvimento cognitivo as crianças relatam medo pela dor dos procedimentos de enfermagem, nos quais a vacinação. Até aos dois/três anos de idade, as crianças não têm capacidade de compreender o que se vai passar, pelo que a informação deve ser dirigida exclusivamente aos pais. Existe uma evidência clara que o comportamento dos pais tem influência no stress da criança durante os procedimentos dolorosos. Preparar os pais para os procedimentos, transmitindo segurança, facultando a informação necessária, confere empoderamento aos mesmos, no sentido de reduzir a sua própria ansiedade, e fornecer assim, tranquilidade à criança (Ramos & Barbieri - Figueiredo, 2020).

A dor deve ser tratada adequadamente, e a sua avaliação deve ser sistemática, sendo o primeiro passo para o adequado controle da mesma a prevenção, intervindo de forma antecipatória quando se prevê que a dor venha a ocorrer devido à realização de procedimentos invasivos como a vacinação (OE, 2008). Considerando a natural dependência da criança, o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESIP, este deve estabelecer com ambos uma parceria de cuidar, promotora da otimização da saúde e da gestão da parentalidade (Regulamento nº 422/2018 da OE). Neste sentido, o caso clínico apresentado, a ansiedade da mãe da Laura pelo receio do momento da vacinação, provocar dor na filha, a intervenção deve ser dirigida à mãe fornecendo informação específica e adequada, como se desenvolve este procedimento, para posteriormente em parceria com esta, preparar a Laura para o procedimento.

Transição parental:

A transição é entendida como experiência humana descrita como o conjunto de respostas, que ao longo do tempo são moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelo conhecimento, pela habilidade na gestão das modificações e pelo impacto que causa a nível do bem-estar da pessoa. A experiência da transição exige que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados ao evento e que conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social, sendo por isso que a parentalidade exige uma transição, associada a eventos de desenvolvimento individual e familiar (Meleis et al., 2020). Ser mãe é um novo papel que a pessoa assume, associado a todos os eventos necessários para esta transição. Neste caso clínico, ser mãe da Laura é uma transição do tipo desenvolvimental que ainda está em

evolução. Neste tipo de consultas de vigilância infantil é o momento oportuno para o Enfermeiro perceber quais as fragilidades deste novo papel e direcionar a sua intervenção. Assim orientar a intervenção para a higiene do sono, o processo de amamentação noturno, são os eventos referidos como desgastantes pela mãe da Laura, que solicita a nossa intervenção para a sua resolução. Durante a consulta outro foco de intervenção foi diminuir o estado de ansiedade e nervosismo da mãe, devido ao receio de dor da vacina na filha, como um procedimento doloroso. Pretende-se assim ajudar os pais a vivenciar esta transição do papel parental de forma saudável, oferecendo aos mesmos, os instrumentos necessários para lidarem com estas mudanças e evoluir assim, para a mestria do desempenho parental.

4.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 1 ano | Feminino

Mãe/Pai

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Figura parental principal: mãe.

30-10-2023 16:00 - Distância casa/hospital: 12 km.

30-10-2023 16:00 - Número de outros filhos: 0.

30-10-2023 16:00 - Papel parental partilhado.

30-10-2023 16:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

30-10-2023 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

4.3. Medicação

Início

2023-10-30 16:00:00

Medicação

Vacina Pentavalente DTPaHibVIP

Fim

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A vacinação é uma área autônoma de atuação do Enfermeiro, de acordo com o plano nacional de vacinação em vigor (DGS, 2020). Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e da aproximação a grupos com menor acessibilidade ao serviço de saúde, de forma a evitar ou diminuir bolsas de suscetíveis. A vacinação deve ser entendida como um direito e um dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar um ato de cidadania (DGS, 2020). Na saúde infantil, na ausência da capacidade da criança expressar a sua vontade, cabe aos pais a consciencialização da importância da vacinação, o significado que atribuem e a forma como encaram e transmitem este processo aos filhos. A mãe da Laura tem consciência da importância da adesão ao esquema vacinal recomendado pela DGS, apenas fica ansiosa e nervosa pelo procedimento doloroso.

Aos 18 meses o esquema Vacinal recomenda a Vacina combinada contra a difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e poliomiolite (pentavalente DTPaHibVIP). Tem como **contra-indicação**: encefalopatia de etiologia desconhecida nos sete dias após administração de uma vacina com componentes de *Bordetella pertussis*.

Entre as **precauções** apresentadas para esta vacina de referir em caso de doença aguda grave, com ou sem febre - aguardar até recuperação completa, para a administração da vacina; alterações neurológicas que predisponham ao aparecimento de convulsões ou deterioração neurológica, nomeadamente encefalopatia evolutiva (precaução para a vacina contra a tosse convulsa) - aguardar até estabilização neurológica.

Quanto às **reações adversas**: reações locais mais frequentes: dor, rubor e tumefação, um a três dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas. Reações sistémicas mais frequentes (principalmente nas primeiras 24 horas): febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e choro persistente (durante ≥ 1 hora). Pode também ocorrer agitação, sonolência, anorexia, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias.

Via/local de administração: via intramuscular e em crianças com idade superior a doze meses de idade no músculo deltoide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo.

Cuidados de Enfermagem no ato da vacinação:

- Explicar aos pais previamente as indicações terapêuticas da vacina, a via e o local da administração da mesma;

- Selecionar as intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante o procedimento, neste caso da Laura com 18 meses utilizada a técnica de Distração, cantando uma música e no final a técnica do reforço positivo com um autocolante de uma "cara feliz" colado na camisola da criança;
- Explicar aos pais as possíveis reações adversas (descritas anteriormente), sendo entre as mais frequente, as locais no músculo (dor, rubor, tumefação) em que se pode aplicar gelo protegido localmente, para diminuição dessas reações;
- Reforçar aos pais que não é recomendado o uso de paracetamol antes ou durante a vacinação, na prevenção de sintomas, uma vez que pode interferir na resposta imunológica (DGS, 2020). Após administração da vacina, caso se verifique febre ou outra sintomatologia local poderá fazer o paracetamol.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
30-10-2023 16:00	Sensações somáticas	
30-10-2023 16:00	Pele e mucosas	
30-10-2023 16:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
30-10-2023 16:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
30-10-2023 16:00	Desenvolvimento psicomotor	
30-10-2023 16:00	Desenvolvimento físico	
30-10-2023 16:00	Período toddler	
30-10-2023 16:00	Sono	

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

Sensações somáticas:

Nos cuidados de saúde primários, na idade-chave 18 meses, preconiza-se a consulta de enfermagem de saúde infantil em harmonização com o calendário vacinal. Neste sentido a administração da vacina é um procedimento doloroso para a criança, sendo necessário avaliar a dor. As crianças de um a três anos ainda têm um conceito sobre o seu próprio corpo pouco desenvolvido quanto aos limites corporais, com um entendimento ainda pouco desenvolvido, do que a dor provoca fisicamente. Para estas crianças as experiências não invasivas são altamente ansiogénicas e podem reagir a tais procedimentos não dolorosos tão intensamente como reagiria a estímulos dolorosos. Os comportamentos face à experiência dolorosa habituais para esta idade são: choro, grito, expressão facial de raiva, caretas faciais, o cerrar os lábios e os

dentes, o balançar, o arregalar os olhos, a agitação, a agressividade (morder, bater ou fugir), a proteção da zona dolorosa, a adoção de posição antiálgica e a imobilidade (Batalha, 2022). Por volta dos 18 meses podem começar a sinalizar verbalmente a dor, mas sem capacidade de a descrever e avaliar a sua intensidade (Hockenberry & Wilson, 2016). Desta forma perante a reação da Laura durante a administração da vacina é possível identificar ou não a presença do diagnóstico de dor.

Pele e Mucosas:

O programa nacional da saúde infanto juvenil, prevê nas consultas de vigilância da saúde a realização de um exame físico global (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020), uma observação cuidadosa do aspeto da criança. Avaliar a pele pela cor, textura, temperatura, humidade, turgor, lesões e erupções, através de observação e palpação confere uma avaliação geral da criança e no caso de alguma alteração tegumentar passível de intervenção de enfermagem, como por exemplo, o estado nutricional, na avaliação de sinais de desidratação como pele seca, descamativa, mucosas secas e olhos encovados (Hockenberry & Wilson, 2016).

Comportamentos de ligação mãe/pai - filho:

Estes comportamentos de ligação dos pais para o filho, são demonstrados através da efetividade, responsividade e satisfação por parte dos principais cuidadores da criança. Quando os pais identificam alguma problema e solicitam intervenção, demonstram responsividade na relação com o filho, demonstram interesse na procura da melhoria do desempenho do papel parental.

O EEESIP ocupa uma posição particular na promoção da parentalidade, pela proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados do criança. O enfermeiro promove a parentalidade capacitando os pais para o desempenho do seu papel parental, facultando as ferramentas necessárias para que estes interiorizem as expectativas associadas a esse papel, favorecendo a existência de uma vivência positiva e adequada deste processo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Comportamentos de ligação filho - mãe/pai

A vinculação consiste num laço emocional forte, estabelecido entre a criança e os seus pais. A vinculação deve manter-se e ser avaliada de igual forma ao longo do primeiro ano de vida e ao longo da vida da criança. Comportamentos da criança reveladores de vinculação em relação, por exemplo, à mãe, demonstram apego por meio de comportamentos de busca de proximidade - como aproximação, o acompanhamento e a permanência no colo da mãe - e por meio de comportamentos de manutenção de contacto, como agarrar, resistir a sair do colo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Desenvolvimento psicomotor

Um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere. A avaliação do desenvolvimento permite identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando a intervenção necessária (DGS, 2013a). As consultas de enfermagem de saúde infantil são momentos chave para detecção de sinais de alerta e a implementação dos cuidados antecipatórios relevantes para a próxima etapa de desenvolvimento. Assim, é fundamental o encaminhamento precoce para outros profissionais de saúde quando deteta-se alterações que possam afetar negativamente o desenvolvimento do toddler.

Desenvolvimento físico

As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento da criança. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável e, deste modo, implicações importantes na saúde das populações (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A avaliação dos dados antropométricos, nomeadamente, peso, altura, perímetro cefálico e índice de massa corporal, é necessária para analisar o crescimento da criança, verificando-se o percentil da curva de crescimento (DGS, 2013a).

Após avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança deve-se registar os dados obtidos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), documento que a deve acompanhar (DGS, 2013a).

Esta avaliação permitirá ao enfermeiro uma avaliação global do crescimento e desenvolvimento da Laura, detectando sinais de alerta e implementar cuidados antecipatórios para a promoção de um crescimento saudável da criança e um desempenho adequado do papel parental da mãe.

Período de toddler

Este domínio prende-se com a idade da Laura, 18 meses, período do toddler. É uma fase de desenvolvimento caracteriza-se fundamentalmente pela atenção que confere ao ambiente que a rodeia, assim como pela absorção do comportamentos de todos os que a rodeiam (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Este período caracteriza-se pela evolução de total dependência da criança para o início de alguma autonomia, sendo expectável que as necessidades inerentes a esta etapa desenvolvimental sejam suprimidas pelos pais. Sendo o papel do EE fundamental no acompanhamento e orientação dos pais, quanto às áreas de desenvolvimento da criança de maior fragilidade.

Sono

O sono é um processo reparador e uma necessidade básica e vital do organismo, sendo

fundamental para o crescimento saudável e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental das crianças (OE, 2023). A mãe da Laura manifesta exaustão pela necessidade da amamentação noturna que a filha apresenta, comprometendo o padrão de sono de ambas.

O comprometimento do padrão de sono de mãe e filha acarretam consequências nefastas na qualidade de vida a nível individual e familiar. Desde fadiga a alterações do humor, afetando o bem estar e desempenho pessoal, profissional e parental, aumentando o risco de depressão materna, stress e disfunção familiar (OE, 2023). No caso da Laura verifica-se que não tem um sono tranquilo e contínuo, despertando vários vezes à procura da mãe para mamar. Esta por sua vez, refere exaustão desta situação e, uma vez que com a entrada no infantário verificou que independentemente da amamentação, a Laura dorme a sesta, a mãe opta por iniciar o desmame da amamentação noturna. Cabe ao enfermeiro informar e orientar a mãe nas suas decisões, encontrando estratégias para facilitar o período de transição e de adaptação ao papel parental. A forma de alimentar uma criança é uma decisão muito importante que os pais devem tomar e é influenciada por fatores físicos, psicológicos e socioculturais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O desmame aplica-se a crianças com 16-18 meses de vida, capazes de entender pequenos comandos, alimentar-se adequadamente e que demonstrem sinais de autonomia (Hockenberry & Wilson, 2016).

4.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Sem manifestação de dor.

30-10-2023 16:00 - Dor

30-10-2023 16:00 - Expressão facial: Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando ou introversão ou desinteresse.

30-10-2023 16:00 - Movimento dos membros: Pernas em posição normal ou relaxadas.

30-10-2023 16:00 - Choro/vocalização: Ausência de choro (acordado ou adormecido).

30-10-2023 16:00 - Atividade: Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente.

30-10-2023 16:00 - Consolabilidade: Tranquilizado por toques ou abraços ou conversas ocasionais ou pode ser distraído.

30-10-2023 16:00 - Determinar evolução da dor

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da dor [Neste contacto]

30-10-2023 16:00 - Diminuir dor

30-10-2023 16:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [No momento da vacinação]

Pele e mucosas

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

30-10-2023 16:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Neste contacto]

Sono

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Dormiu por períodos curtos.

30-10-2023 16:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

30-10-2023 16:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 9 Hora.

30-10-2023 16:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Neste contacto]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

30-10-2023 16:00 - Vinculação

30-10-2023 16:00 - Determinar evolução da vinculação

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução da vinculação [Neste contacto]

30-10-2023 16:00 - Promover vinculação

30-10-2023 16:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [No momento da vacinação]

Desenvolvimento psicomotor

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

30-10-2023 16:00 - Desenvolvimento infantil

30-10-2023 16:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Neste contacto]

30-10-2023 16:00 - Promover desenvolvimento infantil

30-10-2023 16:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento

infantil [Neste contacto]

Desenvolvimento físico

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Peso: 10.89 Kg.

30-10-2023 16:00 - Percentil do peso: P(50).

30-10-2023 16:00 - Comprimento/Altura: 80.50 cm.

30-10-2023 16:00 - Percentil do comprimento: P(25).

30-10-2023 16:00 - Perímetro cefálico: 49.50 cm.

30-10-2023 16:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(99).

30-10-2023 16:00 - Índice de massa corporal: 16.80 Kg/m².

30-10-2023 16:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(75).

30-10-2023 16:00 - Crescimento

30-10-2023 16:00 - Determinar evolução do crescimento

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do crescimento [Neste contacto]

Período toddler

30-10-2023 16:00

30-10-2023 16:00 - Período toddler

30-10-2023 16:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

30-10-2023 16:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Neste contacto]

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Em todos as consultas de vigilância de saúde]

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora.

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Em todos as consultas de vigilância de saúde]

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2023 16:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono da criança

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre o sono da criança [Próximo contacto]

30-10-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono [Neste contacto]

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental:

sono/repouso [Próximo contacto]

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Em todas as consultas de vigilância de saúde]

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

30-10-2023 16:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Em todas as consultas de vigilância de saúde]

30-10-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Neste contacto]

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Em todas as consultas de vigilância de saúde]

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período toddler: facilitador.

30-10-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2023 16:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler

30-10-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de toddler [Próximo contacto]

30-10-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler [Neste contacto]

4.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Observar a postura e a motricidade global da Laura;
- Observar o desenvolvimento da motricidade fina, por exemplo através de folhear um livro;
- Observar a forma de expressão verbal e não verbal da Laura;
- Questionar se a Laura já pega nos utensílios para comer e beber;

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Ensinar a mãe a diminuir a ansiedade da própria para transmitir tranquilidade e segurança à filha;
- Ensinar a mãe sobre atividades que pode fazer com a Laura para estimular as suas capacidades, entre as quais:
- Ensinar a criança sobre a capacidade de organização, ao guardar os brinquedos numa caixa;
- Pedir à criança que olhe e repita o nome das partes do corpo do boneco;
- Ensinar a criança a "rabiscar" para estimular a destreza manual e a área sensorial;
- Alertar para os perigos desta fase de desenvolvimento da criança (entre outros: quedas, ingestão de medicamentos, brinquedos, outros materiais);
- Elogiar a criança, quando esta realiza alguma atividade sozinha;
- Incentivar o convívio com o meio social;
- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar;
- Reforçar a importância de impor regras e limites à criança e não ceder às suas chantagens;

Implementar estratégias de promoção do sono

- Estabelecer rotinas para o momento de dormir à noite;
- Adormecer a Laura no quarto dela e não dormir com a Laura;
- Envolver o pai neste processo para ajudar, para desviar o foco de atenção da Laura, só na mãe no momento de dormir;

Ensinar mãe/pai sobre vacinação

- Explicar o processo de vacinar;
- Explicar possíveis reações locais e como atuar;
- Explicar como gerir a presença de febre ou desconforto/dor associada à vacinação;
- Explicar sinais de alerta relacionados com a vacinação;

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Explicar à mãe todo o processo de vacinação;
- Envolver a mãe no processo de vacinação: posicionamento da criança, distração e demonstração de afeto;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre o sono da criança

- A mãe identifica hábitos promotores do sono;
- A mãe refere a rotina estabelecida promotora do sono;

Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono

- Explicar à mãe a adoção de comportamentos que promovam hábitos de sono saudáveis;

- Explicar à mãe sobre a necessidade de estabelecer um horário regular de sono;
- Adotar uma rotina regular de sono previsível e relaxante;

Avaliar evolução da dor

- Observar manifestações comportamentais da Laura à dor;
- Determinar a reação da Laura à implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor;

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Interagir com a Laura, no sentido de estabelecer uma relação de confiança;
- Aplicar a técnica da distração, cantando uma música no momento da vacinação;
- Aplicar a técnica do reforço positivo no final da vacinação;

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso

- Questionar a mãe sobre o padrão de sono de ambas;
- Questionar a mãe sobre a implementação de rotinas de sono;

4.7. Síntese relativa ao caso

Este subcapítulo está organizado em quatro aspetos que orientaram a conceção de cuidados e a ação do enfermeiro com o cliente Toddler/Mãe, as prioridades, os dados relevantes para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar e os resultados esperados face aos diagnósticos, os contributos das intervenções face aos diagnósticos e a parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e os pais, na promoção da saúde.

Prioridades:

A consulta de enfermagem de saúde infantil da Laura/Mãe decorreu conforme o preconizado, dando ênfase aos problemas/sinais de alerta identificados na consulta: padrão de sono, desmame noturno e a ansiedade/receio da mãe no processo de vacinação;

Dados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar" e os resultados esperados:

No decorrer da consulta de saúde infantil da Laura/Mãe a promoção do bem-estar e avaliação de lacunas de conhecimento e/ou capacidades que tenham impacto na aquisição de integração fluída face ao papel parental e respetiva mestria é fundamental. A colheita de dados prévia permitiu caracterizar o que a mãe da Laura sabia sobre as necessidades desenvolvimentais da filha e quais as lacunas que podiam ser colmatadas através da minha intervenção.

Assim perante os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar" importa entender qual a disponibilidade por parte da mãe para melhorar a condição de aspectos como o conhecimento,

capacidade e significado direcionando assim, a efetividade da minha intervenção. Desta forma a permissa para a minha intervenção de enfermagem foi o reconhecimento da mãe sobre a temática de lacuna identificada, a sua prontidão e motivação para aprender.

É imprescindível uma avaliação prévia das necessidades de aprendizagem dos pais, antecedendo o início das atividades do tipo informar. Esta avaliação é importante para direcionar a nossa intervenção quanto à informoterapia, fornecendo apenas o que os pais necessitam de aprender para melhorar o potencial na capacidade de cuidar da filha.

Face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre o alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas:

Dado: A mãe não sabe como agir com a dor da filha, causada pela vacina e toda a ansiedade e receio que tem face a este momento;

Critérios de resultado:

- A mãe da Laura num próximo momento de vacinação esteja mais tranquila e confiante no procedimento para conseguir gerir as situações de dor da filha;
- A mãe verbalize estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, referindo pelo menos duas técnicas (Distração e/ou reforço positivo);

Quanto ao potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre a vigilância a promoção da saúde, especificamente sobre a vacinação:

Dado: A mãe é a primeira vez que está presente, no momento de vacinação da filha e, sem o apoio do pai;

Critério de resultado:

- A mãe compreenda todo o processo de vacinação (procedimento, cuidados a ter após a vacinação, sinais de alerta) para lhe conferir segurança e tranquilidade em próximos momentos de vacinação;

Relativamente ao potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre a promoção do sono:

Dado: a mãe da Laura não sabe que estratégias usar para melhorar o padrão de sono de ambas:

Critérios de Resultado:

- A mãe refira a rotina estabelecida para a higiene de sono;
- A mãe refira as estratégias utilizadas para mudar o comportamento da Laura de noite em querer sempre a mãe disponível para mamar (figura do pai fundamental para desviar atenção da Laura) e a efetividade do desmame noturno;

Face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil e o desenvolvimento no período de toddler:

Dado: a mãe da Laura tem conhecimento deste período em que a Laura começa adquirir alguma autonomia, mas necessita de ferramentas que auxiliem esta maturação;

Critérios de resultado:

- A mãe incentive a autonomia na marcha, caminhando sozinha;
- A mãe incentive e promova os cuidados da higiene oral;
- A mãe incentive na alimentação, o levar os alimentos à boca, descobrindo as texturas e os sabores e a capacidade da mastigação;
- A mãe promova a socialização da Laura, comunicando devagar, articulando bem as palavras e usar gestos, fazendo-se compreender e revelando as suas necessidades;
- A mãe inicie o controlo dos esfíncteres vesical e anal, no sentido da Laura deixar a fralda;
- A mãe promova no brincar, introdução de livros para estimular a capacidade de virar as páginas e o lápis para começar os primeiros grafismos.

Contributos das intervenções face aos diagnósticos:

Face às prioridades deste caso clínico, as intervenções de enfermagem inserem-se essencialmente na avaliação da evolução da condição e na promoção da melhoria da condição. Assim a intervenção de enfermagem "avaliar a evolução" tem como objetivo detetar possíveis necessidades/problemas existentes no desenvolvimento da criança, identificar os resultados das intervenções e a avaliar o conhecimento; As intervenções de enfermagem "ensinar" consiste em transmitir e/ou melhorar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil no período do toddler; A do tipo "planear" tem como objetivo perante a informação específica direcionar a atividade a realizar; As do tipo "implementar", "executar" consistem em colocar em prática a instrução fornecida.

Reflexão sobre a parceria de cuidados entre o EEESIP e os pais na promoção da saúde:

Em CSP o EEESIP deve ter como premissa, o estabelecer de uma relação de parceria de cuidados com os pais no sentido de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, tendo como competência, implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (Regulamento nº 422/2018 da OE). Permitindo ao longo das consultas de vigilância de saúde os pais estarem disponíveis para adquirir conhecimento que lhes permita melhoria do desenvolvimento do papel parental.

Esta conceção de cuidados apenas tem uma sessão, devido ao próximo contacto com a

criança/mãe, já não estar em ensino clínico, para avaliar a evolução da minha intervenção, uma vez que os conhecimentos transmitidos consiste em novas capacidades parentais. Assim nesta sessão priorizei os temas relacionados com o sono, o desmame noturno e o desenvolvimento infantil no período de toddler, identificados como lacunas a necessitar de conhecimento por parte da mãe e aprimorar desenvolvimento do papel parental. Outro foco da minha intervenção neste caso clínico foi no momento da vacinação, pela ansiedade demonstrada pela mãe com o objetivo de capacitação da mesma na gestão destes momentos de dor na filha. Sendo a vacinação um momento de intrusão do espaço pessoal da criança deve ser realizado em último lugar (DGS, 2013a) para promover o desenvolvimento da consulta de saúde infantil com tranquilidade e uma relação terapêutica saudável entre a enfermeira a criança/pais.

Na ausência da possibilidade de realizar a segunda sessão, perante o comportamento da mãe ao longo desta intervenção é possível dizer que a mesma saiu da consulta tranquila, menos ansiosa, compreendeu o processo de vacinação e referiu prontidão para a próxima consulta em harmonização com o esquema vacinal. Também referiu a necessidade de mudar o padrão de sono de ambas e a decisão do desmame noturno com objetividade na melhoria dos hábitos de vida da Laura e no seu próprio desempenho do papel parental.

5. CRIANÇA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Criança em idade escolar admitida no serviço de Urgência com sintomatologia provável de uma Apendicite.

5.1. Enquadramento teórico

Caso clínico:

Ariana (nome fictício) recorre ao serviço de urgência por dor abdominal e diminuição do apetite em evolução desde manhã do próprio dia, acompanhada pela sua mãe Elisabete (nome fictício). Desconhece alergias, sem antecedentes pessoais relevantes, no entanto, já tem registo no processo clínico de episódios semelhantes recorrentes. Apresenta moderada palidez cutânea, com uma postura curvada, de defesa da dor abdominal, não consegue localizar especificamente o quadrante, refere que é generalizada no abdômen, de intensidade cinco (Escala Visual Analógica) contínua, tipo moedeira e por vezes tipo cólica.

Solicitado exame complementar de diagnóstico, ecografia abdominal e pélvica, pelo que fica em pausa alimentar. Puncionada com cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda para colheita de sangue para estudo analítico e administração de paracetamol endovenoso conforme prescrito, que surtiu efeito, referindo a Ariana diminuição da dor abdominal para intensidade dois. Fez colheita de urina por jato médio, sem alterações. Estudo analítico sem alterações, a ecografia descartou sinais de apendicite, e revelou presença de fezes em grande quantidade e timpanismo. Após administração de dois laxantes retais que surtiram efeito para fezes duras em moderada quantidade e libertação de flatos em grande quantidade, refere melhoria significativa, sorridente sem referir dor. Fornecido bolachas e chá que tolerou. Uma vez que a Ariana mantém um padrão intestinal irregular, com tendência para a obstipação, a pediatra solicita consulta de seguimento para estudo desta situação.

A conceção de cuidados foi realizada em contexto de urgência com a permanência da criança em observação, durante cinco horas.

Enquadramento Teórico:

Contexto Clínico:

O sistema de urgência tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes

(Ministério da Saúde, 2014). O objetivo é a receção, diagnóstico e tratamento das pessoas que sofreram qualquer tipo de trauma ou que apresentem doenças súbitas, necessitando assim de um atendimento imediato a nível hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O cuidar nas áreas da pediatria, especialmente em contexto de urgência, coloca desafios ao enfermeiro, pela exigência do rápido atendimento às necessidades da criança, ao mesmo tempo o acolher de forma cativante e educar as crianças e famílias neste tipo de contexto de stress. Apesar das intervenções de enfermagem serem maioritariamente relacionadas com a avaliação dos processos corporais, o EEESIP deve gerir os medos das crianças em contexto de urgência, recorrendo a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro, afetuoso e de relação de ajuda com a criança e família (Vaz & Trigo, 2020).

Criança em Idade escolar:

O período do ciclo de vida compreendido dos seis aos doze anos de idade possui uma variedade de designações não consensuais, uma que vez a partir dos dez anos, existe a controvérsia se ainda é idade escolar ou início da adolescência. Fisiologicamente a idade escolar tem início com a queda dos primeiros dentes e termina com o início da puberdade e, com a aquisição da dentição permanente (Hockenberry et al., 2019). A plataforma e4nursing delimita o segmento de vida que se estende desde os seis aos 10 anos de idade por infância escolar. Uma fase marcada pelo ambiente escolar com uma enorme influência, um impacto significativo no desenvolvimento e nas relações interpessoais. Etapa em que começam a adquirir controle dos sistemas corporais, a experiência de separação por períodos cada vez mais prolongados, dos seus pais e o consequente desenvolvimento cooperativamente, com outras crianças e adultos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A intervenção do EEESIP em contexto de urgência, na fase em idade escolar, deve observar a relação existente entre a criança e os seus pais, para avaliar o grau de participação, atitudes, habilidades e técnicas na integração do papel parental dos pais com os filhos. Esta fase é marcada pelo aumento gradual da independência, mas continuam a necessitar de restrições nos seus comportamentos, pois ainda não estão preparadas para lidar com os problemas do contexto ambiental (Hockenberry et al., 2019).

Dor Abdominal na criança:

A dor abdominal recorrente é uma queixa de infância habitual que leva muitas crianças a recorrerem aos serviços de saúde. A dor abdominal pode ser atribuída, entre outras, a condições disfuncionais, incluindo obstipação, retenção crónica de fezes, ingestão excessiva de alimentos, cólon irritável e gases intestinais com intensificação da motilidade intestinal ou dismotilidade (Hockenberry et al., 2019). A sintomatologia de uma dor abdominal tem origem multifatorial e é importante avaliar os fatores que podem colocar uma criança em risco para esta condição. Assim, incluem: disfunção ou perturbação somática; estilo de vida e hábitos, como rotinas, dieta e ritmo de vida; temperamento e padrões de resposta apreendidos como o estilo de

comportamento e personalidade da criança e o meio e eventos críticos (Hockenberry et al., 2019). A gestão terapêutica é direcionada para a exclusão da causa orgânica da dor, para o alívio do desconforto e para a determinação da situação que leva a esta dor.

Neste tipo de casos clínicos, como o da Ariana, em que a causa da dor abdominal é atribuída a uma condição disfuncional como a obstipação, atribuída a estilo de vida, rotinas e dieta, a informoterapia é essencial para satisfazer as necessidades de conhecimento da criança e da família. Neste sentido, a intervenção do Enfermeiro Especialista tem como objetivo, mudar comportamentos, facilitando e contribuindo para a vivência de uma transição saudável (Magalhães, 2013).

O enfermeiro deve instruir a criança e a família para uma dieta rica em fibras e enfatizar o treino intestinal, a criança deve ser incentivada após o pequeno-almoço, ir ao w/c durante 10 a 15 minutos, devido ao aumento da atividade do cólon após as refeições. Como medidas não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor, entre outras, pode usar uma almofada de aquecimento para diminuir o desconforto abdominal e quando necessário é indicado utilizar supositórios intestinais estimulantes para induzir a defecação (Hockenberry et al., 2019).

Transições desenvolvimental e saúde/doença:

A enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, quando interfere com a saúde ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 1986). Um processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, como conseqüente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que o vive (Kralik et al., 2006). Cabe ao Enfermeiro o papel de proporcionar ao indivíduo o adquirir de novas competências, nomeadamente novos conhecimentos e/ou capacidades para conseguir vivenciar este processo.

A Ariana está a vivenciar duas transições, que ocorrem em simultâneo, do tipo desenvolvimental: idade escolar e saúde-doença por apresentar intercorrências de doença devido à tendência para a obstipação. Pode-se então dizer que o padrão das transições é múltiplo em simultâneo e não relacionados.

Quanto à Elisabete (mãe da Ariana) está a vivenciar a transição do tipo desenvolvimental relacionada com a parentalidade da filha em idade escolar e, com a situação de doença. O seu papel parental na mudança do estilo de vida da Ariana é crucial, na mudança de hábitos de vida que favoreçam o trânsito intestinal regular e assim diminuir, o risco de obstipação. O pai não é referido neste processo, uma vez que no episódio de urgência apenas estava presente a mãe, e toda a intervenção de enfermagem foi realizada à mesma para promover a vivência de uma transição saudável em família.

Entre as propriedades da transição, a consciencialização, manifestada pela Ariana e sua mãe, a necessidade de mudar comportamentos para promover um estilo de vida saudável. É

fundamental a envolvimento de toda a família nas alterações no cotidiano, a disponibilidade e o tempo de duração deste processo, bem como, os eventos críticos, dificuldades que vão surgir. É através dos indicadores de resultado que se consegue avaliar o decorrer da transição, se está a ser saudável ou não, se existe uma progressiva aquisição de conhecimentos e se desenvolve capacidade para realizar as mudanças necessárias, criando estratégias de coping para lidar eficazmente com o processo (Meleis et al., 2010). Uma vez que, este caso clínico é em contexto de urgência não é possível, avaliar a continuidade deste processo. Nestes casos, o EE deve informar da importância dos CSP e referenciar, para um acompanhamento próximo, identificando as necessidades que podem surgir, no sentido de uma intervenção adequada.

5.2. Clientes

Cliente

Escolar | Idade: 8 anos | Feminino

Mãe/Pai

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Figura parental principal: mãe.

08-12-2023 21:00 - Número de outros filhos: 0.

08-12-2023 21:00 - Papel parental partilhado.

08-12-2023 21:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

08-12-2023 21:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-08 21:00:00	Paracetamol 10mg/ml 368 mg Endovenoso	2023-12-09 01:00:00
2023-12-08 21:00:00	Citrato de sódio 270mg/3ml + Laurilsulfoacetato de sódio 27mg/3ml (2) Retal	2023-12-09 01:00:00

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Paracetamol** (Infarmed, s.d.)

Grupo medicamento: Antipirético e analgésico;

Indicações terapêuticas: Tratamento sintomático de febre e/ou dor ligeira a moderada;

Efeitos indesejáveis: São raros a muito raros. Estão descritas doenças hematológicas, reações alérgicas a nível da pele e pancreatite após utilização prolongada.

Modo de administração: Via Endovenosa;

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa, propacetamol ou a qualquer um dos excipientes;

Cuidados de enfermagem associados: Cálculo do dosagem de paracetamol de acordo com o peso da criança; perfundir em bomba perfusora em 15 minutos; No caso da Ariana o paracetamol é como analgésico para a dor abdominal e a via de administração é endovenosa. Após perfusão do paracetamol entre 20 a 30 minutos reavaliar a dor da Ariana, para verificar o seu efeito.

- **Citrato de sódio 270mg/3ml + Laurilsulfoacetato de sódio 27mg/3ml** (Infarmed, s.d.)

Grupo medicamentoso: Laxante de contato;

Indicações Terapêuticas: Tratamento sintomático da obstipação retal ou reto-sigmoideia; encopresis; obstipação associada a cirurgia (uso pré e pós operatório); preparação do reto e sigmoide para exames endoscópicos.

Mecanismo de atuação: evacua o reto e o cólon através dum processo de peptização das matérias fecais. Este mecanismo consiste essencialmente num fenómeno físico-químico em que há libertação da água presente, mesmo nas fezes mais duras e conseqüente liquefação das mesmas. Este fenómeno a nível molecular causa um amolecimento das fezes proporcionando uma defecação suave sem afetar a mucosa e sem causar quaisquer reações locais ou sistémicas. O efeito pretendido ocorre entre 5 a 20 minutos.

Modo e via de administração: retirar a tampa da cânula ou quebrar o selo da cânula; comprimir, ligeiramente, a bisnaga até aparecer uma gota na extremidade da cânula. Após introduzir a cânula no reto, comprimir completamente a bisnaga e retirar a cânula, mantendo a bisnaga comprimida.

Efeitos indesejáveis: como em relação a todos os medicamentos do género, um uso prolongado pode originar sensação de queimadura anal e excepcionalmente rectites congestivas.

Contraindicações: se tem alergia (hipersensibilidade) às substâncias ativas ou a qualquer outro componente do laxante de contato. Tome especial cuidado com o laxante e não deve usar em caso de pressão hemorroidária, fissuras anais ou retais e colites hemorrágicas.

Cuidados de Enfermagem associados: solicitar à Ariana que se deite em posição lateral para facilitar a aplicação da cânula retal e solicitar que relaxe; incentivar após a aplicação do medicamento que circule um pouco, para não ir de imediato para o w/c e eliminar assim o líquido, não deixando atuar como o desejado.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Promover adesão: regime de nada pela boca [FIM]

09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador.

08-12-2023 21:00 - *Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca [Agora (Durante os procedimentos de diagnóstico e resultado do mesmo)]* [FIM]

09-12-2023 01:00

Sondas, Drenos e Cateteres

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Cateter venoso periférico

08-12-2023 21:00 - Localização do cateter venoso periférico

08-12-2023 21:00 - Mão Esquerda(o)

08-12-2023 21:00 - Características do dispositivo: CVP calibre 24G.

08-12-2023 21:00 - Ausência de dor.

08-12-2023 21:00 - Ausência de calor.

08-12-2023 21:00 - Ausência de rubor.

08-12-2023 21:00 - Ausência de tumefação.

08-12-2023 21:00 - Ausência de exsudado.

08-12-2023 21:00 - Ausência de infiltração.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Durante o episódio de Urgência]* [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

08-12-2023 21:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

08-12-2023 21:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

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

- **Regime de nada pela boca:**

Na avaliação das crianças em contexto de urgência é habitual os pediatras solicitarem exames complementares de diagnóstico, sendo que alguns requerem cuidados de preparação para os exames. Na dor abdominal, vômitos, distensão abdominal, icterícia da pele e mucosas e massas palpáveis entre outras, está indicado solicitarem a realização da ecografia abdominal, para a visualização dos órgãos do sistema gastrointestinal (fígado, vesícula biliar, aorta abdominal, pâncreas, baço, rins, pâncreas, intestino e bexiga) (Mendes & Soares, 2018). Deve ser realizada após jejum, na expectativa de reduzir o conteúdo gastrintestinal e promover distensão adequada da vesícula biliar, proporcionando uma melhor visualização. O jejum recomendado para as crianças nesta situação é de quatro a seis horas. Esta prática pode ser muito desconfortável e pouco tolerada, deixando as crianças com fome podendo ficar bastante irritadas, comprometendo a qualidade do exame e causando preocupação aos pais (Rabelo et al., 2009). Neste sentido, habitualmente crianças com dor abdominal recorrente, ficam em pausa alimentar para realização da ecografia abdominal até confirmação de diagnóstico e exclusão de apendicite. Caso se confirme apendicite a criança terá que realizar apendicectomia, e neste caso necessitará de restrição de alimentos sólidos e líquidos antes da cirurgia para evitar a aspiração durante a anestesia (Hockenberry et al., 2019).

No caso clínico da Ariana quando chegou ao serviço de urgência, a mãe refere que a filha está com diminuição do apetite e não tinha conseguido realizar a última refeição, pelo que não se aguardou o intervalo das quatro a seis horas, solicitando apenas que a mesma ficasse em pausa alimentar, até realizar a ecografia e o relatório da mesma.

- **Cateter venoso periférico:**

A cateterização venosa periférica é um procedimento clínico amplamente utilizado para a administração intravenosa de medicamentos, fluídos, nutrientes e componentes sanguíneos (Parreira et al., 2020). A inserção e manutenção do cateter venoso periférico deve ser realizada pelos enfermeiros, de acordo com as recomendações e diretrizes internacionais reconhecidas para a prática de enfermagem. Nestas diretrizes, encontram-se descritas as normas que devem ser seguidas no que respeita à seleção do local de inserção e calibre do cateter venoso periférico, bem como os procedimentos específicos para a sua manutenção e remoção (Alexandrou et al., 2018; Bishop et al., 2007 como citado em Parreira et al., 2020). No caso clínico da Ariana escolheu-se perante a idade e o calibre da veia para administrar a terapêutica, o cateter venoso periférico calibre 24G, com os procedimentos inerentes, para a manutenção do mesmo.

5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
08-12-2023 21:00	Sensações somáticas	
08-12-2023 21:00	Apetite	
08-12-2023 21:00	Eliminação intestinal	
08-12-2023 21:00	Eliminação urinária	
08-12-2023 21:00	Pele e mucosas	
08-12-2023 21:00	Padrão alimentar	
08-12-2023 21:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
08-12-2023 21:00	Infância escolar	
08-12-2023 21:00	Atitudes terapêuticas	09-12-2023 01:00
08-12-2023 21:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
08-12-2023 21:00	Sistema respiratório	
08-12-2023 21:00	Sistema cardiovascular	

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

- **Sensações somáticas:**

A dor na sua manifestação aguda, é um dos principais motivos de recurso aos cuidados de saúde por parte da população em geral (Batalha, 2022). É " uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos" (International Association for the Study of Pain, como citado em Batalha, 2022, p. 3). A dor recorrente é definida como episódica e repetitiva. Os episódios de dor repetem-se num período de pelo menos três meses. Em crianças a síndrome de dor recorrente inclui a cefaleia de tipo enxaqueca, a dor episódica de células falciformes, a dor abdominal

recorrente e a dor recorrente nos membros (Hockenberry et al., 2019). A avaliação da dor com recurso a um instrumento adequado e o seu controlo eficaz, apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades da criança e jovem (DGS, 2013b). A quantificação da dor é considerada cientificamente correta quando feita através de escalas validadas para o efeito. Saber quantificar a dor na criança é considerado o primeiro passo para o seu correto tratamento (Batalha, 2022). O uso de uma escala de avaliação é a forma mais segura para medir a dor, adequada às características da criança (idade, capacidade cognitiva e contexto clínico) (Pontes, 2014). Atendendo às características da Ariana, usou-se uma escala de autoavaliação, recomendada a partir dos quatro anos como sendo um método de avaliação fiável e segura (Batalha, 2022). A escala de autoavaliação usada foi a Escala Visual analógica aplicada a crianças a partir dos seis anos (Direção Geral de Saúde, 2010). Consiste numa linha horizontal ou vertical com 10 cm de comprimento, em que numa das extremidades está assinalada a classificação “Sem dor” (zero) e na outra a classificação “Dor máxima” (dez). É pedido à criança que assinale a intensidade da sua dor. A intervenção terapêutica está preconizada quando a intensidade da dor se situar entre três e dez (Pontes, 2014). A Ariana referiu uma dor de grau cinco, foi administrado paracetamol por via intravenosa pelo acesso venoso periférico.

- **Apetite:**

O apetite caracteriza-se por uma sensação de desejo de satisfazer as necessidades do organismo em nutrientes ou um tipo específico de alimentos (ICN, 2019). Geralmente as doenças agudas acompanham-se de um breve período de anorexia. Outros dos sintomas que pode acompanhar a dor abdominal são as náuseas e os vômitos, o que diminui diretamente o apetite (Hockenberry et al., 2019). Segundo a mãe da Ariana, desde que iniciou o quadro de dor abdominal, o apetite da filha diminuiu, não conseguindo manter o seu padrão alimentar habitual.

- **Eliminação urinária e intestinal:**

Nas crianças muitas infeções urinárias são assintomáticas ou atípicas na apresentação clínica, podendo manifestar dor abdominal ou no ângulo costovertebral (dor no flanco) (Hoeman, 2011) pelo que a recolha de urina para sua avaliação é necessária. A Ariana fez recolha de urina por jato médio, após cuidados de higiene, para análise laboratorial, para descartar a hipótese de infeção urinária.

Quando existe um compromisso da eliminação intestinal, este pode ser apresentado através de incontinência, obstipação e diarreia (Hoeman, 2011). Normalmente a obstrução intestinal aguda é caracterizada por dores abdominais, distensão abdominal e alterações nos padrões intestinais, como a obstipação. A dor é causada pelas contrações musculares intermitentes proximais à obstrução quando o intestino tenta movimentar o conteúdo ao longo do trajeto normal. Também poderá ser devido a uma distensão abdominal que resulta da acumulação de gás e fluídos. Consoante a distensão abdominal, o abdómen poderá ficar extremamente sensível, rígido e firme (Hockenberry et al., 2019). A ecografia abdominal da Ariana, revelou presença de fezes em grande quantidade e timpanismo. O padrão de eliminação intestinal da Ariana, consiste na emissão de fezes em dias alternados, em pequena quantidade e consistência em sílabas.

- **Pele e Mucosas, sistemas respiratório e cardiovascular:**

O triângulo de avaliação pediátrica é uma ferramenta de diagnóstico criada pela Academia Americana de Pediatria para avaliar rapidamente a condição de uma criança doente ou ferida. Esta ferramenta consiste na avaliação (visual e auditiva) da aparência, trabalho de respiração e circulação da pele. Num serviço de urgência pediátrica o uso triângulo de avaliação pediátrica é primordial, pois permite uma rápida avaliação inicial, pela impressão geral da criança, estabelece a gravidade da apresentação e a categoria da fisiopatologia, e determina o tipo e urgência da intervenção. A aparência (tónus, interatividade, consolabilidade, olhar e discurso da criança) é o componente mais importante ao determinar a gravidade da doença ou lesão. Avaliar o trabalho da respiração exige escutar cuidadosamente para ouvir sons anormais audíveis das vias aéreas e a circulação da pele reflete a perfusão geral do sangue em todo o corpo da criança. O profissional deve observar a cor e o padrão de cor da pele e das mucosas (Fernandez et al., 2017).

Uma das manifestações de dor aguda na criança é através da coloração da pele e as suas características, entre as quais: palidez ou rubor; diaforese e sudação palmar. A dor abdominal manifesta-se entre outros sintomas, pela palidez marcada na criança (Hockenberry et al., 2019). Como respostas fisiológicas da dor aguda na criança, observa-se variações dos sinais vitais: aumento da frequência cardíaca, da pressão sanguínea, e uma respiração rápida e superficial (Hockenberry et al., 2019).

- **Infância Escolar e Padrão Alimentar:**

Durante a idade escolar, as crianças adquirem competências cognitivas acrescidas que lhes permitem tomar decisões acerca dos comportamentos de saúde que escolher e seguir. No final deste período, as crianças devem ser capazes de assumir a responsabilidade pessoal do cuidado próprio nas áreas de higiene, nutrição, exercício, recreação, sono e segurança. Uma vez que, a Ariana tem oito anos de idade e a idade escolar compreende entre os seis e dez anos de idade, assume-se que a mesma está a meio deste período, portanto a desenvolver as responsabilidades referidas anteriormente (Hockenberry et al., 2019).

Relativamente à nutrição as crianças em idade escolar desenvolvem um estilo de alimentação cada vez mais independente e menos influenciado pelo controle parental, por isso é importante inculcar às crianças e aos seus pais o valor de uma dieta equilibrada para a promoção do crescimento saudável. O estilo de alimentação fica a mercê da influência dos meios de comunicação e a imensa variedade de "comida de plástico", começando os snacks a substituir o consumo de fruta, frutos secos e outros alimentos saudáveis de comer com os dedos. As crianças precisam de educação no que respeita à seleção alimentar e à importância de nutrientes energéticos, em oposição à ingestão de calorias vazias (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Cabe ao EEESIP educar para a saúde, uma componente crucial dos cuidados de saúde abrangente através de uma aprendizagem e modelação orientada.

- **Comportamentos de Ligação mãe/pai - filho:**

A ligação mãe/pai - filho nesta faixa etária enfrenta novos desafios, com a entrada na escola e o

alargamento de horizontes relacionais (grupos de pares, pessoal docente da escola), assim o enfermeiro deve ter como foco de atenção nesta fase, as necessidades emocionais da criança, como o amor, a segurança emocional, a disciplina, a independência e a autoestima (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Os pais das crianças em idade escolar começam a partilhar o tempo e os interesses deste, com o cada vez mais importante, o grupo de pares. À medida que a criança sente a necessidade de se integrar num grupo de pares, afasta-se das relações próximas do grupo familiar. É por via destas relações precoces com o grupo de pares que as crianças se preparam para passar de relações familiares estreitas e protegidas para um mundo mais vasto de relações e uma independência acrescida (Hockenberry et al., 2019). O objetivo dos cuidados parentais nesta fase de crescimento dos filhos é desenvolver a responsabilidade. Neste ponto o papel do Enfermeiro é muito importante no sentido de perceber quando em contato com a criança e a mãe/ pai o tipo de relação existente entre ambos nesta faixa etária, analisar o grau de independência que a criança já apresenta para adequar os cuidados. No caso da Ariana, ainda no início do desenvolvimento da faixa etária, a educação para a saúde ainda é muito dirigida à mãe, mas, no entanto, já foi solicitada a sua atenção e o sentido de responsabilidade, para quando está na escola adequar o seu estilo de vida às necessidades de saúde.

- **Atitudes terapêuticas e Sondas, drenos e cateteres:**

Já realizado nos aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, a sua relação com o quadro teórico deste caso clínico.

5.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Manifesta dor.

08-12-2023 21:00 - Dor

08-12-2023 21:00 - Localização da dor

08-12-2023 21:00 - Abdómen

08-12-2023 21:00 - Intensidade da dor - 5.

08-12-2023 21:00 - frequência da dor - contínua.

08-12-2023 21:00 - duração da dor - aguda.

08-12-2023 21:00 - dor de tipo - cólica.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da dor

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da dor [Continuamente;]

08-12-2023 21:00 - Diminuir dor

08-12-2023 21:00 - Gerir analgesia [SOS]

08-12-2023 21:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]

08-12-2023 21:00 - Executar massagem [SOS]

08-12-2023 21:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

08-12-2023 21:00 - Promover papel parental especial: gestão da dor

08-12-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-12-2023 01:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

08-12-2023 21:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

[RESOLVIDO] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente [Agora] [FIM]

09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora] [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [Agora e em sos] [FIM] 09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Apetite

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Ingeriu parte das refeições.

08-12-2023 21:00 - Apetite diminuído.

08-12-2023 21:00 - Paladar conservado.

08-12-2023 21:00 - Apetite comprometido [RESOLVIDO] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Agora (Após diagnóstico estabelecido e resolução da dor abdominal)] [FIM] 09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

09-12-2023 01:00 - Apetite conservado [MELHOROU].

09-12-2023 01:00 - Paladar conservado [MANTEVE].

Sistema respiratório

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

08-12-2023 21:00 - Ritmo respiratório regular.

08-12-2023 21:00 - Movimento respiratório simétrico.

08-12-2023 21:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

08-12-2023 21:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

08-12-2023 21:00 - Sem adejo nasal.

08-12-2023 21:00 - Saturação do oxigênio no sangue

08-12-2023 21:00 - Periférico(a): 100 %.

08-12-2023 21:00 - Coloração da mucosa: rosada.

08-12-2023 21:00 - Não comunica falta de ar.

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

09-12-2023 01:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

09-12-2023 01:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

09-12-2023 01:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

09-12-2023 01:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

09-12-2023 01:00 - Sem adejo nasal.

09-12-2023 01:00 - Saturação do oxigênio no sangue

09-12-2023 01:00 - Periférico(a): 100 %.

09-12-2023 01:00 - Coloração da mucosa: rosada.

09-12-2023 01:00 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Localização do Pulso

08-12-2023 21:00 - Antebraço Direita(o)

08-12-2023 21:00 - Frequência do pulso: 95 pulsações por minuto.

08-12-2023 21:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

08-12-2023 21:00 - Pulso rítmico.

08-12-2023 21:00 - Pulso simétrico.

08-12-2023 21:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

08-12-2023 21:00 - Membro superior Direita(o)

08-12-2023 21:00 - Pressão sanguínea sistólica: 100 mmHg.

08-12-2023 21:00 - Pressão sanguínea diastólica: 61 mmHg.

08-12-2023 21:00 - Temperatura das extremidades

08-12-2023 21:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Agora (Após resolução da dor abdominal)] [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Agora (Após resolução da dor abdominal)] [FIM] 09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Localização do Pulso

09-12-2023 01:00 - Antebraço Esquerda(o)

09-12-2023 01:00 - Frequência do pulso: 85 pulsações por minuto.

09-12-2023 01:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

09-12-2023 01:00 - Pulso rítmico.

09-12-2023 01:00 - Pulso simétrico.

09-12-2023 01:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-12-2023 01:00 - Membro superior Direita(o)

09-12-2023 01:00 - Pressão sanguínea sistólica: 90 mmHg.

09-12-2023 01:00 - Pressão sanguínea diastólica: 57 mmHg.

09-12-2023 01:00 - Temperatura das extremidades

09-12-2023 01:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Eliminação intestinal

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Ausência de dejeções.

08-12-2023 21:00 - Número de defecações por semana: 3.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Agora (Após administração do laxante retal)]

08-12-2023 21:00 - Obstipação

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da obstipação [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da obstipação [Agora] [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Promover eliminação intestinal

08-12-2023 21:00 - Planear dieta [Após resultado dos exames complementares de diagnóstico]

08-12-2023 21:00 - Planear eliminação intestinal [Agora]

08-12-2023 21:00 - Gerir hidratação [SOS]

08-12-2023 21:00 - Promover papel parental especial: gestão da obstipação

08-12-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-12-2023 01:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-12-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-12-2023 01:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

08-12-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de exercício: facilitador.

09-12-2023 01:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

08-12-2023 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-12-2023 01:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador [MELHOROU].

08-12-2023 21:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime dietético

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético [Agora]

08-12-2023 21:00 - Ensinar mãe/pai sobre regime dietético [Agora]

08-12-2023 21:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso [Agora]

08-12-2023 21:00 - Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso [Agora]

08-12-2023 21:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal [Agora]

08-12-2023 21:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal [Agora]

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da obstipação [Agora]

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Fezes: em pequena quantidade.

09-12-2023 01:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com síbalas.

09-12-2023 01:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

Eliminação urinária

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Urina em moderada quantidade.

08-12-2023 21:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

08-12-2023 21:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

08-12-2023 21:00 - Transparência da urina: Límpida.

08-12-2023 21:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

08-12-2023 21:00 - Sem globo vesical.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da eliminação urinária [FIM] 09-12-2023 01:00

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x neste episódio de urgência] [FIM] 09-12-2023 01:00

Pele e mucosas

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Durante o episódio de Urgência]

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Padrão alimentar

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Número de refeições diárias: 5.

08-12-2023 21:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

08-12-2023 21:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

08-12-2023 21:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão

alimentar.

08-12-2023 21:00 - Déficit de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

08-12-2023 21:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

08-12-2023 21:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

08-12-2023 21:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Durante o episódio de Urgência]

09-12-2023 01:00

09-12-2023 01:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

Infância escolar

08-12-2023 21:00

08-12-2023 21:00 - Infância escolar

5.7. Especificação das intervenções

Gerir hidratação

- Incentivar a ingestão de líquidos reforçada, para provocar o amolecimento das fezes;

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar tipo de relação entre a Elizabete (mãe) e a Ariana;
- Observar a comunicação e a interação entre a mãe e a filha;
- Vigiar sinais de alarme da ligação mãe - filha;

Planear dieta

- Fornecer uma ceia leve (água e bolacha Maria à Ariana após resolução da dor abdominal, para testar tolerância alimentar

Ensinar mãe/pai sobre regime dietético

- Explicar a mãe a constituição de uma dieta saudável: realizar entre 5 a 6 refeições por dia; refeições com as proporções dos alimentos indicada pela roda dos alimentos;
- Explicar a mãe a necessidade diária de ingerir fruta e vegetais;
- Explicar a mãe sobre a necessidade de ingestão hídrica, ingerir água ao longo do dia;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético

- Questionar a mãe da Ariana sobre como deve ser uma dieta rica em fibras;
- Questionar a mãe da Ariana sobre a constituição das refeições respeitando as proporções da roda dos alimentos;
- Questionar a mãe da Ariana sobre vegetais e fruta que a filha deve ingerir;
- Questionar a mãe da Ariana sobre a importância da ingestão hídrica adequada;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime medicamentoso

- Questionar a mãe da Ariana sobre o que é um supositório estimulante intestinal;

- Questionar a mãe da Ariana sobre a aplicação do supositório estimulante intestinal;
- Questionar a mãe da Ariana sobre quando deve aplicar o laxante;

Ensinar mãe/pai sobre regime medicamentoso

- Explicar à mãe em que consiste um laxante de contacto;
- Explicar à mãe em que situações está indicado o laxante de contacto;
- Explicar à mãe como se aplica o laxante de contacto e quanto tempo está previsto para o efeito desejado;

Otimizar cateter venoso periférico

- Administrar 3 ml de cloreto de sódio a 0.9%

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Desinfetar o local de inserção do cateter venoso periférico com clorexidina a 2%;
- Colocar penso esterilizado de proteção;
- Colocar bionectur no cateter venoso periférico;
- Desinfetar o bionectur sempre que manipular o cateter venoso periférico com clorexidina a 2%;

Executar massagem

- Solicitar à Ariane que tente relaxar;
- Realizar massagem abdominal, no sentido dos ponteiros do relógio e descompressão dos pontos mais dolorosos da região abdominal;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente

- Questionar a mãe da Ariana sobre como se faz a massagem abdominal;
- Questionar a mãe da Ariana sobre a necessidade do movimento da filha, para promover o funcionamento intestinal;
- Questionar a mãe da Ariana sobre se usa medidas de distração com a filha para a distrair do foco da dor;

Avaliar evolução da dor

- Questionar à Ariana sobre o tipo de dor, localização, duração e intensidade;
- Quantificar a dor da Ariana, através da escala de visual analógica;
- Observar o comportamento da Ariana face à dor antes e após administração do analgésico;

Gerir analgesia

- Administrar o analgésico (paracetamol) via endovenosa;
- Avaliar a eficácia do analgésico no controle da dor;
- Vigiar presença de dor na Ariana e respectiva gestão do analgésico;

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

- Explicar à mãe como efetuar massagem abdominal, para promover o trânsito intestinal (aplicar almofada calor local; massajar o abdômen com movimentos circulares no sentido dos ponteiros do relógio; pressionar os pontos mais dolorosos do abdômen e

posteriormente massajar);

- Explicar à mãe sobre a necessidade de movimento da filha para promover o trânsito intestinal;
- Explicar à mãe técnicas não farmacológicas de alívio da dor: distração com outra tema/atividade de preferência da Ariana;

Planejar eliminação intestinal

- Explicar à Ariana depois da aplicação do laxante retal, que deve sustentar o medicamento na ampola retal por um período de tempo;
- Incentivar o movimento (andar no corredor do serviço de urgência);
- Explicar a sensação de evacuar e ir para o WC estando lá algum tempo eliminando fezes e flatos;

Ensinar mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal

- Explicar à mãe o padrão da eliminação intestinal desejado;
- Explicar à mãe a importância de vigiar o padrão intestinal da Ariana, para diminuir o risco de obstipação;
- Explicar à mãe sobre o treino intestinal: diariamente solicitar que a Ariana sente na sanita 10 a 15 minutos após o pequeno almoço para estimular a defecação;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da eliminação intestinal

- Questionar a mãe da Ariana sobre o padrão intestinal da filha;
- Questionar a mãe da Ariana sobre a importância da supervisão do padrão intestinal da filha;
- Questionar a mãe da Ariana sobre a necessidade do funcionamento intestinal da filha para saber como atuar em caso de dor abdominal;

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Vigiar presença de sinais de extravasamento durante administração do analgésico endovenoso;

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Vigiar local de inserção do cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda da Ariana;
- Vigiar presença de rubor, dor, calor no local do cateter venoso periférico;

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Reavaliar a frequência cardíaca da Ariana sem dor abdominal

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Reavaliar a tensão arterial á Ariana sem dor abdominal

Avaliar evolução da obstipação

- Observar presença de fezes após medidas não farmacológicas (massagem abdominal e solicitar movimento à Ariana que se ande) e medidas farmacológicas (laxante retal);

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Realizar massagem abdominal na Ariana;

- Incentivar o movimento, andar no corredor do serviço de urgência para estimular os movimentos intestinais com administração do laxante retal;
- Solicitar ajuda da mãe na técnica da distração, falar de outro assunto com a Ariana enquanto aguarda o efeito do laxante retal;

Posicionar para aliviar a dor

- Ensinar a adotar posição anti-álgica, enquanto as medidas farmacológicas atuam;

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor

- Verificar se a mãe da Ariana adota as medidas de gestão da dor;

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a coloração da pele e mucosas;
- Observar sinais de desidratação através da pele;
- Observar a integridade da pele;

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Observar as fezes da Ariana após esta ter evacuado, com administração do laxante retal;
- Observar quantidade, consistência, coloração e cheiro da fezes;

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Observar a presença e as características da urina (cor, límpida ou presença de sedimento, cheiro);

Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Questionar a Ariana a presença da dor abdominal;
- Questionar a Ariana após administração do laxante retal, sobre o desconforto abdominal que tinha devido à presença de fezes e aerocolia;
- Questionar a Ariana se tem apetite;
- Oferecer alimentos à Ariana para ingerir;
- Avaliar a tolerância alimentar;

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da obstipação

- Verificar se a mãe da Ariana adota um regime dietético que promova o trânsito intestinal;
- Verificar se a mãe da Ariana adota um plano de exercício físico com a filha para promover o trânsito intestinal;

Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca

- Indicação à Ariana de não poder ingerir nada via oral até indicação da Pediatra/Enfermeira;
- Vigiar adesão da Ariana a esta indicação;

5.8. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa a este caso clínico está organizada em cinco aspectos que orientaram a conceção de cuidados e a ação do enfermeiro com o cliente em Idade Escolar/Mãe, as prioridades, os dados relevantes para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar e os resultados esperados, os contributos das intervenções face aos diagnósticos e o estabelecimento do timing de avaliação do objetivo final.

Prioridades:

Neste caso clínico, em contexto de urgência, os cuidados de enfermagem estão centrados no problema de saúde/doença que traz a Ariana a este serviço, na identificação do motivo para a dor abdominal, na melhoria da condição clínica da Ariana, na prevenção de futuras complicações e na promoção do papel parental especial da mãe para a adoção das alterações no estilo de vida da filha e dos cuidados necessários.

Na identificação da causa da dor abdominal da Ariana, e por já ser uma causa recorrente com vinda ao serviço de urgência, foi oportuno promover o papel parental especial da mãe na gestão da obstipação, o conhecimento sobre a necessidade da vigilância do padrão intestinal da filha, o regime dietético adotar, o regime medicamentoso e quando presente a dor, a sua gestão. Sendo esta uma situação que foi encaminhada posteriormente para consulta de pediatria para estudo da obstipação recorrente da Ariana.

Não realizei a avaliação do desenvolvimento físico e psicomotor quanto à fase da idade escolar, bem como, o conhecimento da mãe, devido ao contexto de urgência não proporcionar o momento adequado para esta avaliação, também pela condição de dor da Ariana que a impossibilitava de comunicar e pela ansiedade da mãe em perceber o que se passa com filha, não foi oportuno realizar essa recolha de dados. Num serviço de urgência pediátrica os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica cuidam da criança/jovem e família em situação de especial complexidade de acordo com triagem que identifica os problemas que levam à criança a este serviço (OE, 2010).

Dados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar" e os resultados esperados:

Perante uma criança/família com um problema de saúde que requer cuidados de enfermagem é fundamental avaliar o conhecimento da criança e dos pais face a esse episódio, para posterior identificação das necessidades de aprendizagem e adequação das intervenções de enfermagem. Neste sentido, identificada a causa para a dor abdominal da Ariana, presença de fezes em grande quantidade com um padrão intestinal irregular habitual, permitiu-me avaliar a necessidade de conhecimento da mãe sobre os cuidados a ter para diminuir este problema de saúde da filha. Assim, a mãe demonstrou disponibilidade para aprender, ao perguntar os

cuidados a ter no domicílio para regularizar o trânsito intestinal da filha e evitar esta situação extrema de dor.

Face ao potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre o alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas:

Dado: A mãe não sabe como intervir na situação de dor da filha e, quais os cuidados a adoptar para a sua minimização.

Critérios de resultado:

- A mãe verbaliza como gerir o episódio de dor;
- A mãe verbaliza como efetua uma massagem abdominal;
- A mãe incentiva a filha a caminhar para promover o funcionamento intestinal;
- A mãe verbaliza estratégias não farmacológicas de distração da dor (falar sobre assuntos preferidos da filha e reforçando positivamente a sua atitude);

Face ao potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre o regime dietético:

Dado: A mãe afirma que a filha não ingere legumes e fruta e bebe pouca água.

Critérios de resultado:

- A mãe tenha conhecimento sobre uma dieta rica em fibras, com refeições com as proporções de hortaliças e frutas adequada (uma dieta variada e com sopa tão necessária neste caso, para uma ingestão de legumes adequada) e ingestão de líquidos;
- A mãe promova e a ingestão de água ao longo do dia;

Face ao potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre o regime medicamentoso:

Dado: A mãe não ter laxante retal no domicílio e nunca ter usado;

Critérios de resultado:

- A mãe adquira o laxante retal na farmácia com a receita da prescrição médica que leva deste episódio de urgência;
- A mãe verbalize a função do medicamento, em que situações aplicar e qual a forma de administrar;

Face ao potencial da mãe para melhorar o conhecimento sobre a vigilância da eliminação intestinal:

Dado: a mãe não sabe há quantos dias a filha não evacuava e ter conhecimento das fezes serem habitualmente de consistência dura e em pequena quantidade;

Critérios de resultado:

- A mãe verbalize o padrão de eliminação intestinal normal;
- A mãe perceba a importância da vigilância do padrão de eliminação intestinal da filha;
- A mãe tenha conhecimento da frequência de defecações e características das fezes da Ariana;

Contributos das intervenções face aos diagnósticos:

Num primeiro momento de intervenção de enfermagem para a melhoria da condição clínica do cliente são utilizadas intervenções do tipo executar, planejar, posicionar, otimizar e gerir relacionadas com cateterização do acesso venoso periférico para administração da terapêutica e atuar na redução/eliminação da dor na criança, motivo que a trouxe ao serviço de urgência.

As intervenções do tipo avaliar possibilitam a avaliação e a vigilância sistemática da condição clínica do cliente. Permitem também determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados e a necessidade de adaptações de melhoria no processo de cuidar da criança.

As intervenções do tipo ensinar possibilitam através da informoterapia fornecer informação sobre as necessidades de conhecimento que a mãe apresenta, promovendo a integração fluída deste processo de transição, para a aquisição da mestria.

Estabelecimento do timing de avaliação do objetivo final:

O tempo de permanência da Ariana/mãe no serviço de urgência foi de aproximadamente cinco horas, sendo um timing muito reduzido para a avaliação de todas as intervenções estabelecidas no contato com esta criança e sua mãe. É imprescindível dar tempo à mãe para assimilar toda a informação e os ensinamentos realizados para colmatar as necessidades de conhecimento da mesma. Assim estabeleci como objetivo de avaliação final da minha intervenção, o compreender por parte da mãe a informação fornecida, solicitando que a mesma repetisse e também a concordância da Ariana, para a mudança dos seus hábitos alimentares e a vigilância da eliminação intestinal. No sentido da continuidade dos cuidados, a avaliação da assimilação das informações fornecidas e dos cuidados que a mãe tem que ter com a Ariana, na referência deste trabalho com outro enfermeiro na consulta de seguimento que ficou marcada para o estudo desta condição clínica da Ariana.

Enquanto EEESIP em contexto de urgência considero que a intervenção deve assentar numa rápida e adequada triagem, numa abordagem assertiva à criança e adolescente doente, no seu acolhimento e humanização. Adotar uma conduta que ajude a criança/jovem a sentir-se segura (o) num ambiente estranho, informando junto dos seus pais o funcionamento do serviço e de todo o processo que envolve o episódio de urgência, diminuindo a angústia e a ansiedade pelo desconhecido.

A sobrelotação dos serviços de urgência pediátricos interfere na eficácia que se pretende que exista no atendimento à criança/jovem em situação urgente (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Considero que enquanto futura Enfermeira Especialista a referenciação da criança/jovem para os cuidados de saúde primários e/ou regime de consulta é fundamental, uma vez que, na recolha de dados identifica-se outros problemas de saúde, que no decorrer do episódio de urgência não é possível a intervenção e o acompanhamento devido, sendo crucial referenciar para a continuidade dos cuidados.

6. CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

Criança em idade pré - escolar com Gripe (Influenza A) em contexto de internamento médico - cirúrgico

6.1. Enquadramento teórico

Caso Clínico:

Lara (nome fictício) com quatro anos de idade é admitida no serviço de internamento de pediatria na madrugada do dia 12/01/2024 com o diagnóstico de Gripe por Influenza A, acompanhada pela sua mãe Júlia (nome fictício). Apresenta febre com intervalo de tempo de seis a oito horas, rinorreia fluída, incolor e tosse produtiva em moderada quantidade que mobiliza, mas não expele, dor de garganta com odinofagia e recusa alimentar. Ficou internada para realizar fluidoterapia endovenosa conforme tolerância alimentar, controlo sintomático e em isolamento por gotícula. O internamento teve a duração de quatro dias com a permanência da mãe, recebendo diariamente videochamadas do pai Pedro (nome fictício) e da irmã Joana (nome fictício) de sete anos. Esta conceção de cuidados é realizada no primeiro dia (1ª sessão) e no penúltimo dia (2ª sessão) deste internamento.

Enquadramento Teórico:

Criança em idade pré-escolar:

A combinação das aquisições biológicas, psicossociais, cognitivas, espirituais e sociais durante o período pré-escolar, compreendido entre os três e cinco anos, preparam as crianças para a mudança mais significativa no seu estilo de vida: a entrada para a escola (Hockenberry et al., 2019). De acordo com Erikson, a principal tarefa de desenvolvimento é a aquisição do sentido de iniciativa, de competência e de autoconfiança na capacidade de alcançar o que deseja. O pensamento egocêntrico e mágico desta fase limita a sua capacidade de entender os eventos, perceber as experiências a partir de uma perspetiva autorreferenciada e sem uma preparação adequada, acerca de ambientes e experiências não familiares. As suas explicações fantasiosas a respeito desses eventos será mais exagerada do que a realidade dos factos (Sousa, 2009). A aquisição no desenvolvimento motor fino é evidente na crescente capacidade de manipulação da criança. Quanto à linguagem usam frases mais longas de quatro ou cinco palavras e utilizam-nas mais para passar uma mensagem. Seguem instruções simples, mas apenas uma de cada

vez. Respondem a questões descrevendo a ação apropriada, nesta fase pré-escolar o enfermeiro durante o internamento, por exemplo, questiona a criança, o que comeu? necessitando depois do auxílio da mãe para confirmar e caracterizar melhor a refeição ingerida. Quanto ao desenvolvimento social e ao grau de adaptação a novas situações, a intensidade da resposta emocional, a facilidade de distração, a persistência, o humor influenciará a forma como a criança responde a novas situações, como neste caso a hospitalização.

Hospitalização na Criança/Transição:

A doença é das primeiras crises que a criança tem de enfrentar e por vezes, a consequente necessidade de hospitalização, afastando-a da sua casa. Um evento difícil que representa uma série de ameaças reais e imaginárias para a criança e seus pais, já que se encontra num ambiente desconhecido muito diferente do seu ambiente habitual, que se apresenta como uma estrutura rígida, uma complexa divisão de trabalho com rotinas, canais de comunicação e normas reguladoras de funcionamento (Sousa, 2009). As experiências de hospitalização das crianças demonstram que o desconhecimento sobre o que se vai passar e a perda de controlo são geradores de stress. O medo da lesão física, da dor, dos procedimentos de enfermagem, da separação da família, do ambiente desconhecido, dos instrumentos e equipamentos invade qualquer criança e seus pais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Assim o EEESIP deverá ter sempre em conta, o seu alvo de cuidar a criança, com a sua natural dependência e o binómio criança/família centrado no cuidar em família e no conceito de cuidados atraumáticos. O planeamento das intervenções de Enfermagem deve assentar entre outros aspetos, na situação clínica da criança, bem como, nas características da família, identificar a estrutura e a sua dinâmica, fundamental para minimizar a separação da mesma. Neste caso clínico as videochamadas do pai e da irmã retratam este cuidado, uma vez que a Lara está em isolamento e não recebe visitas.

Apesar de a criança se encontrar hospitalizada, a lidar com uma transição saúde/doença, mantém as suas necessidades desenvolvimentais normativas para a faixa etária pré-escolar. Neste sentido, o EEESIP, deve intervir junto da criança e sua família, no sentido de auxiliar ambas a ultrapassar este processo de doença/hospitalização e promover ao mesmo tempo, a satisfação das necessidades normativas, identificar alterações precocemente e intervir de forma adequada, potenciando o desenvolvimento da criança (OE, 2010).

O processo de hospitalização interfere com a figura parental, exige adaptação a este novo contexto, acompanhamento e responsividade pelo processo de doença da filha, o cuidar das necessidades normativas características da faixa etária, e ao mesmo tempo, a gestão da vida familiar em casa, das rotinas diárias e da dinâmica familiar. Cabe ao enfermeiro auxiliar neste processo de transição que origina vulnerabilidade nos pais, facilitando a aprendizagem de novas habilidades, promovendo a sua autoconfiança e consciencialização deste processo (Ramos &

Barbiei-Figueiredo, 2020).

Gripe:

A maioria das doenças agudas na criança são infecciosas do trato respiratório, sendo a causa e a evolução influenciadas pela idade, condição de vida, problemas médicos preexistentes, assim como pelo clima (estação do ano) (Hockenberry et al., 2019). A gripe é uma doença comum da criança em idade pré-escolar e escolar. A gripe causada por um vírus respiratório (Influenza A, B, C) é transmitida de uma criança para outra por contacto direto (infecção com gotículas de grande dimensão) ou através de objetos recentemente contaminados por secreções nasofaríngeas. Os vírus humanos influenza A e B são os que provocam a epidemia de gripe sazonal a que chamamos época gripal (SNS, 2023).

O período de incubação do vírus da gripe A varia entre três a dez dias, com uma média de sete dias, durante o qual a contagiosidade é reduzida após dois dias sem febre (SNS, 2023). O vírus tem afinidade particular com as células epiteliais da mucosa do trato respiratório, destruindo o epitélio ciliado e provocando a hiperplasia do epitélio traqueal e brônquico, com edema associado (Hockenberry et al., 2019). As manifestações: tosse, rinorreia anterior, febre, mialgias, cefaleias e dor de garganta podem ser subclínicas leves, moderadas ou graves. Na maioria dos casos, a garganta e a mucosa nasal ficam secas, há uma tosse seca e uma tendência para a rouquidão, febre com início súbito e calafrios, acompanhada por rubor no rosto, fotofobia, mialgia, hiperestesia e por vezes, prostração.

O tratamento de crianças sem complicações, requer apenas tratamento sintomático com paracetamol ou ibuprofeno e reforço da hidratação. Em idade pediátrica perante quadros clínicos de gravidade ou agravamento progressivo, recomenda-se o tratamento com antiviral (administração do medicamento Oseltamivir) e investigação laboratorial da infeção pelo vírus da gripe (DGS, 2013c). O Enfermeiro deve apoiar a família na implementação de medidas de alívio dos sintomas, medidas de prevenção da propagação da doença para outros indivíduos e instruir os pais para o uso dos fármacos antivirais (Hockenberry et al., 2019).

6.2. Clientes

Cliente

Pré-escolar | Idade: 4 anos | Feminino

Mãe/Pai

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Figura parental principal: mãe.

12-01-2024 16:30 - Distância casa/hospital: 5 km.

12-01-2024 16:30 - Número de outros filhos: 1.

12-01-2024 16:30 - Filho(s) escolar.

12-01-2024 16:30 - Papel parental partilhado.

12-01-2024 16:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

12-01-2024 16:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-12 16:30:00	Glucose 50 mg/ml + Cloreto de sódio 9 mg/ml Solução Injetável Frasco 1000 ml (débito 56 ml/h) via intravenosa	2024-01-14 16:30:00
2024-01-12 16:30:00	Oseltamivir 75 mg cápsulas (dose prescrita 45 mg) via oral 12/12horas	
2024-01-12 16:30:00	Paracetamol 10mg/ml Suspensão Injetável Frasco 100 ml (dose prescrita 255 mg) via intravenosa SOS	
2024-01-12 16:30:00	Ibuprofeno 20 ml/ml Suspensão oral Frasco 200 ml (dose prescrita 127,5 mg) via oral SOS	

6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Glucose 50 mg/ml + Cloreto de sódio 9 mg/ml** (Infarmed, s.d.)

A solução Glicofisiológica pertence ao Grupo medicamentoso - Corretivos da volémia e das alterações Eletrolíticas, indicada na reidratação, como fonte de energia (caso clínico da Lara) e como veículo para preparo de outros medicamentos injetáveis compatíveis. Na infusão intravenosa, o cloreto de sódio fornece os iões essenciais (sódio e cloro) para manter a tensão osmótica do fluido e dos tecidos extracelulares, por sua vez, a glicose é um monossacarídeo que fornece uma fonte de energia.

Este medicamento é contraindicado em utentes com a função renal, cardíaca ou hepática comprometidas. A solução Glicofisiológica, especialmente em crianças, não deve ser infundida rapidamente, nem por períodos prolongados. O volume e a velocidade de infusão dependerão da necessidade individual de cada cliente e do parecer médico, considerando-se idade, peso,

condições clínicas e parâmetros laboratoriais. O uso excessivo ou a administração rápida de solução injetável de glicose em crianças de baixo peso pode causar aumento da osmolaridade e hemorragia.

No caso clínico da Lara esta solução Glicofisiológica foi administrada por via intravenosa regulada a quantidade e débito de infusão por bomba perfusora, adequada à idade ao peso da criança. Ao longo do internamento o volume desta solução foi diminuindo em função das necessidades basais, conforme tolerância alimentar.

- **Oseltamivir** (DGS, 2013c)

Grupo Medicamentoso: Antiviral;

Indicações Terapêuticas: doentes internados, que desenvolvem gripe à data ou no decurso do internamento; prevenção/minimização da evolução para doença grave e prevenção/minimização da transmissão da infeção a pessoas de risco; Recomenda-se iniciar terapêutica o mais precocemente possível, de preferência, nas primeiras 48 horas após o aparecimento dos sintomas; Em idade pediátrica o “o médico assistente deve ter em consideração a patogenicidade da estirpe em circulação e o quadro subjacente do doente para assegurar que existe um benefício potencial para a criança” (European Medicines Agency) sendo as doses recomendadas para este grupo etário.

Efeitos Indesejáveis: náuseas, vômitos e cefaleias; estes efeitos são menos frequentes quando administrado em simultâneo com alimentos;

Modo de administração: o fosfato de oseltamivir existe em cápsulas, que podem ser manipuladas para a obtenção de suspensão para administração por via oral;

Contraindicações: hipersensibilidade à substância ativa e aos excipientes;

Em idade pediátrica que necessite de dose inferior a 75 mg, recomenda-se o seguinte procedimento:

- Abrir cuidadosamente a cápsula vertendo o seu conteúdo num pequeno recipiente;
- Adicionar, com o auxílio de uma seringa graduada, 5ml de água. Agitar cerca de dois minutos;
- Retirar para a seringa a quantidade prescrita do medicamento;
- Num segundo recipiente adicionar à mistura uma pequena quantidade (uma colher de chá no máximo) de um produto alimentar doce adequado, para mascarar o sabor amargo, misturar bem;
- Administrar a totalidade do conteúdo deste segundo recipiente imediatamente após a sua preparação. Se permanecer alguma mistura no recipiente deitar uma pequena quantidade de

água e voltar a administrar.

- **Paracetamol** (Infarmed s.d.)

Grupo medicamento: Antipirético e analgésico;

Indicações terapêuticas: Tratamento sintomático de febre e/ou dor ligeira a moderada;

Efeitos indesejáveis: São raros a muito raros. Estão descritas doenças hematológicas, reações alérgicas a nível da pele e pancreatite após utilização prolongada.

Modo de administração: Via Endovenosa;

Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa, propacetamol ou a qualquer um dos excipientes;

Cuidados de enfermagem associados: Cálculo da dosagem de paracetamol de acordo com o peso da criança; perfundir em sistema próprio para bomba perfusora em 15 minutos; no caso da Lara nos dois primeiros dias como recusava engolir, pela odinofagia, em pico febril e também como analgésico, administrado via intravenosa, sem intercorrências.

- **Ibuprofeno** (Infarmed, s.d.)

Grupo medicamentoso: Analgésico e antipirético de segunda linha;

Indicações terapêuticas: para o tratamento sintomático de curta duração de dor ligeira a moderada; febre de diversas etiologias;

Efeitos indesejáveis: As reações adversas mais frequentemente observadas são de natureza gastrointestinal: Náuseas, dispepsia, vômitos, hematêmeses, flatulência, dor abdominal, diarreia, obstipação, melenas, estomatite aftosa, hemorragia gastrointestinal, exacerbação de colite e doença de Crohn;

Modo de administração: Via Oral;

Contraindicações: Não é recomendado a crianças com menos de cinco kg;

Cuidados de Enfermagem associados: administrar em SOS em caso de dor ou de febre, mas com o intervalo mínimo do último paracetamol de quatro horas.

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Regime de Isolamento

12-01-2024 16:30 - Características do regime de isolamento: Precauções de

transmissão por Gotículas.

14-01-2024 16:30 - Características do regime de isolamento: Isolamento de Gotícula.

12-01-2024 16:30 - Promover adesão: regime de isolamento

12-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre regime de isolamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento sobre regime de isolamento: facilitador [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de isolamento [Continuamente] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar sobre regime de isolamento [Agora e em SOS] [FIM] 14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da adesão ao regime de isolamento [Por turno]

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de isolamento

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento: facilitadora [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento [No próximo contacto] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre regime de isolamento [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de isolamento [Por turno]

Sondas, Drenos e Cateteres

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Cateter venoso periférico

14-01-2024 16:30 - Localização do cateter venoso periférico

14-01-2024 16:30 - Mão Esquerda(o)

14-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: CVP calibre 24G.

14-01-2024 16:30 - Ausência de dor.

14-01-2024 16:30 - Ausência de calor.

14-01-2024 16:30 - Ausência de rubor.

14-01-2024 16:30 - Ausência de tumefação.

14-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.

14-01-2024 16:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 16:30 - Localização do cateter venoso periférico

12-01-2024 16:30 - Mão Esquerda(o)

12-01-2024 16:30 - Características do dispositivo: CVP calibre 24G.

12-01-2024 16:30 - Ausência de dor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de calor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de rubor.

12-01-2024 16:30 - Ausência de tumefação.

12-01-2024 16:30 - Ausência de exsudado.

12-01-2024 16:30 - Ausência de infiltração.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Assegurar funcionamento do cateter

12-01-2024 16:30 - Otimizar cateter venoso periférico [Por turno]

12-01-2024 16:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Por turno]

12-01-2024 16:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

12-01-2024 16:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [3/3 dias]

12-01-2024 16:30 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

- **Regime de isolamento:**

O vírus (influenza A) transmite-se de pessoa para pessoa através de gotículas libertadas quando a pessoa infetada fala, tosse ou espirra ou por objetos recentemente contaminados por secreções nasofaríngeas (SNS, 2023). Em média desta doença dura cerca de sete dias, mas geralmente após dois dias sem febre a contagiosidade diminui. Assim, é necessário implementar o isolamento de gotícula no caso da Lara, explicando inicialmente em que consiste o isolamento, quais os cuidados a ter, equipamentos de proteção individual a usar e o circuito que envolve este isolamento. A admissão para um quarto de isolamento aumenta todo o stress normalmente associado à hospitalização. Envolve assim, separação das pessoas conhecidas, privação sensorial e a entrada de pessoas estranhas durante a hospitalização. A criança em idade pré-escolar tem dificuldade em compreender o motivo do isolamento, porque não consegue assimilar a relação causa e efeito, entre os micróbios e as doenças. Quando colocada em isolamento a explicação/preparação do meio envolvente é fundamental para a mesma sentir algum controlo. A compreensão do funcionamento do isolamento é limitada para as crianças,

por sua vez, são os pais que assumem esse cuidado. No entanto, é de extrema importância familiarizar a criança com os equipamentos de proteção individual, deixá-la brincar com as máscaras, luvas e batas (Hockenberry et al., 2019).

Nesta concepção de cuidados um dos objetivos assentou em promover a adesão da mãe ao isolamento, percebeu-se na recolha dos dados que a mãe tem algum conhecimento sobre este cuidado, mas é necessário melhorar, sendo o momento próprio para intervir. Inicialmente o enfermeiro transmitiu conhecimento à mãe sobre em que consiste o isolamento, quais os equipamentos de proteção individual, como usar corretamente e como todo este circuito funciona. Após a integração do conhecimento, avaliou-se a evolução do papel parental quanto à adesão ao regime de isolamento, questionando sobre o conhecimento apreendido e observando na prática como a mãe cumpre o funcionamento do isolamento, um cuidado necessário que a mesma teve de integrar, devido à doença da filha.

- **Cateter Venoso Periférico:**

Segundo o parecer Nº 6/ 2017 da OE, considera-se uma técnica invasiva, sendo de extrema importância a realização de procedimentos preventivos e de manutenção do acesso venoso na criança. As crianças doentes são particularmente suscetíveis à infeção, daí a importância atribuída à proteção contra a infeção como parte integrante dos cuidados de enfermagem na assepsia do procedimento (Hockenberry & Wilson, 2016). É da competência do enfermeiro a observação e monitorização de possíveis alterações no local onde se encontra inserido o cateter venoso periférico, sendo imprescindível para a prevenção de potenciais complicações para a saúde dos seus clientes (OE, 2017). A avaliação do local de inserção do CVP é primordial na identificação de sinais de complicações, por esse motivo, deverá ser realizada diariamente, por palpação (sem remover o penso) ou por observação, caso o penso seja transparente. Deste modo, deve-se remover o CVP, se apresentar sinais de infeção, se o cateter não estiver funcionante ou a cada 72 - 96h, para reduzir o risco de infeção e flebite (O'Grady et al. 2011).

Em contexto de internamento de pediatria, é da competência do EEESIP mobilizar recursos oportunamente, para cuidar da criança em situação de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens (Regulamento nº 422/2018 do Diário da República). Neste caso, proteger o cateter venoso periférico torna-se imprescindível, oferecendo operacionalidade à criança do local da punção venosa, no sentido da mesma desenvolver as suas atividades normativas do dia-a-dia em contexto de hospitalização, o banho, o vestir, o alimentar-se, entre outros, o brincar. Um dos princípios a respeitar nos cuidados pediátricos é o normalizar dos medos existentes que as crianças sentem nos procedimentos de enfermagem, devendo o enfermeiro ir de encontro às necessidades das crianças, determinadas pela sua condição clínica, nível de desenvolvimento e preferências individuais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-01-2024 16:30	Sensações somáticas	
12-01-2024 16:30	Apetite	
12-01-2024 16:30	Sistema respiratório	
12-01-2024 16:30	Sistema cardiovascular	
12-01-2024 16:30	Eliminação intestinal	
12-01-2024 16:30	Eliminação urinária	
12-01-2024 16:30	Pele e mucosas	
12-01-2024 16:30	Termorregulação	
12-01-2024 16:30	Sono	
12-01-2024 16:30	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
12-01-2024 16:30	Desenvolvimento psicomotor	
12-01-2024 16:30	Desenvolvimento físico	
12-01-2024 16:30	Infância pré-escolar	
12-01-2024 16:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-01-2024 16:30	Atitudes terapêuticas	

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

- **Sensações Somáticas:**

Durante a hospitalização pediátrica, a prevalência da dor aguda é muito elevada, seja devido à própria doença ou traumatismo, seja pelos procedimentos invasivos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Nesta conceção de cuidados este domínio foi identificado com o objetivo de caracterizar a dor da criança, uma vez que a condição patológica de Gripe por Influenza A, pode provocar dor de garganta, no caso da Lara odinofagia. O 5º sinal vital, deve ser avaliado de 8/8 horas " A frequência de avaliação da dor deve ser adaptada ao estado clínico do doente, realizando-se, no mínimo, uma vez em cada 8h" (DGS, 2012, p.3). A avaliação da dor deve ser concretizada em escala própria adequada à idade, estágio de desenvolvimento e situação clínica (Batalha, 2022). Atendendo às características da Lara, quatro anos, em idade pré-escolar, usei a escala comportamental FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability), que está indicada em crianças dos 2 meses aos sete anos de idade, incluindo a avaliação destes cinco indicadores, expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade (Batalha, 2022). Cada indicador é medido de zero a dois pontos, perfazendo uma pontuação total que varia entre zero e dez pontos. Neste caso clínico, a Lara apresenta uma dor de garganta de nível três, que coincidente com um pico febril é administrado paracetamol endovenoso, surtindo efeito positivo também como analgésico.

- **Apetite:**

Este domínio foi identificado devido à Lara apresentar recusa alimentar, pelo mal-estar generalizado característico deste processo patológico, e também pela odinofagia que apresenta, diminuindo o apetite e consecutivamente a ingestão alimentar. Na maioria dos casos de Gripe apresenta entre outras manifestações clínicas "mialgias e por vezes prostração" (Hockenberry et al., 2019, p.1313). A odinofagia é uma queixa mais frequente em crianças que já conseguem comunicar e explicam a dor na garganta, recusam ingerir alimentos por via oral. O apetite tem o status de sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de tipo particular de alimentos (ICN, 2019).

- **Sistemas respiratório e cardiovascular:**

Estes domínios foram identificados em função da febre que a Lara apresenta, uma vez que, em pico febril os valores de tensão arterial, frequência cardíaca aumentam, sendo necessário o seu controle posteriormente em apirexia. O sistema respiratório, pelo processo patológico da Gripe por Influenza A que origina tosse, presença de rinorreia e secreções, as vias nasais estreitas das crianças ficam facilmente obstruídas devido ao edema e exsudação das mucosas (Hockenberry et al., 2019), sendo importante a avaliação constante de dificuldade respiratória.

- **Eliminação urinária e intestinal:**

A vigilância da eliminação urinária, neste caso clínico, pela admissão da Lara no internamento com recusa alimentar, e conseqüente diminuição de aporte e respetivamente do débito urinário.

A eliminação intestinal devido ao processo patológico da Gripe por Influenza A que pode causar diarreia, sendo necessário vigiar o padrão intestinal da Lara, e também pelos efeitos secundários da terapêutica instituída.

- **Pele e Mucosas:**

"Componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural sem queratina na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, do nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato genitourinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos" (ICN, 2019). Selecionou-se este domínio pela observação da hidratação da pele e mucosas da Lara à admissão no serviço, uma vez que ficou hospitalizada essencialmente pela recusa alimentar. Durante a hospitalização esta observação é constante, pelo estado de hidratação, pela vigilância de uma possível reação alérgica à administração da terapêutica instituída e, pela vigilância da coloração da pele em picos febris, uma vez que, a febre de início súbito, é por vezes acompanhada de rubor do rosto ou pele marmoreada (Hockenberry et al., 2019).

- **Termorregulação:**

É definida na CIPE como um "processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal" (OE, 2018). Neste caso clínico um dos sintomas da Gripe por Influenza A é a febre, que se verifica no caso da Lara sendo admitida com febre, que mantém até ao penúltimo dia de internamento, diminuindo a frequência e valores temperaturas mais baixas ao longo da hospitalização. Tem alta clínica com 24 horas de apirexia.

- **Sono:**

O sono cumpre diferentes funções, permitindo o restabelecimento de vários sistemas como a recuperação da energia, a produção de hormonas e o combate às infeções (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O EEESIP deve vigiar o sono da criança, tendo em atenção aos fatores que possam perturbar o seu funcionamento normal, o ambiente estranho, o quarto e uma cama diferentes. Em idade pré-escolar a criança deve dormir 11 a 13 horas por dia.

- **Comportamentos de ligação mãe/pai - filho:**

Segundo a CIPE, "estabelecimento de uma ligação próxima entre a mãe/pai e filho" (OE, 2018a) torna-se imprescindível observar e aferir o tipo de relação de afetividade e responsividade da mãe/pai com a Lara. A doença infantil e a hospitalização são a maior fonte de stress e ansiedade para cada membro da família nuclear, em que o medo e a ansiedade com a gravidade da doença e a dor infligida à criança com o tipo de procedimentos envolvidos (Hockenberry et al., 2019) são constantes. É necessário a monitorização destes comportamentos na ligação entre mãe/pai - filho durante a hospitalização, para minimizar alterações na relação de ambos.

- **Infância pré-escolar e o Desenvolvimento físico e psicomotor**

Identificou-se o domínio da infância pré-escolar, uma vez que a criança desta conceção de cuidados se encontra nesta faixa etária, com as necessidades típicas da fase de desenvolvimento humano nela integradas.

O desenvolvimento físico, consiste na vigilância do crescimento, aferindo o correto e harmonioso crescimento de cada criança, detetando precocemente e sinalizando as situações de alarme e/ou risco (DGS, 2013a).

A criança é um ser em desenvolvimento, abrangendo diferentes domínios, tais como o psicomotor, o cognitivo, o emocional e o social (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) está integrada na avaliação que o enfermeiro realiza diariamente no internamento hospitalar, a observação das atividades normativas desta faixa etária, para identificação de alguma lacuna e, respetiva intervenção.

- **Sondas, Drenos e Cateteres**

Nesta conceção de cuidados a Lara necessita da introdução do cateter venoso periférico para realizar fluidoterapia devido recusa alimentar, bem como, a administração de

antipirético/analgésico via endovenosa, enquanto a criança não ingere nada pela via oral devido à odinofagia.

- **Atitudes terapêuticas**

A necessidade de isolamento devido à presença de uma doença infecciosa, a gripe por Influenza A, na qual o período de contágio define-se como o intervalo de tempo durante a qual o agente infeccioso pode ser transferido, direta ou indiretamente, de uma pessoa infetada para outra (Hockenberry et al., 2019).

6.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Manifesta dor.

12-01-2024 16:30 - Dor [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Localização da dor

12-01-2024 16:30 - Cavidade oral

12-01-2024 16:30 - Intensidade da dor - 3.

12-01-2024 16:30 - frequência da dor - contínua.

12-01-2024 16:30 - duração da dor - aguda.

12-01-2024 16:30 - dor de tipo - moedeira.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da dor

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da dor [8/8 horas e em SOS]

12-01-2024 16:30 - Diminuir dor [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Gerir analgesia [SOS (quando dor moderada ou superior)] [FIM]

14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Aplicar frio [SOS (ingestão de líquidos frios para facilitar a deglutição)] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS (em dor ligeira e como complemento de analgesia)] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental especial: gestão da dor [FIM]

14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

[RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente [No próximo contacto] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Agora e por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [SOS (quando dor presente)] [FIM] 14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

14-01-2024 16:30 - Determinar sinais de dor

14-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [Por turno]

Apetite

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Não ingeriu as refeições.

12-01-2024 16:30 - Apetite diminuído.

12-01-2024 16:30 - Paladar conservado.

12-01-2024 16:30 - Apetite comprometido [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Pequeno - almoço; Almoço; Lanche; Jantar e Ceia]

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do apetite [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do apetite [Pequeno - almoço; Almoço; Lanche; Jantar e Ceia] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [Agora] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Melhorar apetite [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Planear dieta [Antes das refeições para promover o apetite] [FIM] 14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Ingeriu a totalidade das refeições.

14-01-2024 16:30 - Apetite conservado [MELHOROU].

14-01-2024 16:30 - Paladar conservado [MANTEVE].

Sistema respiratório

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

12-01-2024 16:30 - Ritmo respiratório regular.

12-01-2024 16:30 - Movimento respiratório simétrico.

12-01-2024 16:30 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

12-01-2024 16:30 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

12-01-2024 16:30 - Sem adejo nasal.

12-01-2024 16:30 - Saturação do oxigénio no sangue

12-01-2024 16:30 - Periférico(a): 97 %.

12-01-2024 16:30 - Coloração da mucosa: pálidas.

- 12-01-2024 16:30 - Não comunica falta de ar.
- 12-01-2024 16:30 - Reflexo da tosse: presente.
- 12-01-2024 16:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.
- 12-01-2024 16:30 - Sons respiratórios: normais.
- 12-01-2024 16:30 - Secreções em pequena quantidade.
- 12-01-2024 16:30 - Secreções fluídas.
- 12-01-2024 16:30 - Secreções esbranquiçadas.

12-01-2024 16:30 - Limpeza da via aérea comprometida

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Antes das refeições e em SOS]

12-01-2024 16:30 - Melhorar limpeza da via aérea

12-01-2024 16:30 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Antes das refeições para efetuar a lavagem nasal e em SOS]

12-01-2024 16:30 - Executar lavagem nasal [Antes das refeições e em SOS]

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de infeção: facilitador [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de contaminação: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea [Antes das refeições e em SOS]

14-01-2024 16:30

- 14-01-2024 16:30 - Frequência respiratória: 24 ciclos/min.
- 14-01-2024 16:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
- 14-01-2024 16:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
- 14-01-2024 16:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
- 14-01-2024 16:30 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
- 14-01-2024 16:30 - Sem adejo nasal.
- 14-01-2024 16:30 - Saturação do oxigénio no sangue
 - 14-01-2024 16:30 - Periférico(a): 97 %.
- 14-01-2024 16:30 - Coloração da mucosa: rosada.
- 14-01-2024 16:30 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].
- 14-01-2024 16:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
- 14-01-2024 16:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].
- 14-01-2024 16:30 - Sons respiratórios: normais.

14-01-2024 16:30 - Secreções em pequena quantidade.

14-01-2024 16:30 - Secreções fluídas [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Localização do Pulso

12-01-2024 16:30 - Braço Direita(o)

12-01-2024 16:30 - Frequência do pulso: 110 pulsações por minuto.

12-01-2024 16:30 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

12-01-2024 16:30 - Pulso rítmico.

12-01-2024 16:30 - Pulso simétrico.

12-01-2024 16:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-01-2024 16:30 - Membro superior Direita(o)

12-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.

12-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea diastólica: 73 mmHg.

12-01-2024 16:30 - Temperatura das extremidades

12-01-2024 16:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades diminuída.

12-01-2024 16:30 - Coloração das extremidades

12-01-2024 16:30 - Membro superior: Coloração marmórea das extremidades.

12-01-2024 16:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [SOS (em pico febril)]

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Turno da manhã e em SOS]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Localização do Pulso

14-01-2024 16:30 - Antebraço Direita(o)

14-01-2024 16:30 - Frequência do pulso: 91 pulsações por minuto.

14-01-2024 16:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

14-01-2024 16:30 - Pulso rítmico.

14-01-2024 16:30 - Pulso simétrico.

14-01-2024 16:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-01-2024 16:30 - Membro superior Direita(o)

14-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea sistólica: 97 mmHg.

14-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

14-01-2024 16:30 - Temperatura das extremidades

14-01-2024 16:30 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

14-01-2024 16:30 - Coloração das extremidades

14-01-2024 16:30 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

14-01-2024 16:30 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Eliminação intestinal

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

12-01-2024 16:30 - Fezes: em moderada quantidade.

12-01-2024 16:30 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

12-01-2024 16:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

12-01-2024 16:30 - Número de defecações por dia: 1.

12-01-2024 16:30 - Número de defecações por semana: 7.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Por turno]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Fezes: em moderada quantidade.

14-01-2024 16:30 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

14-01-2024 16:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

14-01-2024 16:30 - Número de defecações por dia: 1.

14-01-2024 16:30 - Número de defecações por semana: 7.

Eliminação urinária

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Urina em moderada quantidade.

12-01-2024 16:30 - Cor da urina: âmbar.

12-01-2024 16:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

12-01-2024 16:30 - Transparência da urina: Límpida.

12-01-2024 16:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Por turno]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Urina em moderada quantidade.

14-01-2024 16:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

14-01-2024 16:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Pele e mucosas

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [SOS (em pico febril)]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Temperatura corporal periférica

12-01-2024 16:30 - Região axilar: 39.10 °C.

12-01-2024 16:30 - Hipertermia [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Sem horário e em SOS]

12-01-2024 16:30 - Promover termorregulação [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [Agora (neste pico febril) e em SOS] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Gerir antipirético [Agora e em SOS (febre presente)] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [No próximo contacto] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Agora e por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Agora e SOS (febre presente)] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Agora e por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia [SOS (quando febre presente)] [FIM] 14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Temperatura corporal periférica

14-01-2024 16:30 - Região axilar: 36.80 °C.

Sono

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Dormiu por períodos longos.

12-01-2024 16:30 - Sono reparador.

12-01-2024 16:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 11 Hora.

12-01-2024 16:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do sono

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do sono [1x Turno à noite]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Dormiu por períodos longos.

14-01-2024 16:30 - Sono reparador [MANTEVE].

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

12-01-2024 16:30 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Por turno]

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Durante a visita]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

12-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

12-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

12-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

12-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

12-01-2024 16:30 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [No turno da manhã e da tarde]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

14-01-2024 16:30 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Peso: 17.00 Kg.

12-01-2024 16:30 - Percentil do peso: P(50).

12-01-2024 16:30 - Comprimento/Altura: 102.00 cm.

12-01-2024 16:30 - Percentil do comprimento: P(15).

12-01-2024 16:30 - Índice de massa corporal: 16.34 Kg/m².

12-01-2024 16:30 - Percentil do índice de massa corporal: P(75).

12-01-2024 16:30 - Crescimento**12-01-2024 16:30 - Determinar evolução do crescimento**

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do crescimento [Na admissão da criança ao serviço de pediatria e de 3/3 dias no turno da manhã]

14-01-2024 16:30

14-01-2024 16:30 - Peso: 17.00 Kg.

14-01-2024 16:30 - Percentil do peso: P(50).

14-01-2024 16:30 - Comprimento/Altura: 102.00 cm.

14-01-2024 16:30 - Percentil do comprimento: P(15).

14-01-2024 16:30 - Índice de massa corporal: 16.34 Kg/m².

14-01-2024 16:30 - Percentil do índice de massa corporal: P(75).

Infância pré-escolar

12-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Infância pré-escolar [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30**12-01-2024 16:30 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais**

12-01-2024 16:30 - Alimentar cliente [SOS (na ausência da mãe)]

12-01-2024 16:30 - Dar banho [SOS (na ausência da mãe)]

12-01-2024 16:30 - Executar cuidados de higiene oral [SOS (na ausência da mãe)]

12-01-2024 16:30 - Vestir/despir [SOS (na ausência da mãe)]

12-01-2024 16:30 - Implementar medidas de segurança [Por turno]

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador [MELHOROU].

12-01-2024 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional da criança [RESOLVIDO] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança [No próximo contacto] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora.

14-01-2024 16:30 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

14-01-2024 16:30 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Por turno] [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança:

facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Promover papel parental desenvolvimental:

desenvolvimento infantil [FIM] 14-01-2024 16:30

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante a infância pré-escolar: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante a infância pré-escolar: facilitador [MANTEVE].

12-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar: facilitador.

14-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar: facilitador [MANTEVE].

6.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Observar a motricidade global (a criança movimenta-se sem dificuldade, levanta-se e deita-se sem ajuda);
- Observar a motricidade fina (constrói uma torre com 6 cubos; refere 4 cores básicas);
- Observar o comportamento e adaptação social da criança (demonstra alguma independência dos pais, interage com o meio/pessoas envolventes);
- Observar a linguagem e comunicação da criança (uma linguagem compreensível, sabe o nome, idade);
- Observar presença de sinais de alarme: hiperatividade; linguagem incompreensível, perturbação de comportamento, estrabismo ou défice visual);

Avaliar evolução do crescimento

- Monitorizar peso corporal;

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar comportamento de afetividade e responsividade;

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Vigiar a temperatura axilar da criança;
- Observar sinais de desconforto da criança (refere frio; alteração das características da pele (coloração, piloereção); adinâmica);

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Observar padrão respiratório (presença de tosse eficaz; presença de secreções; presença de obstrução nasal);
- Observar como fica a função respiratória da Lara após lavagem nasal;

Planear dieta

- Planear a dieta com os alimentos preferidos da criança e aumentar gradualmente na

consistência dos alimentos;

Implementar medidas de segurança

- Otimizar o ambiente físico;
- Quando a criança estiver na cama manter as grades da cama elevadas;
- Elevar a cabeceira do berço a 30º para facilitar a ventilação;
- Validar continuamente o acompanhamento dos pais junto da criança;

Avaliar evolução do apetite

- Questionar se tem apetite;
- Observar comportamento da Lara quando vê a comida;
- Observar se o apetite aumenta, quando não tem dor de garganta;

Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição

- Contatar Nutricionista para personalizar a dieta da criança a seu gosto;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança

- Questionar a mãe se adequa a ingestão nutricional ao estado de saúde/doença da filha;
- Questionar a mãe como deve adequar a ingestão nutricional em caso de doença;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Questionar a mãe da Lara qual o valor da temperatura corporal normal;
- Questionar a mãe da Lara qual o valor de temperatura que considera hipertermia;
- Questionar a mãe da Lara como vigia a temperatura corporal da filha;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor do cliente

- Questionar a mãe da Lara o que faz quando a filha tem dor;
- Questionar a mãe da Lara se usa a técnica da distração quando a filha tem dor;

Avaliar evolução da dor

- Observar a Lara através da escala de heteroavaliação de FLACC para quantificar a dor de garganta;
- Observar a face da criança (Nenhuma expressão ou sorriso; careta ocasional ou franzir de sobrelhas; careta constante com franzir de sobrelhas, maxilares cerrados e queixo trémulo);
- Observar os Membros inferiores (posição normal ou relaxadas; inquietas, agitadas e/ou tensas; com as pernas encolhidas ou aos pontapés);
- Observar a atividade (posição normal, movimenta-se facilmente; tenso, contorcendo-se; rígido ou arqueado, com movimentos bruscos);
- Observar o choro (ausência de choro acordado ou a dormir; queixas ocasionais com gemidos; choro persistente, gritos, queixas frequentes);
- Observar a consolabilidade da criança (relaxado, contente; distrai-se com toque ocasionais, abraços, conversas; difícil de consolar);
- Observar o comportamento da Lara antes e após administração de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor de garganta;

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

- Explicar a mãe a técnica da distração;
- Exemplificar com casos práticos (contar uma história que a criança goste; ouvir uma música que goste ou recordar algum momento feliz em família; visualizar fotos das últimas férias; fazer um jogo, etc.);

Aplicar frio

- Fornecer alimentos líquidos frios para facilitar a deglutição;

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Colocar a criança em decúbito lateral ou em decúbito ventral para promover a mobilização e posterior drenagem das secreções;

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar se o pai realiza as videochamadas para a filha com regularidade (analisar a dinâmica familiar);

Aplicar dispositivo de arrefecimento

- Adequar o vestuário da criança à sensação de frio e calor durante o pico febril tendo em conta o seu bem-estar;

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Analisar a frequência cardíaca e as suas características num momento de saúde da Lara (sem febre e sem dor);

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar a tensão arterial num momento de saúde da Lara (sem febre e sem dor);

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento

- Questionar a mãe da Laura o que é um isolamento (de gotícula);
- Questionar a mãe da Laura em que situações é necessário este isolamento;
- Questionar a mãe da Laura quais os equipamentos que deve usar de proteção individual;
- Questionar a mãe da Laura o circuito e o intervalo de tempo que deve manter o isolamento;

Ensinar mãe/pai sobre regime de isolamento

- Explicar á mãe o motivo do isolamento por gotícula;
- Explicar a mãe em que consiste o isolamento;
- Explicar a mãe quais os equipamentos que deve usar de proteção individual;
- Explicar a mãe o circuito e o intervalo de tempo que deve cumprir o isolamento;

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Aplicar a técnica da distração no momento das refeições, para facilitar a deglutição;

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

- Verificar se a mãe adequa a ingestão nutricional em situação de doença (alimentos preferidos, alteração da consistência e da temperatura dos alimentos e incentiva a

hidratação);

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor

- Verificar como a mãe gere o processo de dor na filha (neste caso odinofagia);
- Verificar se a mãe usa técnica de distração para a Lara focar-se em outra situação;

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea

- Verificar se a mãe sabe quando é necessário proceder à limpeza da via aérea;
- Verificar se a mãe sabe o procedimento de limpeza da via aérea;

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar as características da pele e das mucosas quando a febre está presente;
- Observar as características da pele e das mucosas em apirexia.

Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Observar se consegue ingerir alimentos;
- Questionar se tem odinofagia ao engolir;
- Observar como ingere os alimentos (progredindo na consistência: líquido-pastoso-sólido);

Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia

- Verificar se a mãe adequa a roupa da criança à sensação de frio/calor durante o pico febril;
- Verificar se mãe promove a hidratação após o pico febril;
- Verificar se mãe realiza uma gestão adequada da temperatura, evitando altos valores de temperatura;

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal

- Verificar se a mãe avalia a temperatura corporal com termômetro axilar;

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de isolamento

- Verificar se cumpre o isolamento, quanto ao circuito e o intervalo de tempo;
- Verificar se usa os equipamentos de proteção individual;

Executar lavagem nasal

- Posicionar a criança sentada e inclinada para a frente ou deitada em posição lateral;
- Preparar uma seringa com 10 ml de soro fisiológico 0.9%;
- Aplicar 5 ml em cada narina, quando a criança estiver deitada em posição lateral instilar na narina do lado oposto ao lado que está posicionada;
- Limpar o nariz;
- Repetir o procedimento antes das refeições e quando necessário;

Avaliar evolução de sinais de dor

- Observar comportamento da Lara;
- Observar existência de algum sinal de alarme de dor (Não brinca, chora, recusa comer, não dorme);

6.8. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa a este caso clínico está organizada em quatro aspetos que orientam a conceção de cuidados e a ação do enfermeiro com o cliente em idade pré-escolar/Mãe (não é feita referência ao pai devido a Lara estar em isolamento e não receber visitas), nos quais, as prioridades, os dados relevantes para os diagnósticos do tipo potencial para melhorar e os resultados esperados, os contributos das intervenções face aos diagnósticos e uma reflexão do EEESIP no contexto de hospitalização.

Prioridades:

Nesta conceção de cuidados os cuidados de enfermagem estão centrados na doença aguda da Lara que origina a hospitalização, no controlo sintomático e na resolução da recusa alimentar da mesma. Na continuidade do crescimento e desenvolvimento normativo da criança em idade pré-escolar, com o objetivo da prevenção de futuras complicações e na promoção do papel parental desenvolvimental e especial relacionado com as necessidades especiais transitórias, do processo patológico e da hospitalização.

Durante a prestação de cuidados priorizou-se o conforto da criança, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas, no controlo da temperatura e na resolução da odinofagia para permitir a ingestão por via oral. Desta forma, a intervenção na promoção do papel parental especial assenta na recuperação da saúde da Lara. Tendo em atenção, que a criança esteve em isolamento, na impossibilidade de receber visitas, priorizou-se a inclusão da família nuclear à distância por videochamada do pai e da irmã, para minimizar os efeitos do internamento.

Quanto ao desenvolvimento físico e psicomotor da Lara normativo desta faixa etária, verificou-se que a mãe tem o conhecimento e capacidade no desenvolvimento do seu papel parental quanto às necessidades de higiene e conforto, sono/repouso, segurança, vigilância e promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento infantil. Uma mãe que desenvolve o papel parental desenvolvimental pela segunda vez (tem outra filha em idade escolar) com conhecimento e responsividade. Apenas, verificou-se necessidade de intervir, sendo o momento certo, na melhoria do conhecimento sobre a ingestão nutricional da criança, em situações similares de doença aguda em que a mãe deve adequar e promover, uma dieta às necessidades da Lara.

Dados relevantes para os diagnósticos do tipo "potencial para melhorar" e os resultados esperados:

Neste caso clínico, a criança com Gripe por Influenza A, uma doença aguda viral que provoca febre, mal-estar generalizado com odinofagia e recusa alimentar, necessitando de hospitalização em isolamento. Assim esta conceção de cuidados é centrada no controlo destes

sintomas, no tratamento da odinofagia e na recuperação da ingestão alimentar por via oral. Igualmente foco de atenção da intervenção de enfermagem, a capacitação da mãe para cuidar da filha nesta situação especial de doença.

Face ao Potencial para melhorar conhecimento sobre o regime de isolamento:

Dado: A mãe tem conhecimento sobre o que é um isolamento, mas não sabe o seu funcionamento;

Critérios de Resultado:

- A mãe verbaliza o circuito do isolamento, o intervalo de tempo a aplicar;
- A mãe verbaliza os equipamentos de proteção individual a usar;
- A mãe sabe como colocar os equipamentos de proteção individual e como retirar;

Face ao Potencial da Mãe para melhorar o conhecimento sobre o alívio da dor usando medidas não farmacológicas:

Dado: A mãe refere que não sabe como ajudar a Lara a minimizar a dor, a odinofagia, para restabelecer a ingestão alimentar por via oral

Critérios de Resultado:

- A mãe gere o episódio de dor da Lara, aplicando a técnica da distração nos momentos da refeição;
- A mãe planeia uma dieta fracionada a gosto da Lara evoluindo consistência alimentar (líquida - pastosa - sólida) com alimentos frios;

Face ao Potencial da Mãe para melhorar o conhecimento sobre o controle da temperatura corporal:

Dado: Nos picos febris elevados da Lara com curto intervalo de tempo, a mãe refere ficar confusa no controle da temperatura corporal;

Critérios de Resultado:

- A mãe sabe intervalo de temperatura normal para uma criança;
- A mãe sabe a partir de que valor de temperatura é considerado hipertermia;
- A mãe percebe a curva da evolução da temperatura;
- A mãe consegue controlar a temperatura corporal, gerindo os antipiréticos e medidas de conforto para a criança em pico febril;

Face ao Potencial da Mãe para melhorar conhecimento sobre a ingestão nutricional da criança:

Dado: Mãe refere dificuldade em adequar a ingestão nutricional da Lara, quando está doente e/ou menos apetite;

Critérios de Resultado:

- A mãe adequa a dieta ao estado de saúde/doença da Lara;
- A mãe elabora uma dieta a gosto da criança, fracionada, evoluindo na consistência alimentar e na temperatura dos alimentos;
- A mãe promove a hidratação oral;

Contributos das Intervenções face aos diagnósticos:

As intervenções do tipo avaliar possibilitam a avaliação e a vigilância sistemática da condição clínica do cliente. Permitem também determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados e a necessidade de adaptações de melhoria no processo de cuidar da criança.

As intervenções do tipo planear, implementar, referenciar, aplicar, posicionar e executar com o objetivo de melhorar a condição clínica do cliente.

As intervenções do tipo ensinar possibilitam através da informoterapia fornecer informação sobre as necessidades de conhecimento que a mãe apresenta, promovendo a integração fluída deste processo de transição, para a aquisição da mestria.

Reflexão do Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica no contexto de hospitalização:

A máxima do EEESIP é cuidar da criança/ família, o natural binómio, em parceria com ambos, promotora da otimização da saúde e da parentalidade. A hospitalização na criança é um momento de stress, ansiedade e medo do desconhecido, cabe ao Enfermeiro intervir no sentido de minimizar esse impacto e normalizar o mais possível, o ambiente hospitalar. Entre as competências do EEESIP, implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança/jovem (Regulamento nº 422/2018 da OE), desde a admissão da criança ao momento da alta clínica, promoveu-se a evolução saudável do crescimento e desenvolvimento da Lara e preveniu-se complicações pós alta.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As práticas competentes englobam a noção de cuidados de enfermagem eficientes e a capacidade de julgamento clínico, desenvolvido em situações reais, nas quais as competências se manifestam pela capacidade de dar respostas de modo complexo e dinâmico (Benner, 2001). O desenvolvimento do modelo de competências em enfermagem, proposto por Benner (2001) tem aplicabilidade quando o enfermeiro já se encontra em contexto da prática clínica, remetendo-nos para o âmbito da prática profissional e do estágio de natureza profissional.

A competência vai para além do saber-fazer, da prática clínica automatizada, implica o uso criterioso da comunicação, do conhecimento, das habilidades técnicas, do raciocínio clínico, das emoções, dos valores e da capacidade de refletir sobre a prática para o benefício individual e da equipa (Camelo & Angerami, 2013). Neste sentido, num processo pluridimensional e no contexto do referido estágio pretende-se desenvolver as competências comuns do EE e específicas do EEESIP.

Na atualidade, os cuidados de enfermagem assumem uma maior importância e exigência técnico-científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019). Essa exigência técnico-científica sustenta-se em evidência científica, que constitui a base da aprendizagem e do conhecimento atual e pertinente, facilitando a tomada de decisão e promovendo a investigação e consequente, a melhoria da qualidade das práticas clínicas desenvolvidas pelo EE.

Ao longo do percurso formativo, intrínseco ao MESIP, adquiriram-se as competências transversais e comuns do EE, ou seja, as "demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento nº 140/2019 do Diário da República, p.4745).

Reconhece-se ao EEESIP competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados especializados na área de atuação, na enfermagem de SIP, tendo por base o modelo conceptual centrado no binómio criança e família como beneficiário da prestação de cuidados. Neste sentido são múltiplos os contextos, nos quais exerce funções, dos quais se destacam: instituições de saúde hospitalares e de cuidados de saúde primários, hospitais, escolas, domicílio, centradas na finalidade de promover o mais elevado estado de saúde desse binómio (Regulamento nº 422/2018). E as competências específicas desenrolam-se "das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido

para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas " (Regulamento nº 140/2019 do Diário da República, p.4745).

Neste capítulo através da descrição das atividades concretizadas e de uma análise reflexiva, ao longo dos quatro contextos de estágio de natureza profissional: UCIN, UCSP, SUP e Serviço de internamento pediátrico, apresenta-se a reflexão sobre as atividades desenvolvidas durante a realização desse estágio para a aquisição das competências comuns do EEE e específicas do EEESIP.

7.1. Competências Comuns do EEE:

Os domínios das competências comuns do EE, propostos pela OE (2019) são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Inicialmente, descreve-se cada domínio, as competências e as respetivas unidades de competência tendo por base os critérios de avaliação, cuja estrutura se torna facilitadora das atividades desenvolvidas e/ou reflexão crítica.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O EEE “desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia em Enfermagem”, competência que inclui as seguintes unidades de competências: “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade; avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4746).

O ensino clínico de natureza profissional foi pautado pelos princípios éticos, normas legais e deontologia profissional, respeitando os direitos da criança, jovem e família, mantendo a consciência da responsabilidade profissional exigida e a reflexão sobre as práticas diárias, com o objetivo de exercer a "profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2015c, p.78).

Nesse contexto, realizou-se uma prática de cuidados com base no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro no que se reporta ao objetivo de prestar cuidados à criança/jovem, são ou doente, desde o nascimento até aos 17 anos e 365 dias, e aos grupos sociais (por

exemplo, família, escola) em que ele está integrado, “de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015b, p.99).

Durante a prestação de cuidados de enfermagem, nos contextos hospitalares e de cuidados de saúde primários:

- realizaram-se intervenções autónomas e interdependentes;
- estabeleceu-se uma interação e relação de ajuda com a criança/jovem, família, grupos escolares e comunidade;
- utilizou-se uma metodologia científica, expressa no registo documental das organizações de saúde e na plataforma educacional e4nursing, pela utilização da Ontologia em enfermagem (OE, 2015c).

No caso das crianças/jovens com grau dependência, em função da idade e do desenvolvimento cognitivo, respeitou-se a sua vulnerabilidade humana e integridade pessoal (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006, Artigo 8º), pela natural dependência dos seus pais, que possuem a responsabilidade de educar e assegurar o crescimento e desenvolvimento (UNICEF, 2019). Razão que justifica que no contexto hospitalar se tenha realizado uma prática de cuidados baseada no Modelo de parceria de Anne Casey e no de CSP, o modelo centrado na Família.

Respeitar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006, Artigo 3º) na prestação de cuidados ao binómio criança/família, considerando o interesse superior da criança foi o princípio subjacente às intervenções de enfermagem realizadas. Da mesma forma, reconheceu-se os direitos da criança/jovem, independentemente da “raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação” (UNICEF, 2019, p. 5). Exemplo disso, no contexto do estágio de natureza profissional, no SUP, face à criança imigrante indiana, considerou-se as particularidades da cultura, costumes e crenças espirituais e que a “saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano” (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2006, Artigo 14º) pelo que foram realizadas adaptações no que se reporta à alimentação e à permanência de ambos os pais junto da criança. Pode-se afirmar que ao longo do percurso formativo desenvolvido, em contexto clínico, foi assegurado o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos crianças/jovens e grupos (família e escolares) (OE, 2019a).

Acresce que durante a prestação de cuidados sempre que se estabeleceu contacto com a criança/jovem e sua família se incluiu:

- Como atividade de diagnóstico a observação/questionamento da interação entre eles, da acessibilidade aos cuidados essenciais como, higiene, alimentação, sono e repouso, exercício físico e segurança e da relação afetiva, amor e carinho, no sentido, tanto quanto possível, de uma intervenção antecipatória para garantir a segurança e a dignidade da criança/jovem, assumindo o dever de: salvaguardar os seus direitos e protegendo-as de qualquer forma de abuso (OE, 2015c Artigo 102º);

- O respeito pela tomada de decisão do cliente, através do assentimento ou consentimento (Ramos & Barbieri-Figueiredo,2020) e após a informação esclarecida. A este propósito, durante o estágio na UCIN, unidade promotora do aleitamento materno, face à recusa da mãe de amamentar o RN, existindo produção de leite materno foi necessário, entender se a tomada de decisão materna era orientada e fundamentada em conhecimento científico, facto verificado, estando a mesma consciente das implicações da sua decisão, já definida antes do nascimento do filho. Verificadas estas premissas, absteve-se de ajuizar e impor critérios ou valores diferentes aos da mãe (OE, 2015c), demonstrando respeito pela sua escolha, após reflexão sobre a tomada de decisão (OE, 2019a).

Da análise sobre os contextos, onde se realizou os estágios de natureza profissional, constatou-se a existência de uma preocupação pela humanização dos cuidados, e sempre se teve presente a responsabilidade sobre a sua consecução, pelo que ao prestar cuidados, se deu atenção à criança/jovem como um ser único e indissociável, inserida numa família e numa comunidade, proporcionando o desenvolvimento máximo das suas potencialidades (OE, 2015b, artigo nº 110). De forma individualizada atendeu-se o binómio criança/jovem - família com cortesia, simpatia, compreensão e respeito, promovendo o estabelecer de uma relação de ajuda, utilizando uma comunicação assertiva através do uso da objetividade, de ser direto e claro, do desenvolver da escuta ativa, do questionamento, do repetir da mensagem, da flexibilidade e de evitar julgar ou ajuizar. Neste sentido, demonstrou-se disponibilidade para explicar, esclarecer informação sobre as intervenções e procedimentos e assegurar as necessidades básicas de alimentação e de repouso, de organização familiar para a manutenção do acompanhamento do filho doente, entre outras.

Desta reflexão, consciencializou-se que o EE são pessoas que cuidam de pessoas, com o ideal moral que visa proteger e assegurar a dignidade humana (OE, 2015).

O EEE “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, competência expressa nas seguintes unidades de competências: “Promove a proteção dos direitos humanos; gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4746).

Em contexto de urgência, com ambientes lotados, pressão por parte dos pais no atendimento dos seus filhos, na concretização dos cuidados, aumenta o risco de erro no exercício

profissional. Cabe ao EE implementar medidas de prevenção e identificação de práticas de risco, organizar o trabalho no turno, em prol da segurança na prática, evitando incidentes e prevenindo intercorrências. O enfermeiro deve "analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam a mudança de atitude" (OE, 2015c, artigo 109º). Por falha entende-se de forma ampla o erro ou lapso, cabendo ao EE maior parte das vezes, responsável de turno, identificar a falha, solucionar o problema, identificar a causa do problema e providenciar estratégias, que previnam que este erro se repita.

No desenvolvimento do domínio de responsabilidade profissional, ética e legal salienta-se que a mobilização dos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos na unidade curricular de "Epistemologia e Ética em Enfermagem", revelaram-se cruciais para o seu aperfeiçoamento. Na elaboração deste relatório relativamente aos dados utilizados da ULS onde foi realizado o estágio, assegurou-se a confidencialidade e a segurança da informação escrita e uma não identificação dos clientes na conceção de cuidados apresentada no capítulo anterior, respeitando a privacidade dos mesmos, reforçando a aquisição das competências neste domínio.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A qualidade é considerada como uma das metas prioritárias em saúde e, igualmente dos cuidados de enfermagem. Os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros e centrados nas pessoas, respondendo às preferências, necessidades e valores dos indivíduos (OMS, 2020). Como estratégia importante quer na avaliação dos cuidados prestados, quer na mudança de comportamentos tem-se revelado importante, o uso de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

O EE "garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica", competência que se concretiza nas seguintes unidades de competências: "mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade" e "orienta projetos institucionais na área da qualidade" (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4747)

No que respeita à mobilização de conhecimentos, teve-se por base a proposta de avaliação da qualidade em saúde, de Donabedian (1978) em três pilares essenciais: estrutura, processo e resultado, por ser, ainda hoje, uma referência nesta área do conhecimento e utilizado por diversas organizações de saúde. Da caracterização dos contextos de estágio de natureza profissional, observou-se:

- Quanto à sua estrutura, as características mais estáveis e que permitiu que se observasse as

condições em que os cuidados eram prestados, dos quais se destaca: (1) recursos materiais (instalações, equipamentos e recursos financeiros), o SUP encontrava-se em instalações provisórias, imprimindo um ambiente de instabilidade, mas que de acordo com o plano de ação da ULS, constitui uma prioridade no orçamento, a curto prazo; (2) recursos humanos (quantidade, variedade e qualificação dos profissionais e pessoal de apoio), no que se reporta à equipa de enfermagem e à dotação segura, pela OE (2017) torna-se necessário o aumento do número de EEESIP; (3) estrutura organizacional (organização de enfermagem e outros profissionais, a existência programas de formação, ensino, pesquisa e investigação);

- Quanto ao processo que se refere ao conjunto de atividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente: o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação para a saúde do cliente. Neste sentido, compreendeu-se (1) a partir do facto dos quatro contextos clínicos de estágio pertencerem a uma ULS, a natureza das suas responsabilidades, as valências médicas e cirúrgicas que incluem, as relações de referenciação com instituições de outros grupos hospitalares; (2) o sentido da coordenação e continuidade da prestação de cuidados de saúde à população na sua relação com os CSP integrados na sua área de influência direta (Portaria nº 82/2014 do Ministério da Saúde); (3) a ULS possuir acreditação, pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems, ferramenta normativa que garante a qualidade dos serviços prestados, no que se reporta à acessibilidade, adequação e integração ao nível dos CSP, hospitalares e continuados ao longo do ciclo vital; (4) no diagnóstico situacional da adequação do uso de indicadores e instrumentos da avaliação dor em idade pediátrica, projeto de desenvolvimento profissional, facto que fundamentou a área de aprofundamento realizada e desenvolvida ao longo deste percurso formativo com a finalidade da melhoria da prestação de cuidados à criança e jovem com dor;

- Quanto ao resultado, este reflete as mudanças, no sentido desejável ou indesejável, que são provocadas no estado de saúde do indivíduo ou população. Os resultados incluem: mudança no estado de saúde, mudança nos conhecimentos adquiridos e nos comportamentos pelo cliente e familiares que podem influenciar a saúde futura e a satisfação dos mesmos com o atendimento recebido (Gomes, 2010). Ao longo do estágio de natureza profissional, constou-se a aquisição de indicadores de resultado de mestria, (Meleis, 2010), pelas intervenções terapêuticas de enfermagem implementadas, no âmbito do conhecimento e capacidades dirigidas à criança/jovem e família. Dá-se como exemplo, na UCIN, a capacitação dos pais para cuidarem do seu filho RNPT, durante o internamento e após alta clínica, no domicílio. E ainda, decorrente da implementação de atividades formativas, nos diferentes contextos de estágio, sobre “avaliação da dor em idade pediátrica” foi consensual nas equipas de enfermagem, a atualização dos conhecimentos nessa área e conseqüentemente a sua capacitação na avaliação da dor, com benefícios na qualidade de vida da criança/jovem e família.

O EEE “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; competência que se efetiva nas seguintes unidades de competência:

“avalia a qualidade das práticas clínicas; planeia programas de melhoria contínua; lidera programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4747).

Percebeu-se que a intervenção de enfermagem, nos diferentes contextos, era orientada por protocolos disponibilizados na plataforma QualitusWEB, com planeamento de revisão científica entre dois e quatro anos, permitindo uniformizar a prática de enfermagem. Neste sentido, crucial a consulta das normas e protocolos, como guias orientadores da prática clínica desenvolvida nos diferentes contextos e forma facilitadora da integração, da continuidade e do rigor dos cuidados prestados à criança/jovem e família. Ao que acresce, a formação na área da “avaliação da dor em idade pediátrica”. Nesta área nos quatro contextos clínicos, verificou-se a necessidade de objetivar a avaliação da dor em idade pediátrica na procura da melhoria contínua dos cuidados à criança/jovem. Ao longo deste percurso junto das equipas de enfermagem partilhou-se conhecimento sobre as diferentes escalas existentes no sistema informático dos registos de enfermagem, uniformizando a avaliação da dor na criança/jovem de acordo com a idade, estágio de desenvolvimento e situação clínica, sendo um objetivo da melhoria contínua dos cuidados.

O EE “garante um ambiente terapêutico e seguro” competência que se objetiva nas seguintes unidades de competência:” promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo” e “participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais”. (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4747-8).

Nesta análise, considerou-se que a segurança em saúde é uma prioridade na prestação de cuidados à criança/família (SPP, 2017), sendo por isso necessária a redução da lesão ao doente associada a erros e riscos na prestação de cuidados, nomeadamente, relacionados com sua identificação, comunicação entre profissionais, manuseamento e administração de terapêutica medicamentosa, intervenções de risco, infeções associadas aos cuidados de saúde, quedas e suas consequências.

Durante o estágio de natureza profissional manteve-se a segurança da criança/jovem de forma constante, na identificação da criança com especial enfoque, no SUP os pais, por vezes, retiravam a identificação aos filhos, por estes recusarem a pulseira identificativa, o uso das grades nos berços, orientação para a utilização correta do cinto de segurança nas babycoques e nos carrinhos de transporte prevenindo as quedas.

Os padrões de qualidade na área da especialidade de enfermagem de SIP evidenciam o potencial dos pais ou pessoa significativa e restantes membros da família na vida da criança, responsáveis pelo seu desenvolvimento nas distintas etapas, as transições normativas e acidentais, com influência direta no seu crescimento e bem-estar. Neste sentido, a esfera de ação do EEESIP consiste na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem,

com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida, nomeadamente comportamentos de risco (OE, 2017).

DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Este domínio inclui as competências do EE: “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, alcançada pelas unidades de competências: “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4748) e a “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, objetivada nas unidades de competências: “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e “adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4748-49).

A reflexão crítica sobre o seu desenvolvimento durante estágio de natureza profissional apresenta-se de forma conjunta, pois ambas contribuem para a gestão de cuidados operacional, ou seja, envolve o planeamento e a implementação de processos para a melhoria da qualidade de cuidados diretos e indiretos prestados à criança/jovem e família, considerando a sua realização e desempenho, sendo importante que o EEE os supervise tendo em conta os procedimentos e a política de saúde da organização (Barros et al., 2023).

Realça-se a oportunidade de aprendizagem na UCIN, associada ao facto de o EE Tutor possuir funções de colaboração na gestão do serviço, o que foi determinante para compreender a dinâmica e articulação da equipa de profissionais do serviço, bem como, o processo de tomada de decisão na área da gestão de cuidados de enfermagem. Nesse domínio, cabe ao EE avaliar e propor os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecer normas e critérios de atuação e respetiva avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior (OE, 2015b).

Nesta lógica, ao acompanhar o EE Tutor, na UCIN, colaborou-se na gestão dos recursos materiais de consumo clínico, hoteleiro e farmacêutico, realizando as respetivas solicitações e verificação de reposição de níveis de stock. Realização do plano de trabalho dos enfermeiros

previamente determinando o Enfermeiro Responsável, considerando a formação académica e profissional, ser EE e na sua ausência, a antiguidade no serviço. O que se articula com a dotação adequada de enfermeiros, que permite atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, através da dotação segura “disponibilidade, em qualquer altura, de uma quantidade apropriada de pessoal dotada de uma combinação adequada de níveis de competência, de forma a colmatar as necessidades de cuidados dos clientes, reduzindo o risco ao mínimo relativamente às condições de trabalho” Poeira, et al., 2018, p.1606).

No acompanhamento do EE tomou-se consciência da importância da comunicação e do trabalho de equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à criança/jovem e família. A comunicação é fundamental nas profissões na área da saúde, por implicar uma interação constante com os clientes e famílias e entre equipa de saúde, a diferentes níveis hierárquicos. No sentido, que a comunicação expressa necessidade, partilha experiências, coopera, descobre a essência e amplia a consciência profissional (Sequeira, 2021), seguramente que o debriefing após eventos críticos constitui uma das estratégias a adotar, por serem ações que ajudam a melhorar a comunicação, a definir responsabilidades, a clarificar o papel de liderança e a aprimorar competências não técnicas no desenvolvimento da performance da equipa (Greif et al., 2021). Durante o estágio no SUP, recorde-se que a sala de emergência se insere na urgência Médico-Cirúrgica e é partilhada com clientes adultos e idosos. Neste contexto teve-se a oportunidade de assistir, a uma parte de um debriefing de um caso clínico, que apesar de ser um doente adulto, permitiu assimilar a sua importância. No SUP, ainda não estava a ser utilizado, embora a equipa de enfermagem reconhecesse a necessidade da sua implementação para os incidentes positivos e negativos, por se considerar uma ferramenta promotora da comunicação entre a equipa, do desenvolvimento do pensamento crítico, do diagnóstico de situação, da tomada de decisão com implicações na melhoria contínua dos cuidados à criança/jovem e família.

As intervenções do enfermeiro variam de acordo com as “respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, 2015b, p.4), em prol da qualidade e segurança nos cuidados.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste domínio considera-se a competência “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, competência consubstanciada nas unidades de competências: “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e “gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4749)

Esta competência do EE remete para a componente emocional, tão importante quanto a técnico-científica. O autoconhecimento é fundamental, por permitir (re)conhecer

conhecimentos, capacidades e limites, na resposta diária à exigência de se trabalhar na área de SIP. Contextos clínicos cujo stress e desgaste emocional decorrem, por exemplo, do prognóstico de situações clínicas de crianças e jovens portadores de doença crónica e condições especiais, ansiedade e angústia dos familiares, a gestão das más notícias. Este estágio de natureza profissional, fomentou o autoconhecimento, no que se reportou à gestão de emoções, à identificação de fatores que interferem na relação com a criança/jovem e família e a equipa multidisciplinar, e à procura de estratégias de coping como: exercícios físicos, relaxamento, respiração consciente e momentos de contato com a natureza.

A consciência de ser enfermeiro está interligada com o dever de "assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional" e de "manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas"(OE, 2015c, artigo 100.º e 109.º). Estes factos sustentam o interesse pela aquisição e atualização de conhecimentos, procura da melhoria contínua da prestação de cuidados à criança/jovem e família, constituiu a motivação para a matrícula e frequência do MESIP, aliado aos doze anos de prática clínica, na área SIP. Neste percurso académico, consolidou-se o pensamento reflexivo e crítico sobre a tomada decisão e fortaleceu-se a conceção de cuidados, que constituem um pilar determinante na melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e pessoal.

O EE no desenvolvimento da competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” efetivada nas unidades de competências: “responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”; “suporta a prática clínica em evidência científica” e “promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, p. 4749-50).

A conceção de cuidados realizada nos quatro contextos clínicos, e que se exemplificou, neste relatório, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade crítico - reflexiva sobre a prática clínica fundamentada em evidência científica, cujas áreas temáticas de maior aprofundamento e que aqui se se destaca: investigação em enfermagem, Ontologia em Enfermagem, Teoria das Transições, Teoria do desenvolvimento infantil, Modelo de Parreira de Anne Casey, enquadramento legal da profissão, com especial ênfase da SIP, em Portugal e ainda, pesquisa bibliográfica sobre a relação entre escalas de avaliação da dor, idade e desenvolvimento. No sentido, da reformulação dos padrões e procedimentos, enfatiza-se a área de aprofundamento sobre a “avaliação da dor em idade pediátrica”, como já referido, do diagnóstico das necessidades formativas, em cada local de estágio, como se descreve posteriormente, nas competências específicas do EEESIP.

Neste enquadramento desenvolveu-se o papel de dinamizador e gestor da incorporação da

evidência científica, no contexto da prática de cuidados, no sentido de melhorar o potencial de conhecimentos e capacidades:

- Dos enfermeiros na intervenção: avaliar a dor da criança/jovem em idade pediátrica, proporcionando maior objetividade à avaliação e adequação do tratamento. As atividades, em contexto das práticas, desenvolvidas que contribuíram para a sua concretização foram: análise reflexiva com a equipa de enfermagem dos protocolos existentes e ações de formação para partilha de conhecimento;
- Da equipa de auxiliares de ação educativa sobre o tema "Como atuar em caso de Alergia?" no uso das canetas de adrenalina, no contexto da UCSP, no estágio integrado na UCC;
- Das crianças do 4º ano de escolaridade de duas turmas, sobre a "Gestão de emoções", também na referida UCSP, no estágio integrado na UCC.

Considera-se que estas experiências foram muito enriquecedoras, favorecendo a aprendizagem, destreza na intervenção junto de públicos-alvo completamente diferente que exigem desenvolvimento de capacidades específicas de comunicação e de interação, entre outras.

A análise realizada anteriormente, na aquisição das competências comuns do EE foi determinante na aprendizagem pessoal e profissional, nas mais diversas dimensões, na responsabilidade de descodificar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, para o avanço e melhoria contínua da prática de enfermagem.

7.2. Competências Específicas do EEESIP:

No que concerne às competências específicas do EEESIP, propostas pela OE (2018) incluem as competências: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e, presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. No sentido de continuidade, começa-se pela descrição das unidades de competência que lhe estão associadas, sendo guiadas pelos critérios de avaliação para orientar a análise crítico-reflexiva do seu desenvolvimento.

COMPETÊNCIA: ASSISTE A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

Esta competência do EEESIP integra a unidade de competência: "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem", da qual decorrem os seguintes critérios de avaliação: "Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; comunica com a criança/jovem e a família

utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados; intervêm em programas no âmbito da saúde escolar; apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais; Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193).

O envolvimento da família nos cuidados à criança/jovem é fundamental para estas, sentirem proteção e segurança do familiar significativo, mas também, para a família que acompanha, sentir maior tranquilidade, manter a vinculação e o papel parental, colaborando na promoção do bem-estar e do desenvolvimento do cliente pediátrico. O destinatário dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP é o binómio criança/jovem e família, pela sua natural dependência no início de vida que, progressivamente caminha no sentido da independência. O modelo de parceria de cuidados, preconizado nos contextos hospitalares e CSP, assentam na premissa, de que família e enfermeiros, em conjunto desenvolvem intervenções, orientados pelos enfermeiros em função de objetivos terapêuticos (Sousa et al., 2023) e com o intuito da manutenção da vinculação familiar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A parceria coloca desafios ao EEESIP, cujo padrão depende do tipo de serviço, da gravidade da situação clínica, da transição desenvolvimental da criança/jovem e dos pais.

A capacidade dos EEESIP para desenvolverem intervenções em parceria torna-se fundamental para alcançar os padrões de qualidade dos cuidados, preconizados pela OE (2017). O que justifica a importância da relação terapêutica e possibilita ao EEESIP adequar a conceção de cuidados em função da estrutura e do sistema familiar (DGS, 2013a), ajustando as intervenções autónomas de enfermagem, idade e estágio de desenvolvimento e cultura para obtenção de resultados mais eficazes. Para tal foi essencial, desenvolver com o binómio criança/jovem e família:

- A capacidade de negociação e aceitação compreendendo os fatores condicionadores do cuidado, ou seja, a fase de adaptação/aceitação da transição e a complexidade do estado clínico da criança/jovem. Razão pela qual, importa negociar os cuidados a realizar em parceria de acordo com os objetivos terapêuticos e segurança da criança/jovem. Para tal, é necessário manter a família informada, para se tornar parte integrante na tomada de decisão;

- Técnicas de comunicação e estratégias apropriadas que motivem a adesão a comportamentos potenciadores de saúde, através de uma ação sistemática e considerando todas as oportunidades, a rede de apoio e recursos comunitários. Estratégias culturalmente sensíveis, respeitando os valores, crenças, características socioculturais e linguísticas da criança/jovem e família. Pelo que o EEESIP deve procurar a oportunidade, ou seja o momento certo para intervir, para que o binómio adote comportamentos potenciadores de saúde; construir uma relação terapêutica assente na aceitação incondicional e autenticidade; demonstrar disponibilidade e permitir a expressão das vivências, de forma a planear conjuntamente os cuidados centrados nas expectativas e necessidades do referido binómio, sendo o objetivo o seu empoderamento e a promoção do autocuidado e/ou da mestria parental (OE, 2015a).

Neste sentido, vivenciou-se:

- Na UCIN, os RNPT encontravam-se em estado crítico, de intensa vulnerabilidade, permanentemente monitorizados, inúmeros dispositivos em redor, com diversos níveis na exigência dos cuidados e com o tempo de internamento de médio a longo. Fatores geradores de ansiedade aos pais que vivenciavam um papel parental especial, pelo confronto entre o filho idealizado e o filho real e ainda, pela necessidade de aprendizagem de conhecimentos e capacidades para prestar cuidados especiais ao RNPT. É primordial o uso de estratégias de controlo de ansiedade; gerir e articular a vida familiar extra-hospital. Ainda a título de exemplo, na prestação de cuidados a RN gémeos, verificou-se não ser o momento certo para intervir, no que se reportava a melhorar o conhecimento e capacidade sobre o papel parental especial, pelo estado debilitado de saúde da mãe e pelo facto do pai estar centrado na recuperação da esposa. Assim, após a adaptação dos pais à nova realidade foi o momento certo para intervir, para alcançar a autonomia no cuidado aos seus RN gémeos.

- Na SUP, as crianças/jovens na sua maioria vivenciavam uma transição saúde/doença, na fase aguda da doença, apresentavam sintomatologia de gravidade variável, cujo fator concorrente para o foco de atenção/diagnóstico de enfermagem de ansiedade eram os procedimentos invasivos e o ambiente hospitalar. Na perspectiva dos pais, acresce para esse mesmo foco/diagnóstico de enfermagem, o tempo de espera, por vezes prolongado, do diagnóstico médico e o tempo de ausência do meio familiar. Nesta realidade vivenciou-se, a comunicação da necessidade de hospitalização da criança, facto que por ser inesperado, desencadeia estado de ansiedade, que torna os pais incapazes de captar a informação imprescindível na parceria de cuidados, assim sendo, é necessário aguardar pelo momento certo, no internamento de pediatria, sendo imprescindível a referenciação à equipa de enfermagem da necessidade de informoterapia.

Ao longo da vida da criança/jovem e dos pais, na transição desenvolvimental vivenciada o EEESIP tem de estar consciente que pode ser afetada por acontecimentos atípicos, sendo normal que nem sempre o binómio criança/jovem e família tenha capacidade e conhecimento

para lidar com situações nunca antes experienciadas e geradoras de emoções do tipo, ansiedade, insegurança e incapacidade.

Acresce, que no contexto dos CSP, UCSP na UCC teve-se oportunidade de colaborar no âmbito da saúde escolar e da inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais - “Administração de adrenalina nas alergias alimentares” num trabalho em parceria com a comunidade educativa facilitando o acesso ao conhecimento e capacidades na área da saúde integrantes dos programas e dos projetos da carteira de serviços da UCC, como o PNSE, nos quais o EE assume o papel de interlocutor da saúde nas escolas (OE, 2013) decorrente do PNSIJ que preconiza “articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens” (DGS, 2013a, p.7).

O EEESIP ainda desenvolve outra unidade de competência que se refere a “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” com os seguintes critérios de avaliação “demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus-tratos, negligência e comportamentos de risco); sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos; avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193).

Esta competência obteve maior expressão, nos CSP, nos quais as situações clínicas decorreram na vigilância de saúde, durante as consultas de periódicas para vigilância do crescimento e desenvolvimento considerando:

- As idades-chave relacionadas com eventos como por exemplo, a alimentação, escolaridade, a socialização, a vinculação e emoção, atividades ao ar livre e exercício físico, o sono e repouso, o cumprimento do PNV. As consultas de enfermagem eram desenvolvidas em parceria com o médico, num primeiro momento, a enfermeira realizava a avaliação inicial da criança/jovem e mãe/pai, avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor, orientação sobre temas previstos para a idade-chave e o desempenho da parentalidade;
- Os cuidados antecipatórios, que desempenham um papel importante na promoção da saúde e de prevenção da doença, sendo um meio de apoio à infomoterapia em áreas como os direitos da criança, o exercício da parentalidade e os desafios da saúde (Regulamento n.º. 422/2018 da OE);

- A prevenção das perturbações emocionais e do comportamento e na “deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção” (OE, 2013a, p.3). Neste sentido, no estágio da UCC acompanhou-se o enfermeiro à sede da Equipa Local de Intervenção Precoce, com o objetivo de conhecer a dinâmica de uma reunião multiprofissional - educação, saúde e segurança social. Com esse propósito percebeu-se que se analisam os processos das crianças/jovens e famílias, que no momento se encontram em intervenção e determinam ou reformulam um conjunto de medidas para melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança, fortalecer as competências dos cuidadores e promover os recursos das famílias e da comunidade. Esta equipa faz parte do Sistema Nacional de Intervenção precoce na infância, cujos serviços encontram-se com responsabilidade partilhada entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social e da Educação, dirigido a crianças entre os 0 e os 6 anos e famílias e, tendo como missão garantir a intervenção precoce (Decreto-Lei n.º 281/2009 do Ministério da Saúde). Esta atividade, permitiu conhecer mais um recurso de apoio à infância, para em caso de necessidade, poder ser utilizado na prática profissional.

E ainda, a unidade de competência, acima referida, viu-se reforçada, no contexto dos CSP, pela aplicação do PNSE que assenta na visão que as crianças/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, em função dos seis eixos estratégicos e áreas de intervenção do Enfermeiro, nos quais: capacitação, ambiente escolar e saúde, condições de saúde, qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias (DGS, 2015). Neste âmbito, teve-se a oportunidade de:

- Participar na abertura do Gabinete de Informação e Apoio ao aluno, em uma escola e compreender a implementação desse trabalho nas escolas, conhecer a listagem de alunos com necessidades especiais, cujo problema de saúde tem impacto na funcionalidade e na necessidade de intervenção em meio escolar. Aqui destaca-se a inclusão de crianças com doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, emocionais, comportamentais, entre outras, com impacto negativo no desempenho escolar. Também, obteve-se a compreensão de que a equipa de saúde escolar, mais do que responder às necessidades de saúde especiais de cada criança, atua em prol dos direitos das mesmas, da aceitação da diferença, da inclusão destas com características particulares do seu contexto pessoal, familiar e sociocultural (DGS, 2015). Nesse sentido, perante a identificação de crianças com necessidade especiais elaborou-se o plano de saúde individual, que avaliava o impacto das condições de saúde na funcionalidade (atividades e participação) e identificava as medidas de saúde a implementar (necessidades de saúde, medidas terapêuticas e de reabilitação, entre outras) para melhorar o desempenho escolar (DGS, 2015);

- Trabalhar em parceria com o gabinete de informação e apoio ao aluno, demonstrando disponibilidade para qualquer intervenção de saúde solicitada pelo aluno. Foi possível assistir ao

pedido de ajuda por parte de duas alunas, que descreveram situações aparentemente de bullying em contexto escolar. A intervenção inicial foi no sentido de tranquilizar as alunas, e entender concretamente a realidade desta situação. Posteriormente, a solicitação de uma reunião com a diretora da turma e a psicóloga da escola, para em conjunto avaliar a situação exposta e traçar uma intervenção em parceria. O acompanhamento total e o resultado desta intervenção, não foi concluída devido ao término do estágio;

- No âmbito da saúde escolar e no eixo da capacitação, conseguiu-se assistir e colaborar em duas sessões de educação e promoção para a saúde dirigida a grupos-alvo diferentes: assistentes operacionais sobre “Administração de adrenalina nas alergias alimentares”, consistiu no conhecimento dos sinais de uma alergia alimentar, e a intervenção enquanto funcionária da escola; estudantes de duas turmas do 4º ano de escolaridade, sobre “Gerir emoções”, uma sessão educativa interativa sobre conceito, identificação e gestão de emoções.

No contexto dos cuidados hospitalares, esta unidade de competência, “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” (Regulamento n.º 422/2018 da OE, p. 19193), encontra ênfase, no papel do EEESIP na promoção da parentalidade, enquanto “ato de tomar conta e assumir a responsabilidade de ser mãe ou pai, tendo comportamentos promotores do crescimento e desenvolvimento das crianças” (OE, 2018a, p.66). A primeira infância é um momento determinante no desenvolvimento cerebral. É nos primeiros anos que o desenvolvimento e a aprendizagem decorrem com maior rapidez, proporcionando uma fase de grande desafio para a família. As relações parentais e familiares vão-se construindo e é importante, que a criança desenvolva sentimentos de segurança e de bem-estar, e experimente várias atividades de aprendizagem ricas em estímulos (Direção Geral da Educação, 2024). Para que ocorra ao longo do ciclo vital da criança/jovem as necessárias adaptações ao seu crescimento e desenvolvimento e, sejam bem-sucedidas precisam de envolver os recursos internos da pessoa, relacionados com a adaptação e a integração que influenciam a autoestima, o sentir-se capaz de lidar com a situação e os seus recursos externos, nomeadamente o suporte social e os recursos comunitários (OE, 2015). Neste sentido, na avaliação dos comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde e segurança, com o objetivo de identificar situações de risco e quando o exige, o EEESIP deve encaminhar para os profissionais de saúde especializados potenciando a ajuda necessária.

COMPETÊNCIA: CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

Engloba como unidade de competência: “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” que se

concretiza pelos critérios de avaliação: “mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória; demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico e aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193).

O EEESIP ao cuidar da criança/jovem e família tem de estar apto no reconhecimento rápido de uma urgência, situação clínica de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, e/ou emergência, quando existe o compromisso iminente de uma ou mais funções vitais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). No SUP percebeu-se pelo sistema de triagem de prioridades que permitia a demarcação dos casos clínicos em função da sua urgência de atuação, em função da sintomatologia apresentada, sendo imprescindível que o EEESIP desenvolva a capacidade de realizar uma avaliação rápida, de um olhar crítico e clínico sobre os sintomas, de destreza na seleção da “queixa” para obter a avaliação clínica adequada à necessidade de cuidados. O espaço do SUP, facilita o desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro, nível perito, capaz de identificar com rapidez, as situações clínicas problemáticas, de comparar com situações similares ou opostas, de utilizar o julgamento clínico para a tomada de decisão e de apresentar um nível de compreensão profunda e global da situação (Benner, 2001). Este reconhecimento rápido de focos de instabilidade na criança, também foi adquirido na mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos, ao longo da componente teórica do MESIP e, pelo aprofundamento teórico realizado em função das exigências, a nível individual.

Na área da SIP, a infância está indubitavelmente associada à vida e à saúde, colocando a morte num local “esquecido”. No entanto, na UCIN, no SUP e no serviço internamento pediátrico, a morte pode tornar-se real, pois a criança/jovem pode estar num estado clínico crítico, com necessidade de cuidados contínuos e complexos, encontrando-se num frágil equilíbrio entre a vida e a morte. Neste contexto, o impacto na família e nos profissionais de saúde é um dos maiores desafios e potencialmente traumático, cabe ao EEESIP aplicar conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Regulamento nº 422/2018 da OE). Reconhece-se a importância, durante o MESIP do desenvolvimento da reflexão sobre estratégias promotoras de esperança, cuidados de enfermagem em fase terminal de vida e nos processos de luto, para o que contribuiu a experiência profissional em contexto de oncologia pediátrica, onde se lidou de perto com a morte e o processo de luto dos familiares. Neste estágio de natureza profissional, não se teve essa vivência.

Abrange como unidade de competência: Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando respostas que se objetiva nos critérios de avaliação: “aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”

(Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193).

As crianças/jovens podem vivenciar situações desencadeantes de dor desde o seu nascimento, sendo mesmo considerada como um dos primeiros fenómenos a ser experienciado na infância (Mendes et al., 2022). No entanto, as crianças/jovens têm o direito ao controlo eficaz da dor, beneficiando de tratamento adequado, independentemente de ser resultante da doença e/ou dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos potencialmente dolorosos. É dever do EEESIP desenvolver competências no controlo e gestão da dor e do bem-estar da criança, a partir da sua avaliação implementar as intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não-farmacológicas) com o objetivo do seu alívio ou ausência (DGS, 2012).

A área de aprofundamento desenvolvida ao longo do estágio de natureza profissional assenta na importância de uma avaliação da dor adequada a cada criança através das escalas predefinidas para o efeito, para um planeamento e intervenção mais individualizado.

A gestão da dor da criança/jovem constitui um indicador de qualidade dos serviços de saúde, facto que fundamenta a sua importância, enquanto unidade de competência do EEESIP, apoiada numa prática baseada em evidência para reconhecer, avaliar, prevenir e tratar a dor (Correia et al., 2020). A resposta a eventos dolorosos, na criança/jovem relaciona-se com as especificidades das fases de desenvolvimento, pelo que o EEESIP face às manifestações fisiológicas e corporais identifica a presença e a intensidade de dor, intervém e documenta o foco de atenção/diagnóstico dor, de forma objetiva utilizando para a avaliação da intensidade, escalas apropriadas à idade pediátrica (OE 2013b).

A avaliação da dor da criança/jovem deve privilegiar a autoavaliação, a partir dos três anos, sempre que possível. Os instrumentos de avaliação permitem quantificar a sensação dolorosa, considerando-se instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis (DGS, 2010). O EEESIP face à dor deve adequar o instrumento de avaliação com base na idade, etapa de desenvolvimento e situação clínica. Ao longo dos estágios de natureza profissional, em função dos contextos clínicos analisou-se as escalas de avaliação da dor da criança/jovem, em uso em conjunto com as equipas de enfermagem e, após análise e em concordância foram identificadas as escalas mais adequadas para cada serviço. A seguir apresenta-se o trabalho desenvolvido em cada um deles:

- UCIN: A avaliação da dor na população neonatal é tarefa difícil, pela natureza subjetiva da experiência dolorosa e a existência de poucos instrumentos confiáveis, válidos e com aplicabilidade clínica para mensurar a sua presença e intensidade (Balda & Guinsburg, 2019). A sua avaliação adequada e individualizada ao cliente é crucial para a prestação de cuidados específicos em resposta à necessidade da etapa do ciclo de vida em causa, promovendo o crescimento e desenvolvimento do RNTP e a assistência qualificada e humanizada. Das múltiplas escalas de avaliação indicadas neste contexto, urge a necessidade da sua análise e

seleção adequadas à condição clínica do RN, a partir de um olhar especializado de indicadores e instrumentos. Este serviço aplicava para o RNPT e de RN de termo a escala unidimensional e comportamental Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN). Na escolha dessas escalas é fundamental estar-se consciente das alterações anatomofisiológicas do RNPT e RN de termo, por forma a ser-se capaz de reconhecer a dor e aplicá-la em cada situação. Verificou-se que em RN com ventilação assistida a escala mais indicada é a Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N - PASS) proporcionando uma avaliação adequada e individualizada (Balda & Guinsburg, 2019), que avalia o comportamento, choro, expressão facial, o tônus das extremidades, sinais vitais, interligando com o nível de sedação. A equipa de enfermagem demonstrou-se recetiva e interessada na integração da N-PASS para esses RN, após a realização de uma ação formativa (Anexo I), tendo a enfermeira gestora solicitado a parametrização dessa escala, no novo modelo de registos de enfermagem;

- UCSP: A vacinação constitui um momento de stress e de preocupação para a criança/família, sendo o objetivo da assistência minimizar o seu impacto e proporcionar conforto à criança. Observou-se durante o estágio de natureza profissional na harmonização da consulta médica e de enfermagem, que a intervenção de enfermagem relacionada com a vacinação, por ser um procedimento doloroso, está planeada para a fase final da consulta. Neste contexto, verificou-se que o foco de atenção/diagnóstico de enfermagem dor decorrente do procedimento invasivo e a respetiva atuação e avaliação não é uma prática sistemática e, na documentação no sistema informático, em uso, a proposta é a escala visual analógica - numérica, para todas faixas etárias. Os clientes, alvo de cuidados, eram maioritariamente lactentes e crianças sem comunicação verbal estabelecida, cuja avaliação da dor tem por indicadores: expressão facial e corporal, modificações no comportamento e sinais físicos deve-se avaliar e registar em escala própria (Batalha, 2022). Neste contexto realizou-se uma ação formativa dirigida à equipa de enfermagem (Anexo II) e elaborou-se para aumentar a frequência da avaliação desse foco/diagnóstico de enfermagem, um documento com as linhas orientadoras sobre os indicadores de dor que foi disponibilizado e colocado nos Gabinetes de Enfermagem da UCSP (Anexo III);

- SUP: Para a criança e jovem, a doença e a hospitalização representam dor e sofrimento por não possuírem os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a transição saúde-doença representa (OE, 2013). Neste serviço, a avaliação da dor é uma prática regular e comum. O sistema de documentação informático de registo disponibilizava diferentes escalas da avaliação da dor que eram utilizadas, mas sem uniformização no registo, sem predefinição na seleção e no protocolo. Face a este contexto, promoveu-se no final das passagens de turno, momentos de reflexão crítica com a equipa de enfermagem, fomentando uma avaliação da dor adequada a idade da criança, desenvolvimento cognitivo e situação clínica. Teve-se, por base, as orientações da DGS e de Sociedade Portuguesa de Pediatra, tendo ficado predefinidas as escalas em função da idade: (1) RN e RNPT - a escala comportamental Neonatal Infant Pain

Sacle (NIPS); (2) latentes até aos quatro anos de idade - a escala comportamental Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC); (3) crianças dos quatro aos seis anos - escala de Faces Wong-Baker; (4) dos seis aos nove anos - a escala visual analógica; (5) adolescentes - a escala numérica e (6) crianças com multideficiência - a escala FLACC-R. Para alcançar o maior número de profissionais de saúde recorreu-se também a uma reunião de serviço para a apresentação (Anexo IV) e divulgação em duas SUB sobre a "Avaliação da dor em idade pediátrica" a partir de uma ação formativa (Anexo IV). Estes momentos de formação com as equipas de enfermagem, tornaram-se momentos muito enriquecedores, pela partilha da experiência aliada ao conhecimento, ficando sensibilizadas para uniformização do foco/diagnóstico dor, no que se reporta à sua avaliação;

- Serviço de internamento de pediatria: a revisão do protocolo de avaliação da dor neste serviço, tinha sido atualizada recentemente, foi considerado momento não oportuno para intervir de uma forma global, mas existiu oportunidade de refletir com a equipa de enfermagem sobre as intervenções autónomas de enfermagem, estratégias não farmacológicas. Após a avaliação da dor, o EEESIP deve adequar as suas intervenções de forma a controlar a dor da criança e promover o seu bem-estar e conforto. As estratégias não farmacológicas constituem um recurso que deve ser primordial no alívio da dor da criança, sendo eficazes sobretudo em situações de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento às estratégias farmacológicas. As estratégias não-farmacológicas modificam o significado da dor, permitindo uma reestruturação das expectativas que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pela ansiedade e medo. Assim, têm a capacidade de aumentar o sentimento de controlo da dor e promover uma maior autonomia da criança e da família. Devem ser escolhidas, tendo em conta a idade e o desenvolvimento cognitivo da criança, o contexto envolvente - procedimentos invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico, a experiência anterior, as preferências, a especificidade da dor, localização, intensidade e duração, bem como, os recursos existentes (Oliveira et al., 2018). É ainda, importante que o EEESIP permita aos pais a tomada de decisão sobre o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado, no momento.

Quando o diagnóstico de enfermagem dor se relaciona com os procedimentos dolorosos, a comunicação com a criança/jovem deve considerar o feedback positivo, a veracidade baseada na explicitação do procedimento e das sensações provocadas, permitindo a expressão de sentimentos, atribuir-lhes o controlo sobre o seu tratamento (OE, 2013). Considerando o guia de boa prática da OE (2013) sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, utilizou-se as seguintes estratégias: a sucção não nutritiva, por vezes associada à sacarose 24%; posicionamento; técnicas de distração; informação prévia; medidas ambientais, tais como, a redução da luz e/ou ruído; relaxamento por exemplo, a respiração diafragmática e a massagem, adequando à idade e condição do cliente. Neste contexto, realizou-se uma ação formativa dirigida à equipa de enfermagem para a sensibilizar sobre a aplicabilidade dessas estratégias no

alívio da dor (Anexo V).

Acresce à competência acima referida outra unidade de competência “responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” que abarcam os critérios de avaliação: “demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas e procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193).

“A doença rara é uma doença crónica maioritariamente debilitante e muitas vezes fatal precocemente, que requer esforços combinados especiais de várias áreas de intervenção, respostas sociais ou a satisfação de necessidades educativas especiais, a fim de permitir que os doentes sejam tratados, reabilitados e integrados na sociedade de forma mais eficaz” (Despacho n.º 2129-B/2015 do Ministério da Saúde).

São doenças tendencialmente progressivas e degenerativas, e contribuem para a diminuição da funcionalidade e qualidade de vida do doente, promovendo sofrimento ao próprio e à família (Despacho n.º 5505/2023 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Educação, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde). Ao EEESIP é necessário conhecimento das respostas humanas face à doença, é essencial o processo facilitador de readaptação e aprendizagem de novas competências, permitindo a integração de esperança, gestão da sintomatologia que advém da doença, no bem-estar e qualidade de vida do cliente (OE, 2011). Apesar de no estágio de natureza profissional não se ter o contato com este tipo de doenças, do ponto de vista teórico aliado à variedade dos locais hospitalares e CSP decorrentes do ensino clínico, permitiu uma reflexão na mobilização dos recursos existentes na comunidade para colmatar as necessidades de uma criança/jovem com doença rara, desde a hospitalização no serviço de pediatria, a continuidade nos CSP, o acompanhamento pela equipa de saúde escolar, entre outros. Em caso de hospitalização a parceira de cuidados comporta entre outras a intencionalidade terapêutica em reduzir a sobrecarga parental dos pais de criança com necessidades complexas permanentes, através da diminuição do desempenho durante o internamento (Sousa et al., 2023).

Como já referido, a família também sofre incondicionalmente com estas doenças raras, os pais são os cuidadores dos seus filhos e espera-se que o EEESIP preste cuidados envolvendo os pais, prepare a autonomia destes, reforce a articulação com os recursos existentes na comunidade, encaminhando para grupos de apoio e auxílio, no reconhecimento das suas potencialidades e limitações (OE, 2011).

Acrescenta à competência acima referida a unidade de competência: “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” com aos seguintes critérios de avaliação: “demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias

complementares na prática de enfermagem; demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem e procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193).

A saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo. Todo o cliente deseja atingir o estado de equilíbrio, traduzido no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural. Há milhares de anos quer nas civilizações ocidentais quer nas orientais que as terapias complementares evidenciam benefícios na saúde/bem-estar das pessoas. As terapias denominadas como complementares são usadas em associação aos tratamentos convencionais e não em substituição (Parecer nº18/2011 do Conselho de Enfermagem). Na experiência profissional em oncologia pediátrica evidenciou-se a utilização de terapia complementar de Reiki em crianças em situação de hospitalização prolongada com dificuldade em controlar a dor, apenas com medidas farmacológicas. A OE (2013) completa nas medidas não farmacológicas para controle da dor na criança o reiki como terapia considerada espiritual, realizada através do toque (uso/imposição das mãos) e baseada na canalização/partilha da energia para reposição do equilíbrio. É um método de redução do stress, procurando o bem-estar físico, emocional e espiritual, realizado por profissionais com formação específica na área.

Insera a competência acima referida a unidade de competência “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” inclui os critérios de avaliação “Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação; promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada; adequa o suporte familiar e comunitário; demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança e referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19193-4).

No estágio de natureza profissional no serviço de internamento de pediatria vivenciou-se a admissão de um cliente adolescente, com o diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus Tipo 1 caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas, que produzem insulina, o que geralmente leva a uma deficiência absoluta da insulina, ficando a pessoa insulino dependente. É um distúrbio crónico de metabolismo, caracterizado por uma deficiência parcial ou total da hormona insulina (Hockenberry et al., 2019) levando a alterações do processo do sistema regular: metabolismo. Na transição desenvolvimental adolescência vive-se um período de afirmação da identidade e de ser perfeito e semelhante ao grupo de pares, que ao conjugar-se com a transição saúde-doença, pode condicionar a sua vivência, tornando-a diferente, por enfatizar a vulnerabilidade e a imperfeição, colocando em causa a identidade do adolescente (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O impacto do diagnóstico na vida do adolescente e família,

leva a mudanças relevantes nas atividades normativas (Andrade da Silva et al., 2024).

Aparentemente, o adolescente e mãe, aceitaram a doença, e iniciaram a sua adaptação à transição saúde/doença, cujo planeamento dos cuidados se centrou na adesão ao regime de exercício físico, alimentar e medicamentoso, procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica sustentada no potencial para melhor conhecimento e capacidades no que se reporta à nova condição “ser diabético” (Andrade da Silva, et al., 2024). Nesse contexto desenvolveu-se intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com o conhecimento e a capacitação do adolescente e mãe para a avaliação diária, antes das refeições, do valor da glicemia, a dieta a ingerir e da insulina a administrar, e ainda, o procedimento preparação e administração segura da insulina.

A recetividade do adolescente e mãe, permitiram, o momento certo para agir, fator positivo e facilitador para o desenvolvimento de indicadores de processo que lhes permitem encontrar o sentido de saúde ou vulnerabilidade e risco decorrentes da Diabetes, facilitam a avaliação, e conseqüentemente, sempre que se justifique a intervenção precoce, e a obtenção de resultados saudáveis. Sendo indicadores de processo: sentir-se conectado, interagir/relacionar-se, estar localizado/situado e desenvolver confiança e enfrentamento (Meleis et al., 2000). Face a este caso clínico, pelo curto período de contato, não se pode referir o nível de indicador de resultado alcançado, pois a sua determinação depende do tipo de alteração que esteve na base do início da transição, da sua natureza e do seu ritmo. Espera-se que o adolescente alcance o domínio do conhecimento e capacidades para a mestria e o desenvolvimento de uma identidade fluida (Meleis et al., 2000).

Para alcançar esses indicadores de resultado importa que o EEESIP capacite o adolescente e família sobre estratégias de coping e de adaptação, como adequar o suporte familiar e comunitário, promover os cuidados necessários no domicílio, a reestruturação da dinâmica familiar, a adaptação à nova condição. E ainda o EEESIP deve referenciar o adolescente para a unidade de CSP e a equipa de saúde escolar favorecendo a prestação de cuidados especializados.

COMPETÊNCIA: PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM

Competência que agrega a unidade de competência: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil que se concretiza nas unidades de avaliação: “demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19194).

No decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil em qualquer contexto clínico, centro de saúde ou hospitalar são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. O EEESIP deve avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, de forma a analisar estado de saúde da criança e se necessário planear as medidas a adotar. Registrar em suporte próprio no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da criança (acompanha-a desde o nascimento) e no sistema informático dos registos de enfermagem para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

O PNSIJ (DGS, 2013a) é um guia orientador para o EEESIP na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil desde o nascimento até aos dezassete e 364 dias de idade. Preconiza consultas de enfermagem nas idades referidas que não são rígidas – se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade. Deve avaliar o desenvolvimento psicomotor de uma criança sendo um processo dinâmico e contínuo, constante na ordem de aparecimento das diferentes funções, deve-se estar atento a algum sinal de alerta. Estimular comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais; a prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; o sono; a gestão do stresse; a prevenção de consumos nocivos; a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes. Outra das preocupações do EEESIP deve ser a orientação dos cuidados antecipatórios para preparar a criança e família para a próxima etapa de desenvolvimento. O conhecimento capacita a criança e família para a maximização do desenvolvimento infantojuvenil.

O desenvolvimento desta competência teve maior expressão na UCSP no desenvolvimento das consultas de saúde infantojuvenil nas diferentes idades-chave no decorrer do estágio de natureza profissional.

O EEESIP deve ser detentor do conhecimento das especificidades e exigências desenvolvimentais da fase do ciclo de vida, respondendo aos problemas identificados eficazmente e promovendo a maximização do desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Reforça a competência acima mencionada a unidade de competência: “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” que se objetiva nas unidades de avaliação “avalia o desenvolvimento da parentalidade; demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; utiliza estratégias promotoras de esperança realista; utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; promove a amamentação; negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN e

gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19194).

Na UCIN, durante o estágio de natureza profissional, vivenciou-se as dificuldades inerentes à promoção natural da vinculação entre RNPT ou RN de termo com necessidades especiais com os seus pais. A separação a que são sujeitos o RN e a mãe logo após o nascimento interrompe bruscamente o processo de vinculação, apesar de ser um processo momentâneo. Desta forma, cabe ao EEESIP o papel de promotor e incentivador do processo de vinculação, através do toque e da integração dos pais nos cuidados ao filho, desde que a situação clínica o permitia, através da promoção autónoma do contacto físico entre a díade e da realização do método canguru, numa perspetiva de assistência humanizada e ainda, potenciar a parentalidade. O método canguru consiste no contacto pele a pele entre mãe e RN, promove a relação física e emocional entre eles, diminui os níveis de stresse, estimula a organização neuro-comportamental do RN, facilita o aleitamento materno, entre outros benefícios (Ferreira et al., 2014; Moraes et al., 2023).

Ao longo do referido estágio a amamentação é um momento privilegiado de conexão entre o RN e a mãe. Salientam-se ainda, as intervenções promotoras da vinculação parental como a envolvência dos pais, na realização do método canguru; nos cuidados de higiene, vestuário e alimentação e a interação através do toque, da fala e músicas de embalar. Intervenções de excelência para potencializar o conhecimento e a capacidade para o desempenho do papel parental especial para que os pais desenvolvessem autonomia no cuidado ao seu filho. Para a OE (2017) é importante capacitar os pais/família, disponibilizando “o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos” tornando-os mais autónomos e capazes de tomar decisões. “Esta relação é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência” (OE, 2017, p. 5).

Adiciona à competência supracitada a unidade de competência: “Comunica com a criança e família de forma apropriada no estágio de desenvolvimento e à cultura” que tem associadas os seguintes critérios de avaliação: “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19194).

O pilar da prestação de cuidados do EEESIP à criança e família assenta numa relação terapêutica sustentada na escuta ativa, na criação de ambientes confortáveis e de apoio, que permitam a comunicação e expressão de sentimentos e dúvidas. A plenitude da intervenção acontece, quando o conhecimento das potencialidades e limitações da família, as respostas da

criança face à transição saúde-doença no processo de cuidados, facilita a readaptação e a aprendizagem de novas competências (Koch et al, 2021).

Na área de abrangência dos serviços de saúde da ULS onde foi desenvolvido o estágio de natureza profissional, existiam comunidades de etnia cigana e em fase crescente, de imigração de várias nacionalidades, exigindo ao EEESIP habilidades de adaptação da comunicação com estas famílias. Deter conhecimento dos hábitos, das crenças e da cultura torna-se essencial para a prestação de cuidados de enfermagem individualizados.

Ao longo desse estágio teve-se a oportunidade de desenvolver conhecimento e técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. Adaptar a comunicação ao cliente torna-se essencial na área da SIP, tendo em consideração: a idade da criança/jovem, o estágio de desenvolvimento, necessidade especial, a situação clínica e o estado emocional dos pais. As competências comunicacionais adequadas à criança e jovem e sua família, foram desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, das quais se destaca a gestão do ambiente de forma a proporcionar privacidade e conforto; respeito pelas crenças e cultura da família e pela confidencialidade das informações obtidas; adaptação da linguagem ao nível de compreensão da criança e família; utilização de comunicação verbal - escuta, assertividade, focalização, explicitação, entre outros) e não verbal (expressão facial, a postura e o toque quando aceite); encorajamento da criança/jovem e família a expressar as preocupações, expectativas e sentimentos facilitando a comunicação expressiva de emoções (Sequeira, 2021).

A capacidade comunicacional, para prestar melhores cuidados de enfermagem, de forma mais humanizada e individualizada, é outra competência do EEESIP, exponenciando a satisfação da criança e jovem e família.

Consubstancia a competência acima referida a unidade de competência: “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” tendo relacionados os critérios de avaliação: “facilita a comunicação expressiva de emoções; reforça a imagem corporal positiva se necessário; identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis; reforça a tomada de decisão responsável e negocia contrato de saúde com o adolescente.” (Regulamento n.º 422/2018 do Diário da República, p. 19194)

É na adolescência que se produzem importantes mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Meleis (2010) refere que é um processo de transição entre a infância e a idade adulta e entre a dependência dos pais e a progressiva autonomia. É uma fase transitória que requer a aquisição de novos conhecimentos e consequente modificação de comportamentos. É na aquisição de novos conhecimentos que o EEESIP detém um papel crucial na comunicação com o adolescente, no estabelecimento de uma relação próxima, de confiança quando presente algum conflito, na promoção da saúde e na adoção de comportamentos saudáveis.

A comunicação com o adolescente pode constituir um desafio para o EEESIP, pelas características do próprio processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Fundamental na comunicação com o adolescente é a valorização do seu conhecimento, a flexibilidade e a capacidade de negociação (Sequeira, 2021). Saber escutá-lo e demonstrar disponibilidade para o ouvir, são características essenciais do EEESIP para o estabelecimento de uma comunicação efetiva (OE, 2010). Cada vez mais preocupante, é o aumento de problemas de saúde mental nos adolescentes, sendo considerada com uma das principais causas de morbidade desta faixa etária (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Este aumento da prevalência de saúde mental durante a adolescência tem impacto no desempenho educacional e aumenta o risco de uso de álcool, outras substâncias e comportamentos violentos (OMS, 2024). A promoção da saúde no adolescente requer estratégias de intervenção que equacionem de forma integrada, não apenas os fatores biológicos, os estilos de vida e os comportamentos, mas também o ambiente físico, cultural e socioeconómico de forma a responder as necessidades e, problemáticas identificadas na população adolescente (OE, 2010). Os serviços de saúde necessitam de chamar os adolescentes, estar atento aos fatores de risco desta etapa do desenvolvimento e intervir em cuidados preventivos. No estágio de natureza profissional o contacto com o adolescente foi em menor escala, comparativamente com as restantes etapas do desenvolvimento da criança/jovem.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A enfermagem, tal como as outras disciplinas, necessita de continuar a produzir conhecimento, na procura contínua da melhoria do padrão de qualidade dos cuidados prestados, baseados na evidência que produz.

A elaboração deste relatório pretende demonstrar o percurso formativo na aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP nos contextos hospitalares e cuidados de saúde primários, constituindo um instrumento essencial na avaliação para a atribuição do título de EEESIP. Para o qual se utilizou uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, de forma a sistematizar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, aliados a uma pesquisa bibliográfica com recurso a livros, a artigos científicos obtidos através do agregador de conteúdos científicos EBSCOHostWeb, ao enquadramento legal da profissão e da saúde como decretos de lei, pareceres, orientações técnicas e normas de boas práticas, da Direção Geral da Saúde, do Colégio das Especialidades e da OE. Opção metodológica que se considera que contribuiu para a concretização dos objetivos específicos:

- Descrever os contextos clínicos de aquisição das competências do EEESIP;
- Relacionar a tomada de decisão e as ações promotoras do desenvolvimento de competências na área com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em SIP, competências comuns e especializadas do EEESIP;
- Demonstrar um raciocínio especializado e objetivo, com base na Ontologia em Enfermagem, na prestação de cuidados à criança/jovem e família através da conceção de cuidados documentada na plataforma educacional e4nursing;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas durante a realização do estágio para a aquisição das competências comuns do EEE e específicas do EEESIP conducentes a atribuição do título profissional de EE;
- Sensibilizar as equipas de enfermagem dos respetivos contextos clínicos, para as particularidades da dor em idade pediátrica, recorrendo a escalas de avaliação adequadas baseadas em evidência científica e nas competências do EEESIP.

Atendendo aos contextos clínicos, ao exercício profissional na prestação de cuidados à criança/jovem e família e à evidência científica, a avaliação da dor em idade pediátrica, constituiu a área de aprofundamento científico, colocado em prática em todos os contextos clínicos de estágio de natureza profissional, a par do desenvolvimento das competências

especializadas respondendo adequadamente às necessidades identificadas na prestação de cuidados.

A formação especializada em contexto clínico: UCIN, UCSP, SUP e Internamento de Pediatria, constituiu um meio favorável ao desenvolvimento e consolidação das competências acima referidas. E ainda, proporcionaram experiências únicas, momentos privilegiados de aprendizagem e de reflexão, sendo um contributo imensurável para o desenvolvimento profissional e pessoal. No que concerne às competências comuns do EE, numa perspetiva sistémica do exercício profissional foi pautado pelos princípios éticos e legais e seguindo a deontologia profissional, no cuidado à criança e sua família. Na saúde infantil o binómio criança e família é indissociável, pelo que a prestação de cuidados é centrada no mesmo. Pressupõe o conhecimento das necessidades da família, o planeamento da intervenção englobando-a como cliente em potencial na participação ativa no processo de cuidar do filho.

Na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família e, tendo por base o projeto de desenvolvimento profissional, a criança nem sempre tem uma avaliação objetiva da sua dor. O EE deve deter conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade, utilizando instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas, no sentido da melhoria contínua. A finalidade principal do projeto de desenvolvimento profissional, foi refletir junto das equipas de enfermagem ao longo do estágio, sobre a forma como se avalia a dor em idade pediátrica, protocolos existentes de avaliação da mesma, nos contextos clínicos e a uniformização da aplicação das escalas dentro da equipa.

O EE deve basear a prática clínica em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como dinamizador nos processos de aprendizagem da equipa de enfermagem. Em estágio de natureza profissional para a sensibilização da equipa de enfermagem atuou-se na incorporação de novo conhecimento, quanto a escalas mais indicadas para avaliar a dor da criança em cada contexto, visando ganhos em saúde para o cliente, numa avaliação objetiva da sua dor, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Relativamente às competências específicas do EEESIP assistiu-se a criança/jovem em parceria com a família, na maximização da sua saúde. Os pais como prestadores de cuidados do filho, constituem-se como parceiros na prestação de cuidados. Reconhece-se que a família tem um papel central na vida da criança/jovem, o que implica cuidar desse binómio. Proporcionou-se conhecimento e capacidade à família, implementando e gerindo um plano promotor da parentalidade responsável. Compreendeu-se a transição para a parentalidade como um processo de mudanças físicas, psicológicas e socioeconómicas, existindo a necessidade de uma reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Desta forma, foi fundamental a aquisição de conhecimentos e de capacidades para o desenvolvimento das competências parentais, potenciando a consciencialização de autoeficácia, promovendo a vinculação com o filho e a obtenção de um indicador de resultado de mestria.

Mobilizar recursos oportunamente, para cuidar da criança /jovem e família em situações de particular exigência, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar do cliente foi outra das competências específicas do EEESIP, que se desenvolveu, nos diferentes contextos clínicos. Para uma gestão diferenciada e objetiva da dor em idade pediátrica, a sua avaliação é, sem dúvida, primordial, pelo que se analisou os instrumentos de avaliação usados e na procura da melhoria dos cuidados prestados, sensibilizou-se as equipas de enfermagem para a utilização de outras escalas tendo em conta, a idade, estágio de desenvolvimento e situação clínica.

Uma das competências transversais aos EE é a responsabilidade de se envolverem na educação dos seus clientes e pares, na sua orientação, liderança e aconselhamento. Assim, os momentos de sensibilização e partilha de conhecimento das escalas de avaliação da dor na criança/jovem com as equipas de enfermagem, teve como intuito a capacitação e, os enfermeiros após reflexão, mostraram-se disponíveis à incorporação de novas escalas para a avaliação da dor, pelo recurso benéfico e necessário para a prestação de cuidados de qualidade.

Numa dialética entre a prática e teoria, na conceção de cuidados da plataforma E4nursing, a avaliação da dor da criança deverá espelhar as especificidades desta faixa etária. A plataforma contempla nas sensações somáticas, a avaliação da dor, quanto à sua localização, intensidade, frequência, duração e tipo. Na avaliação da intensidade contempla a observação da expressão facial, movimentos dos membros, choro/vocalização, atividade, consolabilidade e adaptação ao ventilador, ou seja, os parâmetros que as várias escalas de heteroavaliação da dor englobam. No entanto, considera-se pertinente quando se identifica a idade do cliente, a plataforma automaticamente na avaliação da intensidade da dor, apenas apresente a opção da escala numérica de zero a dez, só a partir dos seis anos, idade escolar. Nesta idade a criança inicia a construção de um pensamento lógico e conseqüentemente o significado dos valores numéricos. Quando a idade da criança é inferior a seis anos, apenas seja possível avaliar a intensidade da dor através dos indicadores da observação do comportamento da criança.

Em suma, da análise sobre o percurso formativo, decorre que se consolidou e se mobilizou conhecimentos e capacidades que impulsionaram novas aprendizagens como contributo no desenvolvimento das competências do EEESIP, realizado com determinação. O planeamento efetuado foi cumprido com sucesso e os recursos demonstraram serem os adequados às reais situações da prática clínica, fundamental para atingir os objetivos e os resultados definidos.

Os objetivos delineados e propostos para o presente mestrado foram adequados e atingidos. As competências comuns do EE e específicas do EEESIP foram atingidas através dos contributos adquiridos ao longo da componente teórica do curso MESIP, das aulas ao longo do primeiro e segundo semestre, do estudo individual e do estágio de natureza profissional, nos diferentes contextos clínicos. A receptividade por parte das equipas de enfermagem na sensibilização para as particularidades da avaliação da dor em idade pediátrica, foi positiva. Nesta linha de pensamento sugere-se para a melhoria contínua na qualidade cuidados prestados à

criança/jovem e família, na avaliação da dor, a realização de auditorias/monitorização dos cuidados, atualização/criação de protocolos, serão uma mais-valia para a continuidade do projeto de desenvolvimento profissional.

O MESIP numa perspetiva sistémica e com uma visão integrada permite ao enfermeiro, desenvolverem competências específicas suportadas pela melhor evidência científica. A mobilização dessas evidências e o recurso a referenciais teóricos desta área, constituem ferramentas cruciais, para promover a capacitação das famílias num contexto global, desafios inerentes ao desenvolvimento social e sustentabilidade.

Este percurso foi árduo e pautado por dificuldades que, apesar de não limitarem o sucesso das atividades planeadas, apresentaram-se como um constrangimento à sua execução. Como maior obstáculo à realização deste mestrado foi, sem dúvida, o fator tempo, pela dificuldade em articular todas as atividades académicas, principalmente, o segundo semestre, em que simultaneamente, ocorreu a componente de estágio, a componente teórica com múltiplas atividades: elaboração de trabalhos académicos, preparação e realização do estágio e aulas teóricas.

Sendo enfermeira que sempre exerceu funções na área SIP, aumentou a consciencialização de que se reforçou, validou e adquiriu conhecimentos e capacidades que se tornaram motivadores para prosseguir o caminho profissional. Desta forma, considero-me uma profissional mais completa, esperando que tal se repercuta em ganhos de saúde e em cuidados de enfermagem mais seguros e de qualidade. Acredita-se que este percurso formativo favoreceu o desempenho de um papel ainda mais ativo no seio da equipa de enfermagem, podendo almejar novos objetivos e desafios.

Utilizo este parágrafo para agradecer a todas as pessoas que me acompanharam e estiveram envolvidas neste processo, aos EEE que estiveram comigo, lado a lado neste percurso, pelo seu profissionalismo, partilha de saberes e conhecimentos. O meu eterno agradecimento à Professora Doutora Conceição Reinho e à Professora Doutora Ilda Fernandes que foram incansáveis e me guiaram no rumo certo deste percurso formativo, revelaram-se pilares essenciais ao longo deste caminho do conhecimento, através da clarificação de ideias, partilha de experiências significativas e esclarecimento de dúvidas, essenciais para a construção, evolução e conclusão deste percurso com excelência.

A conclusão desta etapa é o início do desenvolvimento enquanto EEESIP, o ponto de partida para novas etapas, em que os novos conhecimentos e competências adquiridas e a capacidade de análise e reflexão serão interiorizados, na procura contínua da excelência e da perícia na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família.

9. BIBLIOGRAFIA

- . Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2011). Recomendações técnicas para unidades de internamento. Administração Central do Sistema de Saúde. https://doi.org/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Internamento_2011.pdf
- . Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2015). Recomendações técnicas para serviços de urgências. Administração Central do Sistema de Saúde. https://doi.org/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- . Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2017). Recomendações técnicas para unidades de neonatologia. Administração Central do Sistema de Saúde. https://doi.org/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf
- . Alpoim, A. F., Lourenço, M., Caldeira, S., & Resende, A. (2022). A literacia em saúde por parte dos pais como resposta humana a um processo de vida. 13(2), 47-74. <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-509-4.C0002>
- . Amaral, J. V. (2013). Tratado da clínica pediátrica. Amadora: Abbott Laboratórios.
- . Andrade da Silva, F. R., Oliveira, P. L., Martins de Araujo, L., Alencar, W. G. D., Oliveira, G. L., Oliveira da Silva, A. P., Monteiro, E.L.T., Paulino, R.K.F., Ribeiro, R.L.B., Reis da Silva, B., Araújo da Silva, M., & Bomfim, D.S. (2024). Diabetes mellitus tipo 1 na adolescência: Adesão ao tratamento e qualidade de vida. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 1162-1175. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p1162-1175>
- . Assembleia Geral das Nações Unidas. (1959). nº 1386. Declaração dos direitos da criança. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
- . Assis, S., Avanci, J., & Serpeloni, F. (2020). O tema da adolescência na saúde coletiva – Revisitando 25 anos de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4831-4842. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.18322020>
- . Balda, R.C.X., & Guinsburg, R. (2019). Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. *Residência Pediátrica*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2019>.
- . Barros, A.C.L., Menegaz, J.D.C., Santos, J.L.G.D., Polaro, S.H.I., Trindade, L.D.L., & Meschial, W.C. (2023). Conceitos de gestão e gerência do cuidado de enfermagem: Revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020pt>
- . Batalha, L. (2022). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- . Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.

- . Camelo, S.H.H., & Angeramil, E.L.S. (2013). Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Enfermagem* 22(2). 552-556. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- . Carvalho, M. R., & Gomes, C. F. (2021). *Amamentação: Base científica* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- . Chick, N., & Melleis, A. (1986). *Transitions: A nursing concern*. https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern
- . Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. (2020). Pain management in pediatrics: Contributions to the quality of nursing care. *Millenium*, 2(5), 185-193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- . Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições da Alaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- . Cruz, M. S. B. J., Filho, E. F. S., & Barreto, M. R. N. (2022). A imagem no desenvolvimento de habilidades psíquicas na teoria de Lev Vygotsky, influenciados por Wundt, Kohler, Koffka e Wertheimer. *Espaço Pedagógico*, 29(3), 855-875. <https://doi.org/10.5335/rep.v29i3.13504>
- . Decreto-Lei nº 281/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário da República: Série I*, nº 193. <https://doi.org/0729807301.pdf>
- . Decreto-Lei nº 239/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos dos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República: Série I*, nº 201. <https://doi.org/0895708958.pdf>
- . Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: 2ª Série*, nº 153. <https://doi.org/10319-2014-55606457>
- . Despacho nº 2129-B/2015 dos Ministérios da Saúde, da Educação e Ciência e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social - Gabinetes dos Ministros da Saúde, da Educação e Ciência e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2015). *Diário da República: 2ª Série*, nº 41. <https://doi.org/2129-b-2015-66619921>
- . Despacho nº 5505/2023 da Presidência do Conselho de Ministros, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Educação, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde - Gabinetes da Ministra da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, do Ministro da Educação, dos Secretários de Estado da Digitalização e da Modernização Administrativa, do Trabalho e da Segurança Social e das Secretárias de Estado da Inclusão e da Promoção da Saúde. (2023). *Diário da República: 2ª Série*, nº 92. <https://doi.org/5505-2023-212983329>
- . Direção-Geral da Educação. (2024). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *República Portuguesa Educação*. <https://snipi.gov.pt/#no-back>Nacional de Intervenção Precoce na Infância
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). Orientação n.º 014/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. <https://doi.org/0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). Norma nº 003/2012. Organização das Unidades

- Funcionais de Dor Aguda. <https://doi.org/2019/10/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda.pdf>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013a). Norma nº 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013b). Orientação nº 024/2012 de 18/12/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). <https://doi.org/024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013c). Norma nº 001/2013. Terapêutica e quimioprofilaxia da gripe sazonal, época gripal 2012/2013. https://doi.org/ORIENTACAO_DGS_001.2013_DE_JAN.2013.pdf
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). Norma nº 015/2015. Programa Nacional de Saúde Escolar. <https://doi.org/0152015-de-12082015.aspx>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018). Norma nº 002/2018. Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://doi.org/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/as> de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata - Portal das Normas Clínicas
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). Norma nº018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020. <https://doi.org/0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). Níveis de Literacia em Saúde/Health Literacy Survey 2019. Ministério da Saúde. <https://doi.org/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>
- . Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx> Saúde
- . Donabedian, A. (1978). The Quality of Medical Care. *Science*, 200 (4344), 856-864. <https://doi.org/10.1126/science.417400>
- . Druon, C. (2005). À l'ecoute du RN prématuré. *Champs essais*.
- . Enumo, S. R., Dias, T. L., & Ramos, F. P. (2021). *Intervenções Psicológicas para Promoção de Desenvolvimento e Saúde na Infância e Adolescência*. Appris Editora.
- . Fagundes, R. P. (2022). Teorias do desenvolvimento, a partir de Jean Piaget e Lev Vygotsky. https://bdm.ufpa.br/bitstream/prefix/4482/6/TCC_TeoriasDesenvolvimentoJean.pdfntoJean.pdf
- . Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta Criança está doente? Utilidade do triângulo de avaliação pediátrica nas configurações de emergência. *Jornal da Pediatria*. 93(1). p. 60-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.00>
- . Ferreira, J. B., De Lima, U. T. S., de Almeida Lima, J., & Batista, M. N. (2014). Método canguru: revisão histórica e documental. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), e141157.

<https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1157>

. Gomes, J.A.P. (2010). *Percurso para a avaliação da qualidade no bloco operatório*. (Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde, Universidade do Minho - Escola da Economia e Gestão).

[https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16672/1/Jos%
a%20Gomes.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16672/1/Jos%c3%a9%20Augusto%20Pereira%20Gomes.pdf)sto Pereira Gomes.cdr

. Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation*. *Resuscitation*, 161, 388-407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>

. Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). *Wong, Enfermagem da criança e adolescente*, 9ª edição. Loures: Lusociência.

. Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *WONG'S Nursing care of infants and Children* (11ª ed.). Missouri: Elsevier.

. Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta, 4ª edição.

. Infarmed. (s.d.). *Resumo das características do medicamento*. Obtido de www.infarmed.pt

. International Council of Nurses [ICN]. (2019). *Browser CIPE: Versão Portuguesa*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

. Instituto de apoio à criança (IAC). (2017). *Carta da criança hospitalizada*, 5.ª edição, Lisboa.

. Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., & Franscesca, C. (2019). *Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions*. *Primary Health Care Research & Development*, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000021>

. Koch, A., Albrecht, T., Kozhumam, A. S., Son, H., Brandon, D., & Docherty, S. L. (2021). *Crossroads of parental decision making: Intersections of hope, communication, relationships, and emotions*. *Journal of Child Health Care*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1177/13674935211059041>

. Kotsoglou, K. (2011). *L'enfant prématuré - guide pratique pour les parents l'entourage familial et les soignants*. Lausanne, Suíça.

. Kralik, D., Visentin, K., Van Loon, A. (2006). *Transition: a literature review*. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), pp. 320-329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

. Louis, S. (2010). *Le grand livre du RN prématuré*. Québec, Canada: Éditions du CHU Sainte Justine.

. Magalhães, S.P.N., (2013). *Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: uma revisão sistemática da literatura* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de acesso aberto. <https://doi.org/10400.26/9384/1>

. Mannel, R., Martens, P. J., & Walter, M. (2011). *Manual prático para os consultores de lactação*. Loures: Lusociência.

. Marchetti, D., & Moreira, M. (2015). *Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real*

pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Revista Psicologia e Saúde*, 7 (1), 82-89. <https://doi.org/10.20435/pssa.v7i1.408>

. Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-18. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

. Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Minddle-range and situation - specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.

, Mendes, B., Furlan, M., & Sanches, M. (2022). Non-pharmacological interventions in painful needle procedures in children: integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 5(1), pp. 61-67. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220004>

. Mendes, P., Soares, E. (2018). Exames imagiológicos em pediatria. *Pedipedia*. <https://pedipedia.org/artigo/exames-imagiologicos-em-pediatria>

. Mettler, M., Kemper, D.W. (2006). Information Therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies in Health Technology and Informatics* 121(2), 373-83. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8077.2005.00132.x>

. Moraes, M. E. A., Moura, V. C. E., & da Glória Freitas, M. (2023). A importância do cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro acolhido no método canguru. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 998-1009. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8075848>

. Nascimento, R., & Landim, T. (2016). Cuidados de Enfermagem na prevenção de lesões da pele do recém-nascido prematuro. *Revista Eletrônica. Atualiza Saúde*, pp. 66-73. <https://doi.org/2022/05/cuidados-de-enfermagem-na-prevencao-de-lesoes-de-pele-no-recem-nascido-prematuro-v-4-n-4-1.pdf>

. Nguyen, S. H. (2010). *Manuel d'anatomie et de physiologie* (5ª ed.). Editions Lamarre.

. O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2017). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011. Centers for Disease Control and Prevention. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

. Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor*. Grafisol - Artes Gráficas. <https://doi.org/2019/07/APED-desenhos-da-minha-dor-PT.pdf>

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos da Ordem. 1 (1). <https://doi.org/cadernosoe-dor.pdf> (ordemenfermeiros.pt)

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao adolescente e promover o desenvolvimento infantil na criança*. 1 (3).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em enfermagem de saúde*

infantil e pediátrica: Promoção da esperança e Preparação do regresso a casa da criança. 3(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança. Série 1(6). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos da OE. Série I, nº 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). REPE ESTATUTO. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf29102015_VF_site.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015c). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdfdcuidesip.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE], (2018). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, versão, 2 - do original ICPN Version 2 - Internacional Classification for nursing practice. Lusodidacta, lda.

. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021a). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021b). Ordem dos Enfermeiros lança browser Ontologia em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lan%C3%A7a-browser-ontologia-de-enfermagem/>

. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2023). Guia Orientador de boas práticas: O Sono na criança e no adolescente. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdfcente_v7-okn.pdf

. Ordem dos Enfermeiros [OE] (2024). Aprovada terceira versão da Ontologia de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/3%C2%AA-vers%C3%A3o-ontologia/a> - Ordem dos Enfermeiros

. Ordem dos Médicos Subespecialidade de Neonatologia. (2013). Recomendações do Colégio de

Neonatologia sobre o número mínimo de neonatologistas por unidade de Neonatologia Hospitalar. Ordem dos Médicos. <https://doi.org/2018/08/>

. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Comissão da UNESCO. Lisboa

. Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

. Parecer nº. 18/2011 do Conselho de Enfermagem. (2011). Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIFE.pdf

. Parecer nº.14/2013 da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf

. Parecer n.º 6/2017 da Ordem dos Enfermeiros. (2017). Aplicação de calor local em seroma provocado por infiltração de soroterapia em lactentes. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6_2017.pdf

. Parecer n.º 19/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>

. Parreira, P., Marques, I.A., Santos-Costa, P., Sousa, L.B., Braga, L., Apóstolo, J., Salgueiro-Oliveira, A. (2020). Flushing em cateteres venosos periféricos: um protocolo de scoping review. Referência, Série V, nº1. <https://doi.org/10.12707/RIV19066>

. Pontes, G.M.L. (2014). Avaliação e Controlo da dor aguda em pediatria, revisão bibliográfica (Dissertação de mestrado integrado em Medicina no Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76611/2/32723.pdf3.pdf> (up.pt)

. Portaria nº. 82/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: nº 71; 1ª série. <https://dre.tretas.org/dre/316589/portaria-82-2014-de-10-de-abrila-82/2014>

. Rabelo L., Florêncio I.R., Pirauá I.M., et al. (2009). Crianças necessitam de jejum antes de ultrassonografia? Radiologia Brasil. 42, pp 349-352.

<https://www.scielo.br/j/rb/a/5KFC9j7DpLG3v9mbJ88HzSL/?format=pdfancas> necessitam.p65 (scielo.br)

. Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel.

. Regulamento nº.101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do perfil das Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: 2ª série, nº. 48, pp. 5948 - 5952.

- . Regulamento n.º 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República: 2ª série, n.º 119, pp. 16660 - 16665. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- . Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: 2ª série, n.º 133, pp. 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- . Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, n.º 26, 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- . Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª série, n.º 184, pp. 128 - 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- . Santos, A. C., Melo, G. C., Inácio, M. S., Nascimento, G. C., Menezes, M. G., Santos, A. F., & Machado, R. R. (2017). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as escalas de avaliação da dor em pediatria. *Journal of Health Connections*, pp. 19-32. <https://doi.org/6259-23894-1-CE.pdf>
- . Sequeira, C. (2021). Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa: Lidel
- . Silva, L., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A., Pissarra, S., & Cardoso, M. (2014). Nutrição Entérica na criança nascida Pré-termo. *Consensos Nacionais em Neonatologia*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Nutricao_enterica_RNPT.pdf
- . Silva, J.M.A.V., Martins, M.M.F.P.S., Trindade, L.L., Faria, A.C.A., Barros, S.C.C., Melo, R.M.C., Forte, E.C.N., Ribeiro, O.M.P.L. (2023). Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de conteúdo. *Revista Bras.Enferm.* n.º 76 (2), pp. 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0396pt>
- . Sistema Nacional de Saúde [SNS]. (2023). Doenças infecciosas - Gripe A.
- . Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). O Som na Unidade de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>
- . Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do doente. Regulamento. Porto. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Pediatria_Qualidade_Seguranca_Doente/Regulamento_SPQ.pdf
- . Sousa, A. (2009). *Desenvolvimento Psicomotor: Da Teoria à Prática*. Lisboa: Edições FMH.
- . Sousa, P.C.M.M., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de saúde*. Volume 15 (1) pp. 4-17.

https://10.34632/cadernosde_saude.2023.11580.

. UNICEF. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos.

https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

. Vaz, F., Trigo, R. (2020). A criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In Ramos, A., Barbieri-Figueiredo, M. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem (pp. 293-307). Lidel.

. Verissimo, R. (2002). Desenvolvimento psicossocial Erik Erikson. Faculdade de Medicina do Porto.

[https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf\(up.pt\)](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf(up.pt))

. Warren, I. & Bond, C. (2015). Caring for you Baby in the Neonatal Unit - A parents 'Handbook. Illustrations by Wendy Bond.

10. ANEXOS

Anexo I

Anexo 1 - Plano de Sessão: Aplicabilidade da Escala de Avaliação da dor, agitação e sedação neonatal (N-PASS) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II

PLANO DE SESSÃO

Tema: Aplicabilidade da Escala de avaliação da dor, agitação e sedação neonatal (N-PASS)

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Público-Alvo: Enfermeiros

Duração: 10 Minutos (Após a passagem de turno da manhã e da tarde)

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização da escala de avaliação da dor adequada à condição do recém-nascido.

Objetivos Específicos:

- Apresentar a escala N-PASS apropriada para RN (prematuros e de termo) com ventilação assistida;
- Analisar a sua aplicabilidade junto da equipa de enfermagem.

Conteúdo Programático	Métodos	Recursos didáticos
Importância da avaliação da dor numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Apresentação da escala N-PASS e a sua aplicabilidade; Análise da frequência da avaliação da dor.	Expositivo e interativo.	Apresentação no Canva.

Anexo II

Anexo 2 - Plano de Sessão: Avaliação da dor em idade pediátrica na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II

PLANO DE SESSÃO

Tema: Avaliação da dor em idade pediátrica

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Público-Alvo: Enfermeiros

Duração: 30 Minutos (Antes de uma reunião das extensões da UCSP)

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor em idade pediátrica em cuidados de saúde primários;

Objetivos Específicos:

- Refletir junto da equipa de enfermagem, sobre a avaliação da dor em cuidados de saúde primários;
- Uniformizar o uso dos indicadores de avaliação da dor em idade pediátrica e o seu registo nos sistemas de informação.

Conteúdo Programático	Métodos	Recursos didáticos
<p>As especificidades da avaliação da dor em idade pediátrica;</p> <p>Apresentação dos métodos de avaliação da dor na criança;</p> <p>Análise da avaliação da dor ao longo do crescimento/desenvolvimento da criança/jovem;</p> <p>Escalas de avaliação da dor em idade pediátrica, no sistema informático dos cuidados de saúde primários;</p> <p>Reflexão sobre as intervenções de enfermagem utilizadas para minimizar a dor nos procedimentos dolorosos em contexto de cuidados de saúde primários.</p>	<p>Expositivo e interativo.</p>	<p>Apresentação no Canva.</p>

Anexo III

Anexo 3 - Documento Orientador sobre a Avaliação da dor em idade pediátrica em Cuidados de Saúde Primários.



A **avaliação da dor** nas **crianças** reveste-se de particularidades que a separa de outros grupos etários. A sua avaliação depende da **idade**, **estádio de desenvolvimento** e **situação clínica**.

O desafio de avaliar a dor na Criança (pré-verbal) - Indicadores de dor

- Expressão Facial
- Expressão Corporal
- Modificações de Comportamento
- Sinais Físicos

Dimensões a considerar na avaliação da dor na pediatria

Localização - Onde dói?

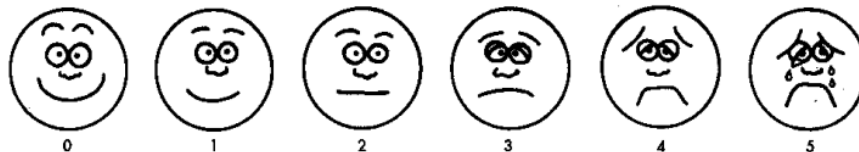
Intensidade - Quanto dói?

Características sensitivas, afetivas, cognitivas - Como dói?

Temporalidade - Quando dói?

Impacto sobre atividades - Brinca? Come? Dorme? Interage?

ESCALA DE FACES WONG-BAKER



Explicar à criança que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor; **Face 1 a 5** tem dor que aumenta gradualmente a intensidade, atingindo a dor máxima, de referir que esta nem sempre provoca o choro.

(Escala indicada a partir dos três e pode ser utilizada até aos dezoito anos)

Anexo IV

Anexo 4 - Plano de Sessão: Avaliação da dor em idade pediátrica em Urgência Pediátrica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II

PLANO DE SESSÃO

Tema: Avaliação da dor em idade pediátrica

Locais: Serviço de Urgência Básica (1ª); Serviço de Urgência Básica (2ª); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

Público-Alvo: Enfermeiros

Duração: 1 Hora (em cada SUB) e nas passagens de turno (20 minutos no SMC)

Objetivo Geral:

- Sensibilizar as equipas de enfermagem para os diferentes instrumentos de avaliação da dor na criança/jovem tendo em atenção às particularidades desta faixa etária;

Objetivos Específicos:

- Apresentar as escalas de avaliação da dor na criança e jovem existentes nos sistemas de informação da prática clínica;
- Delinear com a equipa de enfermagem a uniformização da avaliação da dor em idade pediátrica.

Conteúdo Programático	Métodos	Recursos didáticos
<p>As especificidades da avaliação da dor em idade pediátrica;</p> <p>Os métodos de avaliação da dor na criança e jovem;</p> <p>Análise das escalas avaliação da dor na criança e jovem existentes junto da equipa de enfermagem;</p> <p>Aplicabilidade das escalas de avaliação da dor em idade pediátrica, no sistema informático dos registos de enfermagem destes Serviços de Urgência;</p> <p>Uniformização da avaliação da dor na criança/jovem e o seu registo nestes serviços de Urgência.</p>	<p>Expositivo e interativo.</p>	<p>Apresentação no Canva.</p>

Anexo V

Anexo 5 - Plano de Sessão: Gestão da dor na pediatria - Tratamento não - farmacológico no Internamento de Pediatria

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II

PLANO DE SESSÃO

Tema: Gestão da dor na Pediatria - Tratamento não farmacológico

Locais: Serviço de Pediatria (Internamento)

Público-Alvo: Enfermeiros

Duração: 45 Minutos nas passagens de turno (final do turno da manhã e do turno da tarde)

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do tratamento não farmacológico na gestão da dor na criança/jovem tendo em atenção às particularidades desta faixa etária;

Objetivos Específicos:

- Aprofundar com a equipa de enfermagem algumas estratégias não farmacológicas adequadas a especificidade, de cada fase do desenvolvimento da criança;
- Analisar com a equipa de enfermagem a aplicabilidade com casos práticos destas estratégias não farmacológicas, para o controlo da dor na criança/jovem;
- Refletir sobre a importância do registo das intervenções autónomas do tipo cognitivo-comportamentais no controlo da dor na criança/jovem, na prestação de cuidados do EEESIP.

Conteúdo Programático	Métodos	Recursos didáticos
<p>As orientações da Direção Geral de Saúde e da Ordem dos Enfermeiros sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem;</p> <p>A aplicabilidade de estratégias cognitivo-comportamentais adequadas às especificidades de cada fase do desenvolvimento da criança;</p> <p>Exemplos práticos de como colocar em prática estas intervenções cognitivo comportamentais junto da criança/jovem e sua família;</p> <p>O registo das intervenções autónomas do Enfermeiro na prestação de cuidados junto da criança/jovem no alívio da dor.</p>	<p>Expositivo e interativo.</p>	<p>Apresentação no Canva.</p>